



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE DE COIMBRA

UM ESTUDO EXPLORATÓRIO: BUSCA DA COMPREENSÃO DA
TOXICODEPENDÊNCIA E DA PSICOSSOMÁTICA NO ÂMBITO
DA VINCULAÇÃO

NINA ROSA D'AVILA PAIXÃO

COIMBRA – 2009

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE DE COIMBRA

UM ESTUDO EXPLORATÓRIO: BUSCA DA COMPREENSÃO DA
TOXICODEPENDÊNCIA E DA PSICOSSOMÁTICA NO ÂMBITO
DA VINCULAÇÃO

NINA ROSA D'AVILA PAIXÃO

Dissertação de Doutoramento em Psicologia, área de Psicologia Clínica (Dinâmica), apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e realizada sob a orientação do Prof. Dr. Eduardo Nunes Sá, Professor Auxiliar da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

COIMBRA – 2009

Ao meu pai Jorge, continente seguro, em quem sempre colhi subsídios para fundamentar minhas ideias.

À minha mãe Nina, pelo modelo de luta.

À Tia Lourdes, em quem sempre encontrei incondicional apoio.

Aos meus filhos, Alice e Fernando, por existirem e serem como são.

Ao Wanderlei, por estar nos meus sonhos e na minha vida.

A todos com amor.

É impossível saber quando cairá o crepúsculo, impossível enumerar todos os casos em que o consolo se fará necessário. A vida não é um problema que possa resolver-se dividindo a luz pela escuridão ou os dias pelas noites, mas sim uma viagem imprevisível entre lugares que não existem.

Stig Dagerman

Agradecimentos

Se uma tese pode ser uma viagem de pensamentos e ideias previsíveis ou imprevisíveis, quero manifestar o meu agradecimento a todos aqueles que me acompanharam e me auxiliaram nesta trajetória.

Há pessoas que embarcam em nossa vida e nos proporcionam importantes vivências que as palavras são incapazes de traduzir. Apesar dessa finitude consciente, depois do longo processo de pesquisa, pretendo não furtar-me de, ao menos, registrar minha gratidão:

Ao Prof. Dr. Eduardo Sá, por ter orientado esta tese, apesar do desafio da distância. Sinto-me grata pela confiança depositada, pela disponibilidade, paciência e amizade com que sempre pude contar. Expresso também o meu sincero reconhecimento pelas valiosas orientações e ensinamentos que possibilitaram a concretização deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Sami-Ali, por ter aceito co-orientar esta investigação. Manifesto o meu genuíno agradecimento pelo apoio que me conferiu, disponibilizando acesso ao seu instigante modelo teórico, o qual norteou parte deste estudo e que foi imprescindível para fundamentação das minhas ideias.

À Dra. Isabel Soares, meus sinceros agradecimentos ao valioso auxílio, indispensável, para o delineamento desta pesquisa, além dos ensinamentos adquiridos através do contato com o seu brilhante estudo.

À Dra. Maria Cristina Canavarro, por disponibilizar-me a instrumentação científica fundamental para avaliação dos fenômenos estudados, assim como pelo auxílio suplementar determinante para a consecução deste trabalho.

À Dra. Teresa Urbano, as palavras não são suficientes para demonstrar o quanto me sinto grata por todo o apoio incondicional, fundamental e eficiente prestado durante o doutorado. Agradeço também pela paciência e pela amizade dispensada na condução das orientações e encaminhamentos.

À Sandra Amorim e à Edinéia Cerchiari, por toda a colaboração indispensável na disponibilização de material para elaboração deste estudo.

À colega Aníssi Ramos, amiga e participante eficaz no trabalho de pesquisa de campo e de auxílio durante grande parte do processo, além do agradável convívio contínuo, embora no limite da distância.

A todas as estagiárias que participaram na aplicação dos instrumentos, em especial à Cristiane que resistiu a todos os entraves com competência, serenidade e amizade.

Às professoras Vanessa Andina e Elaine Tomasi que desvendaram os mistérios do levantamento estatístico e seus componentes, como também pela forma carinhosa e eficiente com que lidaram comigo e com o material.

À Aydê de Oliveira que abarcou a difícil tarefa de auxiliar na revisão e formatação final deste estudo, com dedicação, paciência e muita atenção concentrada.

Ao grupo de trabalho do Serviço de Psicologia Clínica do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, ao qual dirijo, por ter tolerado o período de minha presença ausente. Em especial às colegas Luciana Arantes e Catiane dos Santos pelo incondicional apoio durante a finalização desta investigação.

Agradeço às instituições que disponibilizaram espaço para a aplicação dos instrumentos e recolha da amostra:

- Aos médicos, funcionários e, em particular, aos pacientes das Unidades de Internação do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas que fizeram parte da amostra deste estudo, pela valiosa colaboração e disponibilidade.

- Aos componentes da Fazenda do Senhor Jesus, em especial aos dependentes químicos, sem os quais não seria possível operacionalizar esta investigação.

Reforço ainda a minha gratidão ao meu esposo, pelo permanente e continente suporte, aos meus filhos, pela tolerância e presenças constantes na minha vida, e à minha tia Lourdes, pelo carinho, amizade e indispensável apoio.

Por fim, agradeço aos meus amigos pela força que me transmitiram e às cavalgadas, em que, através da cumplicidade com a fiel Azaléia, encontrei espaço para pensar e dar fundamento às minhas ideias, num cenário composto pela natureza, paz e essencial convívio.

Lista de tabelas

| | |
|--|-----|
| Tabela 1 - Síntese da toxicodependência..... | 78 |
| Tabela 2 - Síntese da psicossomática..... | 144 |
| Tabela 3 - Síntese da vinculação..... | 193 |
| Tabela 4 - Distribuição dos grupos estudados de acordo com características sociodemográficas. Pelotas, RS, Brasil, 2004..... | 216 |
| Tabela 5 - Número e proporção de sujeitos com internações anteriores conforme o tipo de paciente. Pelotas, RS, Brasil, 2004..... | 219 |
| Tabela 6 - Diagnóstico na internação entre os pacientes toxicodependentes. Pelotas, RS, Brasil, 2004..... | 220 |
| Tabela 7 - Diagnóstico na internação entre os doentes psicossomáticos. Pelotas, RS, Brasil, 2004..... | 221 |
| Tabela 8 - Diagnóstico na internação entre os pacientes controles. Pelotas, RS, Brasil, 2004..... | 223 |
| Tabela 9 - Pontuação (média e desvio-padrão) na escala de vinculação entre toxicodependentes e doentes psicossomáticos. Pelotas, RS, Brasil, 2004..... | 225 |
| Tabela 10- Pontuação (média e desvio-padrão) na escala de vinculação entre doentes psicossomáticos e controles. Pelotas, RS, Brasil, 2004..... | 226 |
| Tabela 11- Pontuação (média e desvio-padrão) na escala de vinculação entre pacientes toxicodependentes e controles. Pelotas, RS, Brasil, 2004.... | 227 |

| | |
|---|-----|
| Tabela 12 - Pontuação (média e desvio-padrão) na escala de vinculação de acordo com características sociodemográficas entre pacientes toxicodependentes. Pelotas, RS, Brasil, 2004..... | 229 |
| Tabela 13 - Pontuação (média e desvio-padrão) na escala de vinculação de acordo com características sociodemográficas entre doentes psicossomáticos. Pelotas, RS, Brasil, 2004..... | 232 |
| Tabela 14 - Pontuação (média e desvio-padrão) na escala de vinculação de acordo com características sociodemográficas entre pacientes controles. Pelotas, RS, Brasil, 2004..... | 235 |
| Tabela 15 - Prevalência de alexitimia de acordo com características sociodemográficas entre pacientes toxicodependentes. Pelotas, RS, Brasil, 2004..... | 238 |
| Tabela 16 - Prevalência de alexitimia de acordo com características sociodemográficas dos pacientes. Pelotas, RS, Brasil, 2004..... | 240 |

Lista de figuras

| | |
|---|-----|
| Figura 1 - Histograma da renda familiar aproximada dos entrevistados..... | 218 |
| Figura 2 - Médias nas escalas de vinculação de acordo com o tipo de paciente... | 228 |
| Figura 3 - Prevalência de alexitimia conforme o tipo de paciente..... | 237 |

Sumário

| | |
|--|----|
| Introdução | 17 |
| Toxicodependência | 17 |
| Psicossomática | 21 |
| Vinculação | 26 |
| Toxicodependência, psicossomática e vinculação | 29 |
| Problema | 32 |
| Questões de pesquisa | 32 |
| Objetivo geral..... | 33 |
| Objetivos específicos | 33 |
| 1 Toxicodependência | 34 |
| 1.1 Referências históricas | 34 |
| 1.1.1 Histórico do uso | 34 |
| 1.1.2 Histórico da cocaína..... | 37 |
| 1.1.3 Histórico do conceito | 42 |
| 1.2 Enquadramento conceitual | 45 |
| 1.3 Dados epidemiológicos | 50 |
| 1.4 Abordagens e concepções | 56 |
| 1.4.1 Aspectos neurobiológicos | 58 |
| 1.4.2 Aspectos da neurociência..... | 61 |
| 1.4.3 Aspectos psicodinâmicos | 63 |
| 1.4.3.1 Individuais..... | 63 |
| 1.4.3.2 Psicossociais..... | 72 |

| | |
|--|-----|
| 2 Psicossomática | 81 |
| 2.1 Referências históricas | 81 |
| 2.2 Enquadramento conceitual | 87 |
| 2.3 Abordagens e concepções | 91 |
| 2.3.1 Psicanálise | 91 |
| 2.3.2 Escola americana..... | 104 |
| 2.3.3 Escola de Paris | 107 |
| 2.3.4 Escola de Boston e o conceito de alexitimia..... | 115 |
| 2.4 Modelo psicossomático de Sami-Ali | 120 |
| 2.5 Outras perspectivas teóricas..... | 131 |
| 3 Vinculação | 146 |
| 3.1 Referências históricas | 146 |
| 3.2 Enquadramento conceitual | 153 |
| 3.3 Modelo teórico de John Bowlby | 156 |
| 3.3.1 Teoria do comportamento instintivo | 159 |
| 3.3.2 Comportamento de apego | 162 |
| 3.3.3 Desenvolvimento do comportamento de apego | 164 |
| 3.4 Desenvolvimento da vinculação | 167 |
| 3.4.1 Aspectos da gravidez, parto e puerpério | 167 |
| 3.4.2 Aspectos relacionais..... | 169 |
| 3.4.3 Fases do desenvolvimento da vinculação | 176 |
| 3.4.4 Modelos de vinculação..... | 178 |
| 3.4.5 Aspectos da vinculação na adolescência e na vida adulta..... | 180 |
| 3.5 Vinculação e desenvolvimento da personalidade | 183 |
| 4 Toxicodependência, psicossomática e vinculação | 195 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 5 | Material e métodos..... | 202 |
| 5.1 | Delineamento | 202 |
| 5.2 | Processo amostral..... | 202 |
| 5.2.1 | Critério diagnóstico para o grupo dos doentes psicossomáticos..... | 203 |
| 5.2.2 | Critérios de exclusão do grupo de doentes psicossomáticos..... | 203 |
| 5.2.3 | Grupo controle | 204 |
| 5.3 | Variáveis | 204 |
| 5.3.1 | Variáveis de desfecho | 204 |
| 5.3.2 | Variável de exposição | 204 |
| 5.3.3 | Co-variáveis | 204 |
| 5.4 | Instrumentos..... | 205 |
| 5.4.1 | Formulário de Identificação | 205 |
| 5.4.2 | A Escala de Vinculação do Adulto | 205 |
| 5.4.3 | A Toronto Alexithymia Scale | 207 |
| 5.5 | Capacitação dos entrevistadores | 208 |
| 5.6 | Estudo piloto | 209 |
| 5.7 | Aspectos éticos..... | 210 |
| 5.8 | Coleta de dados | 211 |
| 5.9 | Processamento e análise de dados..... | 211 |
| 6 | Resultados | 213 |
| 6.1 | Características da amostra..... | 213 |
| 6.2 | Dados da Escala de Vinculação do Adulto | 225 |
| 6.3 | Dados da Toronto Alexithymia Scale | 237 |
| 7 | Análise dos resultados..... | 242 |
| 8 | Conclusão..... | 251 |

| | |
|-------------------|---------|
| Referências | 259 |
| Apêndice A | ccxc |
| Apêndice B | ccxci |
| Apêndice C | ccxciii |
| Apêndice D | ccxcvi |
| Apêndice E | ccc |

Resumo

O presente trabalho pretende ser uma reflexão acerca do sentido de que se pode revestir um *adoecer*, como a toxicod dependência (enfatizando a dependência de cocaína) e a doença psicossomática (aqui indicada pela alexitimia) no âmbito da vinculação. Passando em revista o percurso histórico epistemológico em que as áreas foram desenhadas, definem-se as noções básicas facilitadoras da compreensão das questões abordadas. Na sequência, apresenta-se a metodologia utilizada para avaliar o objeto particular de investigação. Por fim, a conclusão permite uma reflexão integradora de aspectos relevantes para a compreensão do problema, face a apresentação e análise dos resultados apurados.

Palavras-chave: toxicod dependência, psicossomática e vinculação.

Abstract

The present work intends to be a reflection upon the meaning of what we call a *getting sick*, like a drug addiction (highlighting the cocaine addiction) and the psychosomatic disorder (here indicated by the alexithymia) in the aspect of attachment. By presenting the epistemological historical in which the areas were designed, the facilitating basic ideas for the understanding of the approached questions are defined. In the sequence, the methodology used to evaluate the object of investigation of this work is presented. Finally, the conclusion allows an integrative reflection on the relevant aspects for the understanding of the problem, based on the presentation and analysis of the investigated outcomes.

Key-words: drug addiction, psychosomatic and attachment.

Introdução

Toxicodependência

Parece que consumir drogas é uma prática milenar e universal (Bucher, 1989). Não existe sociedade sem elas. A história da sua produção e uso faz parte da própria história da humanidade, mas, a partir dos anos sessenta, seu consumo tornou-se uma preocupação mundial. “O problema da toxicodependência saltou como que em fantástico impulso sobre as drogas lícitas” (Dias, 1991, p. 89), especialmente nos países industrializados, sendo um dos temas mais presentes nos meios de comunicação (Leite & Andrade, 1999). Cada vez mais, os jovens têm consumido drogas, inclusive novas, como o *ecstasy*, por exemplo. Mas, segundo Leite e Andrade (1999) “nenhuma outra droga tem causado tantos problemas como a cocaína.” (Prefácio).

“O binômio drogas & saúde pública encontra em nosso país uma definição política e operacional que, apesar de longe da ideal, traduz a preocupação real com tão complexa problemática.” (Chequer, 1998, Apresentação).

O usuário pode ser definido em duas categorias: usuário social (ou recreativo) e abusador (ou dependente).¹ O usuário social ou recreativo utiliza drogas repetidas vezes, mas controladamente, mantendo suas funções orgânicas, psicológicas e sociais sem maiores alterações. O abusador ou dependente não tem controle sobre

¹ No presente estudo a toxicodependência foi entendida a partir da dependência do uso de substância psicoativa (droga ilícita), na classificação *dependente pesado* (de cocaína), conforme os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) (Feix, 1996) e da 10ª Classificação Internacional de Doenças ([CID-10] 1992/1993): F14.21 – Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de cocaína, com síndrome de dependência; atualmente abstinente, porém em ambiente protegido.

seu uso (o que pode caracterizar o início da dependência), tendo um padrão de consumo patológico. Apresenta uma combinação de intoxicação com incapacidade de diminuir ou interromper o uso, mesmo consciente do prejuízo físico e sócio-ocupacional (Feix, 1996).

De acordo com os critérios da OMS, o indivíduo pode ser classificado em: não usuário – nunca utilizou drogas; usuário leve – utilizou drogas, mas no último mês o consumo não foi diário ou semanal; usuário moderado – utilizou drogas semanalmente; usuário pesado: utilizou drogas diariamente no último mês (Feix, 1996).

Segundo a CID-10 (1992/1993), o abuso e a dependência de drogas não podem ser considerados somente em função da quantidade e de frequência de uso. Uma pessoa só pode ser considerada dependente se o nível de consumo incorrer em, pelo menos, três dos seguintes sintomas básicos, ao longo dos últimos meses antecedentes ao diagnóstico: forte desejo ou compulsão para consumir drogas; uso de substâncias psicoativas para atenuar sintomas de abstinência; estado fisiológico de abstinência; evidência de tolerância; negligência progressiva de prazeres e interesses outros em favor das drogas; persistência no seu uso, mesmo diante da evidência de danos; evidência de que o retorno ao uso, após período de abstinência, leva à reinstalação rápida do quadro anterior.

É importante salientar que, após a constatação da dependência, faz-se necessário observar se esta é primária ou secundária à doença mental, no sentido de identificar as chamadas patologias de base ou comorbidades psiquiátricas, que atingem entre 40 e 60% dos dependentes graves. Entre elas estão os transtornos de conduta, de aprendizagem, de personalidade, os afetivos e os da codependência familiar (Feix, 1996).

A adolescência é vista como um grupo etário que suscita preocupação, pois é uma época de exposição às drogas, tanto lícitas quanto ilícitas, embora nem todos os jovens que as experimentam fiquem dependentes (Motta, 1998).

Em pesquisa amostral de 949 abusadores e dependentes graves, que procuraram voluntariamente hospitalização em Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS, Brasil) verificou-se que a idade de início do uso de drogas, entre abusadores e dependentes, costuma ser ao redor dos 15 anos – com desvio-padrão de 6 anos, sendo que a idade média de aumento de consumo está em 21 anos – com desvio padrão de 7 anos (Feix, 1996).

Segundo Vaillant (1997), no início da adolescência, subseqüentes à cola, como uma das primeiras drogas de abuso, estão a cocaína, o crack e a heroína.

O National Institute on Drug Abuse (NIDA) (Boletim Centro Brasileiro de Drogas Psicotrópicas [CEBRID], 1996), nos Estados Unidos, apresentou registros mostrando que, no primeiro semestre de 1995, deram entrada nas unidades de emergência 485.507 pessoas, sendo a cocaína a primeira responsável pelas internações em 17 das cidades, com totais variando entre 10% e 30%. E em pesquisa realizada entre estudantes do ensino secundário (NIDA, 2000), foram observados dados significantes em relação à prevalência em toda a vida do uso da cocaína, num índice de 9,8 %, em 1999, sendo o mais alto constatado desde 1989.

Conforme o relatório mundial de combate às drogas e crimes (United Nations Office on Drugs and Crime, 2006), em torno de 200 milhões de pessoas da população com idades entre 15 e 64 anos consumiram drogas ilegais no último ano. Em relação à população mundial, na mesma faixa etária, há uma estimativa de que 2,7% se drogam regularmente.

Galduróz, Noto, Nappo, e Carlini (2005) relataram que, no Brasil, a realidade é semelhante, que existe no país o uso epidêmico de drogas, fato que pode ser confirmado através de um levantamento domiciliar acerca do uso de psicotrópicos nas 107 maiores cidades do Brasil, com a participação de 8.589 pessoas com idades de 12 a 65 anos, das quais Carlini, Galduróz, Noto, e Nappo (2002) constataram que 20% haviam usado, pelo menos, uma droga ilícita em sua vida.

Segundo os dados publicados no jornal Zero Hora (Narcotráfico, 2002), a cocaína que circula a cada semana no Rio Grande do Sul (RS, Brasil) é suficiente para drogar 300 mil pessoas, representando o montante de mais de 300 quilos aspirados por semana. A estimativa foi levantada ao longo dos 108 depoimentos tomados pela Comissão Permanente de Investigação do Crime Organizado (CPI).

O custo conjunto das consequências do abuso de drogas no Brasil equivale a 7,9% do Produto Interno Bruto (PIB) anual, correspondendo a cerca de 28 bilhões de dólares (Bucher, 1992).

Em recente estudo com dependentes de crack, Ribeiro, Dunn, Sesso, Dias, e Laranjeira (2006), constataram uma alta incidência de mortalidade. Alves e Duailibi (2007) referiram o impacto social do uso do crack e cocaína retratado no estudo *Measuring the Impact of Crack Cocaine*, que associou o aumento de mais de 100% da mortalidade da comunidade negra americana à ascensão e a disseminação do consumo do crack, especialmente na primeira década após seu surgimento – início da década de 1980.

Conforme Bergeret e Leblanc (1991), “trata-se, pois, de um fenômeno particularmente alarmante e invasivo atualmente, cujas fronteiras são incertas lançando prolongamentos tanto na história, no folclore, na mitologia, quanto nas atuais estruturas sociais” (p. 14).

Olievenstein (1991) e Olievenstein et al. (1982) abordam o problema da toxicodependência como um sintoma familiar. Geada (1996) enfatizou que o meio familiar e o meio exterior mais próximo em termos ontogenéticos, são os mais diretamente influentes.

Kalina, Kovadloff, Roig, Serran, e Cesarman (1999) relataram que a toxicodependência está relacionada a fatores predisponentes individuais, familiares e sociais, onde a família ocupa um lugar primordial, no sentido de ser uma necessidade dos seres humanos, que, para nutrirem-se, especialmente no afetivo, necessitam de uma certa constância na qualidade dos objetos do amor parental.

Psicossomática

A psicossomática parte do ponto de vista das imbricações entre o funcionamento mental e o funcionamento somático, das relações mutuamente influentes e determinantes entre os acontecimentos corporais ou psíquicos, dependendo das circunstâncias e das possibilidades, ou seja, dos recursos orgânicos e psicológicos de cada pessoa, representando, assim, um dos aspectos importantes da medicina, psicologia e áreas afins (Milheiro, 1996).

A correlação entre os fenômenos, somático na relação com o psíquico e do psíquico em relação com o somático, tem sido objeto de numerosos estudos no decorrer de muitos anos (Lopes & Fleming, 1996).

As pesquisas foram avançando a partir das diversas escolas (européia, inglesa, francesa, americana), que, na tentativa de estudar as inter-relações somatopsíquicas, esboçaram várias abordagens que enfatizam, entre outros, os fatores fisiológicos e psicológicos, ou ambos. No que tange às abordagens psicológicas, encontram-se, a partir dos anos 30, os trabalhos de F. Dunbar, sobre o

perfil de personalidade e doença psicossomática e de F. Alexander sobre a especificidade das doenças psicossomáticas (ambos representantes da Escola de Chicago). F. Detsch (um dos pioneiros com F. Alexander) propôs uma *anamnese associativa livre*, a qual influenciou o método de investigação psicanalítica das doenças psicossomáticas de P. Marty e da sua escola (Escola Psicossomática de Paris), que, a partir dos anos 50, lançou importantes conceitos, como por exemplo, o de *pensamento operatório* (Haynal, Pasini, & Archinard, 1978/1998). Mais tarde, Sifneos no início da década de 70 (Escola de Boston), inspirado nos trabalhos de Marty e M'uzan propôs o termo *alexitimia*² para descrever as manifestações clínicas de sujeitos que apresentavam o que lhe aparece como “falta de um léxico para a expressão das emoções” (Cardoso, 1995, p. 20); e nos anos 90, Sami-Ali (1987a/1992), partindo de uma crítica ao modelo freudiano, em especial ao modelo da histeria, contestou o sentido primário da doença, tal como é defendido tanto no modelo histérico como no modelo da psicossomatose de McDougall, por acreditar que existam doenças orgânicas que não têm nada a ver com o corpo que se conhece, e só este, enquanto instrumento de trocas interpessoais, poderia se revestir de valor simbólico.

Na tentativa de desvendar os mistérios do fenômeno psicossomático, Sami-Ali (1987b/1995) postulou um modelo teórico de característica multidimensional que não parte da psicopatologia freudiana, mas a inclui num modelo global. Uma “Psicossomática mais do que uma teoria psicossomática. Ela articula-se no quadro da

² O termo *alexitimia* teve a sua origem no cerne da situação clínica e de observações fenomenológicas, sendo inicialmente observado no contexto das perturbações psicossomáticas. A alexitimia consiste na dificuldade que certas pessoas têm em expressar por palavras o seu estado emocional, os seus sentimentos. Esta característica tem sido associada ao pensamento descrito como concreto, pragmático ou instrumental, marcado por uma preocupação com os mínimos detalhes em relação aos acontecimentos exteriores e por uma significativa ausência de expressão de fantasia e de afeto (Prazeres, 1996).

perturbação psicossomática, de facto, reinterpreta o processo neurótico e psicótico e organiza o olhar sobre a patologia mista”, conforme descreve Pereira (1992, p. XXVI). Sami-Ali (2001/2004) criticou claramente o pensamento somático de Freud³ e Groddeck,⁴ além de também interrogar, segundo Pereira (1992), “Kircher, Swift, o surrealismo, R. Roussel, M. Duchamp, a pop-art, A. Warhol, o positivismo lógico, o taoísmo, a poesia mística de Ibn’Arabi ou de Halloj” (p. XXVI), trazendo uma visão inovadora sobre a psicossomática.

O modelo teórico Sami-Ali (1987b/1995) correlacionou a patologia, por um lado, com o imaginário (psicose e somatização, entre o excesso e o bloqueio) e, por outro, com o recalçamento caracterial (o que, na patologia freudiana, corresponde ao fracasso do recalçamento; na sua teoria corresponde ao sucesso do recalçamento). Com base nos resultados dos seus trabalhos, o autor defendeu a ideia de que o fenômeno psicossomático constitui a expressão de um recalçamento absoluto e sem falha da função do imaginário, precedido de uma situação de impasse. Ou seja, acontece o recalçamento de toda uma função, algo que apaga o traço das emoções (tanto onírica como do afeto), resultando assim numa patologia da adaptação, na qual, através do recalçamento inconsciente do imaginário (sonhos e equivalentes), a subjetividade é suprimida, o que ocasiona o domínio do banal. Nesse contexto, segundo Sami-Ali (1980), a alexitimia⁵ apareceria na sua manifestação mais

³ Pensamento voltado para o psíquico – definição dos mecanismos psíquicos encontrados nas patologias orgânicas (Sami-Ali, 1987a/1992).

⁴ Groddeck (1969), contemporâneo e discípulo de Freud, sobrepôs a doença psíquica e a doença somática independente de sua etiologia, como expressão do psíquico: “o sintoma orgânico está impregnado de material psíquico que o determina” (pp. 141, 142) – atribuiu ao sintoma toda a riqueza da elaboração simbólica do conflito.

⁵ Apesar das controvérsias teóricas, neste estudo a alexitimia foi vista como uma característica que atinge a essência do fenômeno psicossomático. Embora conscientes acerca do fato de as investigações não serem consideradas como suficientes e definitivas, engloba-se numa mesma entidade a doença psicossomática e a alexitimia no âmbito do banal (ver rodapé 72).

individual como o resultado direto de forças que impulsionam à uniformização do pensar, sentir e ser, no qual o banal é a expressão por excelência.

Na população brasileira tal manifestação é crescente. Os registros do Estudo da Área de Capacitação Epidemiológica (ECA) constata a incidência de uma busca cada vez maior, por parte das pessoas das mais variadas classes sociais, dos serviços públicos e particulares, com queixas que evidentemente superam as manifestações somáticas essencialmente orgânicas (Ford, 2000/2002).

Os relatos de incidência de transtorno de somatização (ver p. 89) na população geral variam dependendo da amostra estudada e das técnicas utilizadas. Conforme os registros do ECA, “a incidência de transtorno de somatização é de 0,1 a 0,4” na população geral. Entretanto, investigações de um estudo familiar acadêmico mostraram que 5% dos pacientes se enquadraram nos critérios para o transtorno de somatização. Uma incidência parecida foi encontrada em pacientes clínicos ou cirúrgicos hospitalizados. “Notavelmente a maioria dos pacientes com transtorno de somatização não são diagnosticados como tal, e devido a seus comportamentos de ‘procura do doutor ideal’ eles procuram múltiplos médicos, muitas vezes simultaneamente.” (Ford, 2000/2002, p. 365, 366).

Na pesquisa intitulada *Morbidade Psiquiátrica na População Urbana de Pelotas (RS, Brasil)* (Motta, 1995), observou-se que a prevalência de transtorno de somatização é de 2,0% ao longo da vida e de 1,8% no último ano.

Na Associação Americana de Psiquiatria (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais [DSM-IV], 1994/1995), os estudos têm relatado uma prevalência bastante variável do transtorno de somatização durante a vida, variando de 0,2 a 2,0 % entre mulheres e menos de 0,2% entre homens. Já a prevalência em

serviços médicos, segundo Brasil (2003), é naturalmente mais alta, ficando em torno de 5% em alguns serviços de atenção primária.

Segundo Ford (1983), a somatização foi responsável por 10% dos custos específicos com saúde, sendo que os pacientes somatizadores tiveram um custo total nove vezes maior do que outros pacientes, um custo hospitalar seis vezes superior, e custo quatorze vezes maior com consultas médicas. Rundel e Wise (2000) relataram que esses pacientes apresentam médias de internação de até sete dias por mês, quando, na população geral, a média é de 0,5 dia/mês.

Existem fortes evidências de que essas expressões psicossomáticas estão intimamente relacionadas com as situações que cada sujeito vivencia no decorrer de sua história, em interação com fatores endógenos, nos quais alguns obtêm uma experiência mais satisfatória e outros adoecem das mais diversas maneiras: no corpo, na alma e/ou em ambos (Ponczek, 1993).

Sami-Ali (1987b/1995) mencionou que esse processo está intimamente relacionado a fatores predisponentes primários, referentes ao relacionamento mãe-bebê. O autor postulou que a perturbação afetiva está relacionada no âmbito da relação precoce mãe-bebê.

Conforme afirmou McDougall (1989/1996), as palavras realmente parecem ter menos importância do que os sinais do corpo, no que se refere ao entendimento da ligação entre sofrimento, angústia e prazer, pois a significação oculta das patologias psíquicas indicam que a nossa formação interna, construída na primeira infância e, sem dúvida, determinante ativa da nossa sexualidade, relaciona-se com as manifestações neuróticas e psicossomáticas.

Vinculação

A tão complexa questão da saúde e da doença mental é abordada, permitindo um amplo repertório de respostas provenientes de diferentes linhas teóricas.

Embora já haja concordância sobre o fato de a vinculação ser um fator de grande importância no desenvolvimento da personalidade, muitas dúvidas e desconhecimentos sobre as implicações da relação mãe-criança na vida adulta ainda persistem.

Bowlby (1958, 1969/1990), psiquiatra inglês, como assessor da OMS na área de saúde mental, pesquisou sobre a privação da figura materna em crianças com idades entre 2 e 4 anos observadas antes, durante e depois da separação de suas mães. Em sua obra *A Natureza da Ligação com a Mãe*, ele revolucionou a psicologia do desenvolvimento, propondo que a relação mãe-filho passasse a ser designada *attachment* (vinculação, apego),⁶ referindo-se a um afeto específico de um indivíduo com o outro, contracenando as concepções psicanalíticas com aspectos da etologia. O autor postulou que a conduta humana pôde ser mais bem entendida a partir da aplicação das teorias etológicas, que traduziram os conceitos evolucionistas biológicos em termos de conduta.

Quando Bowlby (1969/1990) estudou o vínculo entre mãe e filho, concluiu que essa ligação era parte de um sistema de comportamento que servia à proteção da

⁶ O apego em geral é definido como laço afetivo estabelecido entre duas pessoas, unindo-as no espaço e persistindo através do tempo, a partir de competências filogenéticas, presentes desde o nascimento. O vínculo envolve uma ligação seletiva, que se mantém mesmo na ausência da pessoa com que se está unido. Em geral o termo vinculação refere-se aos sentimentos da mãe em relação ao seu bebê (Lewis & Wolkmar, 1990/1993; Kaplan & Sadock, 1988/1990). Bee (1975/1996) define apego como uma variação do vínculo afetivo, na qual existe a necessidade da presença do outro, e este, visto como uma base segura, a partir da qual o indivíduo se sente apto para explorar o mundo e experimentar outras relações. Segundo David, Azeredo, Russi, Berthoud, e Oliveira (2000), o apego é uma expressão usada pelo senso comum: fulano é apegado à sua mãe ou sicrano é apegado à sua família. Na concepção de Ainsworth (1989), tais expressões referem-se a um vínculo afetivo desenvolvido pelo indivíduo em relação a um parceiro, para ele importante, e que não pode ser substituído por outro.

espécie, já que os bebês humanos são indefesos e incapazes de sobreviverem sozinhos por um longo período de tempo. Assim, o apego dos bebês às suas mães ou cuidadores é o que possibilitaria a sobrevivência da espécie.

A vinculação, segundo Bowlby (1969/1990), é vista como algo que possibilitaria o desenvolvimento da capacidade de estar só (ver nota de rodapé 56); em que o vínculo afetivo bem estruturado representa o alicerce para um desenvolvimento saudável da personalidade. Para o autor, existe uma relação importante entre as experiências de vinculação na infância e na adolescência e a possibilidade de estabelecer ligações afetivas na idade adulta. Segundo Marazziti (2002/2007), essas experiências possibilitariam “ao ser humano tornar-se mais autônomo, capaz de lançar-se ao mundo externo” (p. 72).

Brazelton (1981/1988) considerou o vínculo afetivo entre pais e filhos como um processo contínuo que se inicia na gestação e vai se formando na medida em que as interações vão ocorrendo.

De acordo com a teoria do apego, o homem possui comportamentos instintivos: existe um padrão de comportamento que faz com que a criança não se afaste da figura protetora, e faz com que a mãe também não a abandone. No decorrer do desenvolvimento infantil, é fundamental que as condições ambientais sejam favoráveis para que o comportamento instintivo ocorra de maneira satisfatória, e que a criança possa manter uma constante interação e contato com a realidade exterior (Berthoud, 1992). Bowlby (1969/1990) considerou que as origens da vinculação mãe-bebê estão fixadas em sistemas de comportamento instintivos (considerados pelo autor como competências filogenéticas: sugar, agarrar, seguir, chorar e sorrir), inicialmente independentes, mas que se desenvolvem gradativamente em relação à

mãe, objeto principal para o bebê, e que servem de base para uma ligação mútua mãe-bebê.

Sabe-se que o comportamento dos pais representa um papel central na predição de problemas de comportamento de crianças. Pesquisas têm mostrado que a sensibilidade parental é um dos melhores preditores da qualidade do apego (Bigras & Paquette, 2007).

Segundo Bruner (1969/1981), os bebês necessitam de seus pais e da afeição deles, bem como de um mundo de impressões variadas e dotadas de regularidade para que possam ter um desenvolvimento saudável.

Sendo assim, a doença mental parece estar inserida num contexto amplo e complexo, cercado por inúmeros mistérios e incessantes tentativas de esclarecimento. Na atualidade, o estudo da psicopatologia humana parece estar cada vez mais visualizando o indivíduo a partir de uma totalidade integrada – mente, corpo, mundo interior e mundo exterior – bem como valorizando a questão vincular no contexto etiológico (Brazelton, 1981/1988).

Tendo em vista o conteúdo exposto, partiu-se para uma investigação na qual o fator vinculação⁷ foi considerado fundamental para o desenvolvimento de quadros como a toxicodependência e a doença psicossomática.

Com o propósito de intensificar a relação entre esses fenômenos, iniciou-se um estudo exploratório no sentido de tentar desvendar parte dos mistérios que compõem suas etiologias.

⁷ Neste estudo o fator vinculação foi visto a partir do modelo teórico de John Bolwby.

Toxicod dependência, psicossomática e vinculação

Os indivíduos que reagem ao sofrimento psicológico através de manifestações psicossomáticas fazem-no quando circunstâncias internas ou externas ultrapassam os seus limites de tolerância de resistências habituais, pois na tentativa de enfrentar determinadas situações conflituosas, estimuladoras de sentimentos intensos de dor, uma pessoa pode apresentar uma reação psicossomática ao invés de criar um pensamento ou um sonho. Assim, ao contrário de conter as emoções e de refletir sobre elas para encontrar uma resposta adequada, pode, entre outras reações, acabar elegendo a droga como tentativa de superar a dor mental, por ser uma substância que afasta temporariamente o conflito psíquico e a conseqüente dor. O problema dessa solução é a questão da constante e indefinida repetição, o que, conseqüentemente, pode trazer a dependência (McDougall, 1989/1996).

Assim, o toxicod dependente, quando diante de conflitos insolúveis, se fecha num círculo vicioso, onde as drogas pesadas, por via oral, nasal ou intravenosa, não visam ao prazer, mas sim à eliminação de toda forma de conflito, banindo a relação com o outro e consigo mesmo, trazendo-lhe, então, a ilusão de um mundo harmonioso de prazer administrado (Pedro, 1992). A droga “torna-se, para o sujeito, o *objeto único* e representa a solução para todas suas angústias não-elaboráveis, acabando por tornar-se o problema.” (Danan, 2001/2004, p. 125).

Essa concepção remete a uma provável compreensão da dependência de drogas como um sintoma indicador de uma expressão psicossomática patológica, porque, na medida em que podem ser vistas como uma alternativa de alívio da dor psíquica, que afasta temporariamente o conflito aflorado diante de uma situação de impasse, acabam causando um tipo de retração da função do imaginário (relação negativa com o imaginário). Acontece um apagamento dos sonhos e seus

equivalentes, conseqüente distanciamento afetivo (afetividade suprimida), o que, segundo Sami-Ali (1987b/1995), desencadeia o predomínio do banal (ver p. 23), provavelmente por decorrência de um vínculo frágil estabelecido na relação primária mãe-bebê, característico de um contexto relacional falho, o qual, para Lages (1995), deriva do ambiente familiar.

Observa-se, na literatura, a importância designada às primeiras trocas mãe-bebê no desenvolvimento da psicopatologia humana. Kalina e Kovadloff (1988) mencionaram que a raiz dos conflitos que atormentam o toxicodependente, “se desenvolve precocemente na sua primeira infância, resultado de relações precárias e insatisfatórias com os pais e o meio.” (p. 41). Constataram que “na maioria dos casos, é uma pessoa que, (...) sofreu intensas frustrações – especialmente macro e microabandonos, que muito cedo incidiram para condicionar o desenvolvimento de sua personalidade frágil” (p. 41). Já no âmbito da psicossomática, Sami-Ali (1987b/1995) reforçou esses dados na medida em que acredita que a perturbação afetiva está fundada no âmbito da relação precoce mãe-bebê.

Em estudo exploratório, Paixão (1998; Paixão, Soares, Lima, Motta, & Sá, 2000), numa tentativa de aproximação entre o fenômeno psicossomático⁸ e o fenômeno da toxicodependência,⁹ além da constatação de um elevado índice de

⁸ Diversas relações têm sido traçadas entre o tema da psicossomática e a alexitimia. O termo alexitimia surgiu através da experiência com sujeitos acometidos pelas doenças psicossomáticas clássicas (Feiguine, Jones, & Kassel, 1988 in Barros, Lobo, Trindade, & Teixeira, 1996), em doentes que somatizavam (Skipko, 1992; Lesser, 1981; Lesser et al., 1979; Von Rad, 1984 in Barros et al., 1996) ou que demonstravam queixas somáticas (Kleiger & Jones, 1980; Fukunishi, 1990; Fukunishi, 1992; Clereci et al, 1992 in Barros et al., 1996).

⁹ Outros autores realizaram estudos com sujeitos sofrendo de abuso de substâncias, em estado de abstinência de drogas e mesmo em estados pós-traumáticos, além de neuroses de caráter e perversões (Blanchard, Arena, & Pallmeyer, 1981; Krystal, 1979; Skipko, 1984; Von Rad, 1984 in Barros et al., 1996). Em outro estudo, Gago e Domingos Neto (2001) também verificaram uma elevada prevalência de alexitimia num grupo de toxicodependentes. Keller, Carrol, Nich, e Rounsaville (1995), no estudo *Alexithymia in Cocaine Abuser: Response to Psychotherapy and Pharmacotherapy*, através da *Toronto Alexithymia Scale*, constataram que 39% dos sujeitos da amostra (dependentes de cocaína) eram alexitímicos.

semelhanças no que se refere à função do imaginário (característica psicossomática), observou uma alta proporção¹⁰ de toxicodependentes com carência de figuras parentais consistentes e de um ambiente familiar sólido.

Pensando nisso, e também nos dados epidemiológicos apresentados anteriormente (ver pp. 19, 20, 24 e 25), é inevitável que se reflita o quanto esse problema pode gerar custos para a saúde pública, já que os quadros de toxicodependência e de doença psicossomática, por eles próprios, já seriam uma questão preocupante para os serviços de assistência, pois os valores envolvidos extrapolam a área de saúde mental.

Levando-se em conta essas questões, um estudo no qual seja possível observar a importância da vinculação na presença desses quadros, poderia ajudar os serviços competentes a criar estratégias de prevenção como, por exemplo, capacitar profissionais para uma nova visão sobre a relação mãe-bebê (Gasparetto & Bussab, 1994, 2000) – o que levaria a uma popularização da importância dessa relação e desenvolvimento de habilidades preventivas.

Considerando o panorama dos resultados apurados, de observações (realizadas durante a prática profissional) e dos achados teóricos estudados, é que se acentuou o interesse em explorar o tema, partindo-se da expectativa de obtenção de respostas plausíveis que possam colaborar na construção do conhecimento sobre a relação estabelecida entre os fenômenos toxicodependência, doença psicossomática (aqui indicada pela alexitimia) e vinculação.

¹⁰No referido estudo, Paixão (1998) observou que um número significativo da amostra vivenciava “uma realidade marcada por carência de figuras parentais atuantes e de limites, no sentido educacional, e o sistema pareceu-nos extremamente oscilante no ambiente familiar, caracterizando, talvez, uma falta de suporte ou alicerce suficientemente sólido para que se dê um desenvolvimento psicológico considerado como adequado” (p. 101).

O objetivo principal deste estudo exploratório foi verificar se existem semelhanças significativas entre o toxicodependente e o doente psicossomático quanto à vinculação. Para tanto, busca-se, conforme Dias e Alves (1995), enfocar o conteúdo pensando no real, sem deixar, segundo J. C. Costa (comunicação pessoal, Novembro, 1989), de olhar de forma crítica para a nossa fantasia onipotente que nos faz proprietários da verdade que a todos serve, e converter o nosso conhecimento em serviço da verdade que em todos se encontra.

Dessa forma, para o estudo das variáveis selecionadas (ver pp. 204, 205), foram utilizados uma amostra de 50 dependentes de cocaína (ver nota de rodapé 1), 49 doentes psicossomáticos (ver nota de rodapé 5) e 50 pacientes do grupo controle, (ver p. 204), caracterizados por dados sociodemográficos (ver Formulário de Identificação, p. 205) e avaliados através da Escala de Vinculação do Adulto (EVA) e da Toronto Alexithymia Scale (TAS-20).

Problema

O toxicodependente e o doente psicossomático apresentam características semelhantes em relação à vinculação?

Questões de pesquisa

1. O toxicodependente apresenta características de vinculação semelhantes às do doente psicossomático?
2. O toxicodependente apresenta alexitimia em índice significativo?

3. Quando comparados ao grupo de controle, os toxicodependentes e os doentes psicossomáticos apresentam diferenças significativas quanto à vinculação?

Objetivo geral

Identificar se existem semelhanças significativas quanto à vinculação entre o toxicodependente e o doente psicossomático.

Objetivos específicos

- Avaliar características de vinculação dos pacientes da amostra através da Escala de Vinculação do Adulto (EVA).
- Identificar se existe índice significativo de alexitimia nos toxicodependentes através da Toronto Alexithimia Scale (TAS-20).

1 Toxicodependência

O que caracteriza a vida psíquica do homem é justamente a luta encarniçada que trava, às vezes com sucesso, contra sua submissão aos comportamentos instintivos.

Christophe Dejours

1.1 Referências históricas

Para melhor compreensão dos problemas atuais ligados ao consumo abusivo de substâncias psicoativas, é necessário revisar os dados históricos sobre o envolvimento humano com esses fármacos (Ferreira & Ferreira, 2003).

1.1.1 Histórico do uso

O homem descobriu a papoula, de onde extrai o ópio, há 7.000 anos (Outeiral, 2002). Existem evidências de que o Homem de Neanderthal usou plantas que tinham o poder de alterar o psiquismo, identificadas entre as oferendas encontradas em túmulos datados de sessenta mil anos (Ferreira & Ferreira, 2003).

Conforme a história, o uso de substâncias químicas, com a finalidade de modificar os estados de consciência, é conhecido desde a Antiguidade.¹¹ No passado, embora existissem o ópio na Ásia, a maconha no Oriente Médio, a mesalina na

¹¹ Em nenhum momento da história existiu uma civilização livre do uso e abuso de qualquer tipo de droga, pois os antigos egípcios comiam ópio, os gregos ingeriam abusivamente o vinho e os índios valiam-se de plantas alucinógenas em busca de experiências transcendentais, com o objetivo de se aproximarem de seus deuses (Leite, 1999).

América Central e a cocaína na América do Sul, seus usos eram restritos a ocasiões especiais até o século XIX (Feix, 1996). Segundo os antropólogos, o fascínio pelas drogas teve início por acaso na Pré-História, visto nossos ancestrais perceberem que algumas substâncias induziam a estados alterados de consciência, causando-lhes a agradável sensação de prazer (Lambert & Lambert, 2001).

Existem escritos de autores gregos, romanos e bíblicos¹² a respeito do tema. As plantações de adormidera no sul da Espanha e na Grécia, no noroeste da África, no Egito e na Mesopotâmia, são provavelmente, as mais antigas do planeta (Escohotado, 1994). O uso medicinal do ópio na antiga Mesopotâmia e no Egito, bem como o uso da cannabis no meio religioso dos hindus, são partes integrantes da história da nossa civilização (Frances & Franklin, 1988/1992).

Desde o século XVII, Grã-Bretanha e China guerreavam porque os britânicos impunham o ópio aos chineses (Outeiral, 2002) em troca de mercadorias, num cerrado comércio. No século XVIII, com a expansão das rotas comerciais, essa droga passou a ser altamente consumida na Europa como um excelente remédio; por outro lado, a morfina era amplamente usada no período da guerra civil americana, o que resultou numa virada de século produtora de um número elevado de adictos de derivados do ópio (Frances & Franklin, 1988/1992).

A manipulação laboratorial de derivados de ópio, estimulantes e depressores, com a finalidade de aliviar a dor e também como revigorante de soldados durante as grandes guerras, acabou facilitando o uso disseminado de drogas, o que acarretou o surgimento de uma legislação que classificou os fármacos como lícitos e ilícitos. Os dados indicam que, a partir daí, se instalou um grande comércio de drogas

¹² As substâncias alucinógenas e estupefacientes fazem parte da história da humanidade, sendo que a Bíblia faz referência ao uso de bebidas alcoólicas, assim como a maconha já era utilizada na China 3.000 mil anos antes de Cristo. O uso do ópio como relaxante e analgésico, também tem seus registros dessa mesma época (Lambert & Lambert, 2001).

psicoativas ilícitas, com uma demanda social crescente, estimulada por interesses econômicos, que, na atualidade, constitui um negócio internacional de alto retorno financeiro em todo o mundo, principalmente na Colômbia, Estados Unidos e Brasil (Feix, 1996).

Os grandes conflitos modernos tiveram um papel significativo no desenvolvimento das toxicomanias: doença do soldado (morfinomania), depois da Guerra da Secessão; o cocainômano, após a I Guerra Mundial; o uso excessivo de anfetaminas no Japão, a partir de 1945, e, por fim, a heroínomania dos soldados norte-americanos ao retornarem do Vietnã (Lambert & Lambert, 2001).

Os problemas relacionados à toxicodependência também estão relacionados às questões econômicas, não sendo característicos deste século, pois, no passado, as guerras do ópio foram o primeiro confronto econômico e geopolítico. Essa situação vem permanecendo desde a segunda metade do século XX, já que o uso de drogas por combatentes continua sendo um fenômeno disseminado durante os conflitos locais (Lambert & Lambert, 2001).

Segundo Kalina (1988),

a droga é uma necessidade, registrada como uma constante ao longo da história da humanidade, cujo fundamento está baseado na incapacidade que os seres humanos têm para aceitar a condição de finitude, inerente ao fenômeno da vida. Quisera estender-me neste último ponto. O homem é o único animal que não aceita seu destino biológico que é nascer, crescer, reproduzir-se e morrer. Todos os outros desenvolvem esta seqüência, aceitando-a como um mandado biológico natural. (p. 43).

1.1.2 Histórico da cocaína

A cocaína é o principal alcalóide do arbusto *Erythroxylon*, coca natural das encostas indianas, cultivada nas regiões planálticas e regiões noroestes da Amazônia legal. Suas folhas são ovaladas ou elípticas; as flores, pequenas e brancas e o fruto, vermelho e brilhante. A espécie mais conhecida da planta, *E. coca variedade coca*, é cultivada nas encostas dos Andes desde a Bolívia até regiões centrais do Equador. Já a variedade *ipadu* é vista desde a região sul da Colômbia até a bacia Amazônica e extremo noroeste do Brasil, onde são utilizadas pelos índios para seu próprio consumo. Independente do método, os indígenas fazem usos religiosos e medicinais da coca¹³ (Leite, 1999).

O uso e o abuso de cocaína têm suas raízes nas grandes civilizações pré-colombianas dos Andes, que há mais de 4.500 anos já conheciam e utilizavam a folha extraída da *Erythroxylon* (Ferreira & Ferreira, 2003).

A civilização Inca, originária da região de Cuzco, adotou totalmente a produção e o consumo de coca. A prática imperial de invasão dominou muitas tribos no início do século XV, quando tiveram contato com a planta (Leite, 1999).

Quanto à sua origem, registros mostram que era uma planta sagrada para os Incas, estreitamente relacionada com o Deus Sol (Inti), que, de acordo com a lenda, pediu a seu filho, Manco Capac, que descesse do céu, sobre as águas do Lago Titicaca, para ensinar aos homens as artes, a agricultura e também lhes presentear com coca (Ferreira & Ferreira, 2003).

¹³ A palavra coca deriva da língua aymará *khoka* e significa *a árvore* (Ferreira & Ferreira, 2003).

Dentro da mesma lenda, para os indígenas de tradição incaica, Manco Capac foi o primeiro inca que presenteou as primeiras sementes a uma população entristecida, tornando-a capaz de suportar a fome e a fadiga (Leite, 1999).

Na época em que Pizarro encontrou o Império Inca, em 1530, o consumo da coca era privilégio da nobreza, e se estendeu até o período colonial, quando foi popularizado, apesar da oposição da Igreja Católica. Entre os Incas e as demais culturas primitivas, o seu uso era limitado aos rituais, o que coibia o abuso (Ferreira & Ferreira, 2003). Através da democratização do consumo, a produção começou a ser controlada pelos espanhóis no Peru, que a trocavam por riquezas locais (Leite, 1999).

Em 1859, o cientista alemão Albert Niemann extraiu o alcalóide das folhas da droga e criou o termo cocaína. A partir de então, vários foram os relatos sobre seus poderes na capacidade de eliminar a fadiga (Leite, 1999).

Em 1863, começou a ser produzido, por um químico em Paris, o vinho Mariani, que era uma mistura de vinho e cocaína. Esse tônico era recomendado pelos médicos a papas, reis e todas as personalidades importantes. Além do vinho, compunham a fórmula de Mariani pastilhas e chás (Leite, 1999).

Nessa mesma época, nos Estados Unidos, a coca era utilizada para a cura do alcoolismo e do morfinismo, sendo que esses preparados pavimentaram o caminho a partir de 1880 para a cocaína em sua forma pura. Enquanto isso, o laboratório Merck a distribuía para os especialistas europeus, a fim de que fizessem experimentos com a droga (Leite, 1999).

Freud, em 1884 (in Gold, 1993), publicou seu famoso livro *Über Coca* (Sobre a Cocaína), no qual indicava a cocaína para o tratamento de depressão, nervosismo, dependência de morfina, alcoolismo, doenças digestivas e asma.

Segundo Gold (1993), Freud administrou cocaína a seu amigo Dr. Ernst von Fleischl Marxow com o intuito de tratar as dores que ele apresentava como resultante da amputação de uma perna e subsequente dependência de morfina. Fleischl passou a injetar crescentes quantidades de cocaína subcutânea, o que resultou num quadro paranóide, com delírios, tornando-o então intratável. Freud foi acusado de irresponsabilidade pela comunidade científica da época por seu entusiasmo pela droga.

Um dos colegas de Freud, Dr. Karl Koller, também em 1884, mostrou a capacidade que a cocaína tinha de anestesiar a superfície dos olhos. A partir daí, o médico William Halsted, em Nova Iorque, começou a experimentá-la em si mesmo e nos outros, a fim de verificar se atuava como um anestésico local. Obteve sucesso no bloqueio da dor dando início à era das cirurgias oculares, entre outras. Halsted, no intuito de pesquisar a substância, passou a administrá-la em si mesmo, desenvolvendo dependência. Na tentativa de tratar o problema com a cocaína, utilizou-se de morfina, tornando-se, também, seu dependente até o final da vida (Ferreira & Martini, 2001).

Em 1885, o New York Times publicava o sucesso dos efeitos da cocaína nos casos de febre do feno, catarro, dor de dentes e enjoo do mar (Gold, 1993).

Nessa época, a cocaína era reconhecida pela indústria farmacêutica como a descoberta terapêutica mais importante, pois era prescrita para as mais variadas doenças (Gold, 1993).

John Pemberton, em 1886, patenteou um tônico cerebral que era administrado para as doenças nervosas. Com o passar do tempo, esse medicamento foi transformado em bebida, que tinha a cocaína como principal ingrediente. Surge então a Coca-Cola. Na virada do século, os norte-americanos e os europeus

chegaram à mesma conclusão dos indígenas, ou seja, que a folha da coca repunha a energia do indivíduo, proporcionando-lhe um bem estar. Nessa mesma época a cocaína foi substituída pela cafeína na fórmula da Coca-Cola (Weiss, Mirin, & Bartel, 1994).

Até a última década do século XIX, a cocaína era comercializada nas ruas dos Estados Unidos, porém, nesse mesmo período, começaram a ser decretadas as leis que impediam o acesso fácil a esta droga, o que veio acarretar o fortalecimento gradativo do mercado ilícito da cocaína (Musto, 1992).

Segundo Ferreira e Ferreira (2003), Freud, em 1892, ao identificar as inúmeras complicações decorrentes do uso e abuso da coca, publicou uma revisão do seu livro *Über Coca*, modificando o seu ponto de vista favorável à droga. Em 1914, a cocaína, juntamente com a morfina e a heroína, foi classificada como um narcótico.

Sendo assim, nos 30 anos que sucederam 1884, a visão social em relação à cocaína mudou, devido às restrições que começaram a surgir sobre seus efeitos. Entretanto, no início do século XX, ainda era utilizada com propósitos médicos. Porém, no período seguinte, a extinção do consumo foi quase total (Musto, 1992).

A partir de 1920, os consumos de derivados de opiáceos e *cannabis* assumem o lugar da cocaína, mas a partir de 1970, ela ressurgiu nos Estados Unidos envolta por uma reputação de ser incapaz de promover dependência e de ser segura em relação às consequências médicas (Musto, 1992).

No final dessa década, a imprensa passa a noticiar o uso da cocaína por atletas, o que veio contribuir para o seu sucesso. Conforme Byck (1987), as revistas *Times*, *Newsweek* e *Reader's Digest* destacavam a cocaína como uma das maravilhas do mundo, por ser inofensiva, levando o ser humano à sua capacidade máxima.

Em 1980, a psiquiatria norte-americana apresentava importantes informações sobre a cocaína, visto ser considerada um euforizante benigno que, se usado no máximo três vezes por semana, não causaria problemas sérios. A terceira edição do DSM-IV referia que não existia abstinência ou tolerância à droga, não incluindo dependência de cocaína como diagnóstico (Gawin & Kleber, 1992).

Em 1985, a quarta edição do *Comprehensive Textbook of Psychiatry* continuava revelando que o consumo da cocaína de forma moderada e ocasional era inofensivo (Grispoon & Bakalar, 1985).

No Brasil, a cocaína era legalmente comercializada no início do século XX, como parte integrante na formulação de remédios ou na sua forma pura. A propaganda publicada na Gazeta Médica de São Paulo, em 1910, anunciava a venda de cocaína para laringites, tosses etc. (Carlini, Noto, Galduróz, & Nappo, 1996).

Nessa mesma época, a imprensa e a sociedade brasileira, sob influência das questões norte-americanas, passaram, também, a focar o seu uso com preocupação. No artigo *Visão Histórica Sobre o Uso de Drogas: Passado e Presente; Rio de Janeiro e São Paulo*, de Carlini et al. (1996), desenvolve-se a ideia de que, em torno de 1914, a cocaína passou por uma mudança de lugar no imaginário social brasileiro e começou a ser vista como um comércio perigoso, que ameaçava a integridade e a vida das pessoas. Acreditam os autores que, devido aos clamores da imprensa e da sociedade em geral, o Congresso Nacional aprovou o Decreto-lei 4.292, em 06/07/1921 que, entre outras coisas, estabelecia: a) penalidades (multa e prisão) para as contravenções na venda de cocaína e outras drogas; b) criação de estabelecimento especial para tratamento de dependentes com duas seções, uma para internados judiciários e outra para internados voluntários.

Nos quarenta anos seguintes, pouca cocaína foi apreendida pela polícia brasileira, bem como as internações por uso dessa substância foram quase inexistentes (Carlini et al., 1996).

1.1.3 Histórico do conceito

O recurso às drogas tinha inicialmente um cunho religioso ou médico, mas, com o passar do tempo, disseminou-se com o homem nas suas migrações, marginalizando-se ou tornando-se culturalmente aceitável, sendo tratado de forma banal (Kalina et al., 1999).

Segundo Berridge (1990/1994), os aspectos da adição eram conhecidos desde o século XVIII, por intermédio dos trabalhos do Dr. John Jones sobre o uso do ópio. No século XIX, aparece, em primeiro plano, o nome do Dr. Edward Levinstein, pelo seu livro *Die Morphiumsucht*, publicado em 1878; e entre 1870-1879, Glenn Sonnodecker escreveu sobre a descoberta da adição à morfina, e tentou, a partir daí, estabelecer o conceito da adição como doença sobre bases concretas e aceitas, bem como provocar uma discussão médica num nível científico que transcendesse a especulação curiosa e a moralização.

O conceito de adição e seus componentes, a tolerância e a retirada, eram de uso corrente do século XVIII, porém os relatórios-padrão da história médica localizam o *conceito de adição*, posteriormente, no século XIX, em função de determinadas forças políticas, culturais e sociais (Berridge, 1990/1994). Roy Porter (1985 in Berridge, 1990/1994) indicou diferente base teórica dos relatórios dos séculos XVIII e XIX, um referente a uma psicologia associacionista da habituação, e outro referente às teorias de Esquirol e de Prichard sobre a insanidade moral como paralisia da vontade. Assim, esses elementos, unidos ao conceito de embriaguez,

acabaram reconhecidos como importantes no final do século XIX. Nessa época, segundo Berridge (1990/1994), as concepções da adição estavam entrelaçadas ao conceito de embriaguez.

A partir da metade do século XIX, a droga tornou-se um problema de saúde pública, atingindo simultaneamente o médico e o legislador. Através do progresso da química industrial, da farmacologia e da medicina, lhe foi dada uma nova dimensão, sendo que os locais de fumo do ópio sucederam os costumes de injeção de morfina e seus derivados, começando, a partir daí, a utilização de inúmeras drogas psicotrópicas. Paralelamente, o alcoolismo e o tabagismo, segundo numerosas opiniões, configuram flagelos médico-sociais (Leite, 1999).

No século XX, as teorias passaram a definir o adito exclusivamente, mas de forma indiferenciada, isto é, o consumidor moderado e controlado era visto como doente. Embora a questão da necessidade de intervenção médica fosse discutida, as teorias da doença tiveram aceitação por estarem escoradas na questão social. A definição da adição à morfina como doença deu-se, predominantemente, ao fato de seus usuários serem pacientes de um nível socioeconômico privilegiado e consumirem a droga sob prescrição médica (Berridge, 1990/1994).

De uma perspectiva histórica, a formulação do conceito de adição à droga, juntamente com outros hábitos, foi vista em paralelo ao desenvolvimento da medicina, como uma ilustração da evolução do progresso médico (Morel, Hervé, & Fontaine, 1997/1998).

Sendo assim, o conceito de toxicomania é datado do início dos anos 20, tendo sido utilizado por médicos, juristas e sociólogos que tentaram defini-lo com seus saberes, suas técnicas e ideologias. Na década de 50, a OMS sugere uma definição para toxicomania, nos seguintes termos (Calanca, 1991):

1. desejo ou necessidade incontrolável de continuar consumindo a droga ou de buscá-la por todos os meios;
2. tendência a aumentar as doses;
3. dependência psíquica e geralmente física em relação aos efeitos da droga;
4. efeitos nocivos ao indivíduo e à sociedade. (p. 56).

Entretanto, com o passar dos anos, os peritos da OMS chegaram à conclusão de que essa definição não se aplicava a todas as drogas. Em função disso, na década de 60, definiram *dependência* como “um estado que resulta da absorção periódica ou continuamente repetida de uma determinada droga”. Isso apenas mostrou a dificuldade que esses peritos tinham em determinar as razões que levavam a sociedade a colocar determinados produtos sob controle. Alguns anos depois, na mesma década, a OMS sugeriu o termo *farmacodependência* para caracterizar estado psíquico e, às vezes, físico, “resultante da interação entre um organismo vivo e um medicamento” (Calanca, 1991, p. 56, 57). Essa interação caracteriza-se por alterações do comportamento e por outras reações que obrigam “intensamente o usuário a tomar o medicamento de forma continuada ou periódica, a fim de obter seus efeitos psíquicos e, algumas vezes, para evitar o mal-estar da privação. Este estado pode ser acompanhado ou não de tolerância.” (Olievenstein, 1987/1990, p. 13).

Na história médica, a concepção da adição como doença foi extremamente criticada entre os anos de 1970-1979 (Berridge, 1990/1994). Szasz (1974 in Berridge, 1990/1994) posicionou-se afirmando:

No seu atual uso, popular e profissional, o termo “adição” refere-se não a uma doença, mas a um tipo de desvio que é desprezado. Por isso, o termo

“adito” refere-se não a um verdadeiro paciente, mas a uma identidade estigmatizada, usualmente gravada numa pessoa contra sua vontade. (p. 14).

Na década de 80, a *nova saúde pública*, que valorizava os cuidados primários, o tipo de vida individual, o planejamento, as informações e os indicadores da área de saúde, passa a ver o dependente como *usuário-problema*, embora psicólogos e clínicos ainda mantivessem o núcleo básico da dependência (Berridge, 1990/1994).

1.2 Enquadramento conceitual

Considera-se como droga toda a substância que, ao ser introduzida no organismo, causa alterações no seu funcionamento, modificando uma ou mais de suas funções (Gonçalves, 1988). “A palavra *droga*, de etiologia controversa, poderia ter vindo do persa *droa*, que significa odor aromático, do hebraico *rakab*, perfume, ou do holandês *droog*, substância ou folha seca.” (Ferreira & Ferreira, 2003, p. 332). Já Kalina (2001) diz que a palavra *droga*, etimologicamente, significa “mentira, embuste, coisa de má qualidade, etc.” (p.16).

Trata-se de um conceito genérico aplicável a todos os tipos de uso abusivo de drogas. De uma forma geral estão incluídas em uma mesma terminologia¹⁴ realidades individuais diversas (Silveira Filho, 2002).

Segundo Olievenstein (1987/1990),

¹⁴ Quanto à terminologia, considera-se pertinente salientar que na bibliografia estudada constatou-se uma variedade de termos referentes ao fenômeno da dependência de drogas. Além de toxicodependente, toxicodependência, encontram-se termos como: drogadito, drogadição, adicção e adicto, toxicomania, farmacodependência, toxicômano, bem como outros, que serão igualmente considerados. Para Lambert (2001a), a adicção, no vocabulário da Língua Portuguesa, é descrita como inclinação ou apego por algo e que o termo “*Addictum*, na antiga República Romana, era o termo associado ao escravo. Dependente químico – DROGADICTO nada mais é do que um escravo de sua vontade, um subalterno de seu próprio domínio, amordaçado pelo desequilíbrio interno emocional.” (p. 21).

a toxicomania é infinitamente mais complexa do que aparenta e que no limite, como diz Bernard Géraud: “O produto é sem efeito” pois, quando está presente, não se manifesta nada da dependência. (...) Se a dependência faz o toxicômano, ou antes sua definição, é sua edificação que faz o problema como construção da necessidade de repetição e de repetição da necessidade “como material fornecido pelo produto e seus efeitos” (p. 14).

Para o autor (1987/1990), o conceito de drogadição resume-se “na seguinte equação: o encontro de um produto, com uma personalidade e um momento sócio-cultural.” (p.14). Considera a dependência como parte de um contexto farmacológico, psicopatológico, familiar e social, também aponta para a real dificuldade de estabelecer fronteiras entre a questão da dependência e os limites entre o uso e o abuso, bem como e, ainda mais, de estabelecer definições.

Cavalcante (1997) conceituou a dependência como a relação que o usuário estabelece com a droga, tornando o seu uso um hábito impossível de romper, sem lhe causar sofrimento. Salientou, ainda, que a dependência pode se dar de duas maneiras: física e psicológica, sendo que a dependência física ocorre quando há um comprometimento das funções orgânicas, ao passo que a dependência psicológica é algo mais subjetivo, visto que causa algumas alterações nas funções psíquicas.

Duncan, Shmidt, e Giugliani (1996) consideraram a dependência química como um estado fisiológico resultante da adaptação do organismo ao uso contínuo de uma determinada substância psicoativa. Mencionaram que o conceito de dependência está sendo ampliado, devido à sua complexidade.

A drogadição, para Lambert (2001a), seria entendida como “a transformação abrupta e artificial da homeostase que existe entre o neocórtex e o subneocórtex, criando, por assim dizer, uma nova relação, um ‘órgão novo’ no encéfalo.” (p. 18).

Na CID-10 (1992/1993), a dependência é conceituada como:

Um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância ou de uma classe de substâncias alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham maior valor. Uma característica descritiva central da síndrome da dependência é o desejo (frequentemente forte, algumas vezes irresistível) de consumir drogas psicoativas (p. 74).

No DSM-IV (1994/1995):

A característica essencial da Dependência de Substância é a presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que o indivíduo continua utilizando uma substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela. Existe um padrão de auto-administração repetida que geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo da droga. (p. 172).

O DSM-IV (1994/1995) classificou o fenômeno como “Transtorno Relacionado a Substâncias” (p. 171), incluindo “transtornos relacionados ao consumo de uma droga de abuso, aos efeitos colaterais e à exposição de uma toxina.”¹⁵ (p. 171). No manual, o termo substância refere-se “a uma droga de abuso, um medicamento ou uma toxina.” (p. 171). As substâncias são agrupadas em 11 classes separadamente (embora compartilhem aspectos similares), nas quais “a cocaína compartilha características das anfetaminas ou simpaticomiméticos de ação similar.” (p. 171). Nessa seção inclui a questão da “Dependência de Múltiplas Substâncias e Transtornos Relacionados a Outras Substâncias” (p. 171). Os

¹⁵ A CID-10 (1992/1993, p. 69), numa concepção semelhante à do DSM-IV, classifica o fenômeno como F10-F19 “Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas” (p. 69).

transtornos relacionados a substâncias são divididos em dois grupos: transtornos por uso de substâncias (dependência de substância e abuso de substância) e transtornos induzidos por substância – intoxicação por substância, etc.

A respeito dos critérios diagnósticos utilizados pelo DSM-IV e pela CID-10, Ferreira e Ferreira (2003) apresentaram uma análise comparada: no DSM-IV o abuso é referido como *uso continuado mesmo com problemas* e a dependência é considerada “quando consome, mais e por mais tempo, desejo e esforços mal-sucedidos de parar, mais tempo para droga, desatenção de outros aspectos da vida, uso continuado mesmo com problemas” (p. 332); na CID-10 uso nocivo representa prejuízos para saúde física e/ou mental e a dependência refere-se à “diminuição da capacidade de controle no uso, vivência de compulsão, prioridade para droga, abandono de outros interesses, persistência no uso” (p. 332).

Os critérios de dependência estabelecidos pelo DSM-IV, segundo os autores (2003), devem compreender “um padrão desadaptativo de consumo que induza a um deterioro clinicamente significativo, expressado por três ou mais dos sintomas em algum momento nos últimos 12 meses.” (p. 332).

Segundo Castel, Hochgraf, e Andrade (1995), o uso pode transcorrer sem causar problemas (como parte de suas atividades habituais, ligado a atividades sociais, podendo ser abandonado) ou poderá causar problemas, isto é, causar dependência. Na opinião dos autores, não existe uma demarcação suficientemente clara entre a questão da dependência e do uso, na medida em que existe uma série de “estados intermediários, com denominações algo imprecisas: uso de risco, abuso, uso problemático, uso prejudicial, etc.” (p. 122). O problema evidencia-se quando a droga acaba assumindo um papel predominante no cotidiano do usuário, isto é, quando se estabelece uma relação de dependência (as atividades do indivíduo e seu

círculo social acabam sendo associados ao uso) e, como consequência, aparecem problemas de ordem social, familiar, econômica, física, jurídica, etc. Salientam “que os dependentes são um subgrupo dos usuários, quer dizer, apenas uma parcela das pessoas que experimentam uma droga vai se tornar dependente.” (p. 122).

Segundo Olievenstein (1933/1985), “‘usuários recreativos’ das drogas combinam com bastante facilidade uma inserção sócio-afetiva e uma vivência libidinal satisfatórias com a tomada de produtos tóxicos, que lhes trazem prazer e revelação. Sua diferença com os toxicômanos está na dependência” (p. 46).

É importante diferenciar a dependência do uso terapêutico abusivo, visto este ser o consumo exagerado de uma substância (remédio) que tem a finalidade de eliminar um transtorno ou recuperar uma função orgânica, enquanto a dependência química é vista como o uso exagerado da posologia natural, a fim de obter o prazer, estando sempre relacionada ao desejo (Cavalcante, 1997).

O estudo da toxicodependência tem ocupado um espaço significativo na área da saúde pública mundial, o que evidencia várias tentativas de definição de seu conceito. Embora exista uma série de trabalhos que apresentam uma definição do conceito de toxicodependência, não se acredita na possibilidade de uma única concepção, como também não se acredita que exista alguma que seja absoluta.

Com inspiração em Kalina (1988), pode-se constatar que o tema drogadição abrange um campo amplo e com numerosas variáveis, por isso necessita ser visto num enfoque interdisciplinar, tanto no âmbito de estudo como na prevenção e combate.

Não se pode ver a toxicodependência como tendo uma abordagem unilateral do problema. É um erro ver o toxicômano como um doente ou um delinquente, apesar de qualquer uma dessas duas categorias ser o resultado de sua história. O

ideal seria que todas as categorias envolvidas constatassem que o toxicômano estimula uma reflexão psicossocial e cultural e que se encontra num estado de sofrimento, necessitando de um olhar médico e tornando-se objeto de cuidado individual ou de atendimento comunitário (Calanca, 1991).

Sendo assim, no presente estudo, pretende-se situar a droga como um fenômeno de dimensões afetivas e pessoais, bem como sociológicas e antropológicas, ou seja, a toxicodependência como resultante de um processo complexo que inclui, além da substância em si, o contexto sociocultural e econômico, e a personalidade do usuário.

O enquadramento conceitual da toxicodependência não foge do sistema, de todo o processo de conceituação e definição de determinados fenômenos humanos, no sentido de que todo fenômeno pode ser observado em ângulos diversos e, assim, conseqüentemente, obterá concepções diversificadas.

1.3 Dados epidemiológicos

O CEBRID apresentou resultados de pesquisas, entre os anos de 1987 e 1997, nos quais a prevalência de uso de cocaína na vida de escolares é visivelmente crescente, com os seguintes índices: 1987=0,5%, 1989=0,7%, 1993=1,2%, 1997=2,9% (Carlini, Carlini-Contrim, & Silva-Filho, 1989). Outros estudos mostraram a prevalência de uso de droga (exceto álcool e tabaco) por faixa etária (mais de 18 anos), com os seguintes resultados: 1987=30,1%, 1989=32,3%, 1993=31,7%, 1997=34,5% (Motta, 1998).

Em 1989, foi realizada uma pesquisa junto aos alunos da Faculdade de Ciências Médicas de Porto Alegre (RS, Brasil), a fim de verificar o uso de drogas nessa população. Foi aplicado um questionário a 176 alunos que estavam

matriculados do 1º ao 5º ano, entregue na sala de aula, sem identificação e de forma voluntária. Os resultados obtidos mostraram que, dos 121 estudantes que já haviam experimentado drogas, 56 (45%) continuavam fazendo uso naquele momento, representando a cocaína 5,70% da preferência, em relação às outras drogas ilícitas (Lambert, 2001b).

No Brasil, são poucos os dados sobre adolescentes internados por uso de cocaína. Carlini, Carlini-Contrim, e Silva-Filho (1987) mostraram que os menores internados com transtorno de conduta têm uma prevalência de uso-na-vida de cocaína em torno de 9% e, entre os menores de rua, esse número chega a 46,5%. Em compensação, entre os adolescentes que se encontravam em tratamento por abuso de drogas, a cocaína foi a segunda droga ilícita mais consumida (71,7%), atrás apenas da maconha (90,6%).

Entre os estudantes de ensino fundamental e médio, o consumo de drogas ilícitas em geral tem se mantido constante, comparados com os dados relativos ao período de 1987, 1989¹⁶, 1993 com índices de uso-na-vida em torno de 22% e uso frequente próximo de 3% (Galduróz, D'Almeida, Carvalho, & Carlini, 1994; Programa Valorização da Vida, 1995).

Cabe destacar que o uso-na-vida de maconha e de cocaína apresentaram alterações significativas, sendo que o de maconha aumentou 2,8% em 1987, para 3,4% em 1989, chegando a 4,5% em 1993. Já o de cocaína quase triplicou nesse período, apresentando um salto de 0,5%, em 1987, para 1, 2, em 1993 (Programa Valorização da Vida, 1995).

¹⁶ Carlini, Carlini-Contrim, e Silva-Filho (1990) referiram-se a um estudo realizado em escolas brasileiras, no qual constatou que 78,8% dos estudantes em 1987 e 73,8% em 1989 nunca haviam experimentado drogas psicoativas; dos que experimentaram 2,7%, em 1987, e 3,5%, em 1989, tornaram-se usuários frequentes.

Um estudo realizado com estudantes de Porto Alegre (RS, Brasil), no período de 1992 a 1994, mostrou uma tendência de aumento no uso-na-vida para as substâncias ilícitas em geral, indo de 27,4% para 29,7%. O que chama atenção nesse estudo é que o de maconha passou de 9,4 para 12,3%, e o de cocaína, de 2,4% para 4,5% (Programa Valorização da Vida, 1995).

Nos anos 90, entre os estados americanos, a cocaína era a 4ª droga em prevalência, enquanto no Brasil ela ocupava a 8ª posição, atrás dos anticolinérgicos (1,4%) e dos barbitúricos e xaropes (1,3%) (Galduróz et al., 1994).

Nos Estados Unidos, em 1991, 12% da população relatou ter usado cocaína (incluindo crack) uma ou mais vezes em suas vidas, com aproximadamente 3% no ano anterior e menos de 1% no mês anterior.¹⁷ Nesse mesmo ano, 18% dos adultos jovens na faixa etária de 18 a 25 anos e 26% dos adultos de 26 a 34 anos relataram já terem usado a droga (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1994/1997).

Queiroz e Andrade (1999) realizaram uma pesquisa na década de 90, a fim de levantar dados epidemiológicos voltados para população jovem, em especial aos estudantes universitários. Utilizaram metodologias comparáveis, medindo o padrão de uso de 14 substâncias psicoativas, dentre elas a cocaína, valendo-se de padrões de uso reconhecidos internacionalmente, quais sejam o uso-na-vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias. O instrumento utilizado foi um questionário anônimo e de autopreenchimento elaborado com base no proposto pela OMS, a fim de apurar informações sobre o padrão de uso de drogas e sobre as atitudes frente ao uso experimental e regular das substâncias psicoativas.

¹⁷ A taxa de uso-na-vida de maconha entre estudantes secundários americanos mostrou-se acima de 50% desde 1976, sendo o uso neste país 15 vezes maior do que no Brasil. A taxa de uso de cocaína ficou acima de 17%, o que representa 24 vezes mais do que no Brasil. Isso mostra, de forma bastante clara, que as diferenças de consumo entre estes dois países são bastante significativas, mesmo ao nível de experimentação (Carlini, Carlini-Contrim, Silva-filho, & Barbosa, 1989).

Essa pesquisa teve início no Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (GREA) que faz parte do Instituto de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP, Brasil), no ano de 1991. O instrumento foi aplicado nos alunos matriculados nos seis anos do curso de medicina, com 786 questionários, correspondendo a 74% do total. Esse levantamento foi repetido nos dois anos seguintes, obtendo o resultado para 72%, no ano de 1993, e 93%, no ano de 1994. Os dados mostraram que a prevalência do uso de drogas, inclusive cocaína, foi maior nos últimos anos do curso de medicina, especialmente nos 3º, 4º, 5º e 6º ano, sendo que existe um aumento significativo desse uso dos primeiros para os últimos anos (Queiroz & Andrade, 1999).

Através dos resultados obtidos, Queiroz e Andrade (1999) resolveram realizar essa mesma pesquisa junto a estudantes de medicina de outras nove escolas de São Paulo que seguiam os mesmos padrões de uso de drogas, no período de 1994 e 1995. O total de questionários respondidos foi de 3.725, o que representou 71% do número de alunos matriculados do 1º ao 6º. Desse total, 60% eram alunos da capital, e 40%, do interior. Os resultados apresentados não se diferenciaram muito da pesquisa anterior, ou seja, um consumo maior de cocaína, assim como de substâncias psicoativas nos últimos anos do curso de medicina. Além disso, apareceram como fatores de risco à utilização da cocaína na vida: ser do sexo masculino, considerar desempenho escolar como fraco/insuficiente, dormir ou ir ao clube quando falta às aulas, não procurar ninguém quando tem problemas mais sérios, aprovar que outras pessoas experimentem álcool e drogas (maconha, cocaína, tranquilizantes, anfetaminas, solventes), aprovar o uso regular de álcool e drogas (maconha, anfetaminas, inalantes), ter motivos para usar drogas e ter mais anos de escolaridade.

Com esses resultados, Queiroz e Andrade (1999) expandiram sua pesquisa para alunos de outros cursos da Universidade de São Paulo (USP), tanto da capital como do interior. Os dados obtidos a partir de 2.564 questionários respondidos na capital e 1.643 no interior corresponderam a 80% - 85% da amostra. Nos resultados apurados percebeu-se que o maior uso de cocaína se dá nos alunos do sexo masculino, que moram sem a família.

Em 1996, estudo realizado através da Secretaria da Saúde de Diadema, no período de abril e maio, sobre atendimentos psiquiátricos do Pronto-Socorro Central,¹⁸ evidenciou a necessidade de ser criada uma intervenção de atendimento e prevenção na questão do uso/abuso de drogas. Dos 624 atendimentos com diagnósticos psiquiátricos no mês de abril, 18,1% (113) apresentavam diagnóstico de dependência do álcool, e cerca de 28,5% (178) tinham o diagnóstico associado ao uso de substâncias (dependência de álcool ou outras drogas e psicoses por uso de substâncias). Dos 650 atendimentos realizados em maio daquele ano, 17,8% apresentavam o diagnóstico de séria dependência do álcool, e 31,8% diagnósticos associados ao uso de substâncias (Lima, 2002).

O Conselho Tutelar da Criança e Adolescente de Diadema – São Paulo (SP) mostrou que o grande problema da dependência e do abuso de drogas entre os adolescentes seria o crack. Em 1995 apresentava um registro de quarenta e quatro adolescentes com problemas de uso. Os registros de atendimento do Espaço Fernando Ramos da Silva (EFRS), o qual recebia estes adolescentes para tratamento, coadunaram com essa observação, em que 52% dos primeiros 25 pacientes, em fevereiro de 1997, tinham o crack como principal droga de abuso. Nas estatísticas

¹⁸ Estudos evidenciaram uma elevada prevalência de transtornos de consumo de substâncias em populações clínicas atingindo de 50% a 75% das populações psiquiátricas. Vários estudos demonstram que de 20 a 30% dos dependentes de substâncias são pacientes ansiosos (Bucher, 1992).

dos duzentos primeiros pacientes, realizadas em outubro de 1997, a taxa encontrada foi de 49,5%, mesmo com a inclusão oficial de adultos (para tratamento) a partir daquele ano. Na terceira estatística, em que foram enquadrados 319 pacientes inscritos, o índice de usuário de crack era de 40% (Lima, 2002).

No Brasil, o uso da cocaína tem se destacado das demais drogas, sendo que a forma mais utilizada é pelo meio endovenoso,¹⁹ tornando-se fator de alto risco da transmissão do vírus HIV. Parece estar-se vivendo uma epidemia de uso de cocaína²⁰, o que causa uma ansiedade muito grande junto à sociedade, como se isso estivesse acontecendo pela primeira vez. Os Estados Unidos, que nos últimos anos vêm apresentando um aumento bastante significativo do uso de cocaína, já viveram esse fenômeno em outras épocas (Folheto CEBRID, 2002).

Embora a disponibilidade de dados sobre o consumo de drogas no Brasil seja menor do que em países de primeiro mundo (Ferreira, Escobar, & Sandri, 2003), há evidências de que nos últimos anos esse consumo e abuso vêm aumentando. Tavares, Béria, e Lima (2001), em pesquisa com estudantes da cidade de Pelotas (RS, Brasil), com idades entre 10 e 19 anos, encontraram uma prevalência de 3,7% de uso de cocaína durante a vida e 2,4% no último ano. Esses índices aumentaram linearmente de acordo com a idade dos entrevistados, sendo igual a 0,5% entre estudantes de 10-12 anos e 6,6% entre os de 19 anos, sugerindo que a cocaína vem se popularizando entre adolescentes escolares.

¹⁹ A cocaína pode chegar até o consumidor de várias formas, como sal, o cloridrato de cocaína, o pó, farinha, neve ou branquinha. O uso pode se dar de várias maneiras; aspirada (cafungado), dissolvida em água e injetada nas veias (canos) ou fumada em cachimbos (crack). O crack também é conhecido como merla (mela, mel ou melado), apresenta um aspecto de pedra ou em pasta (merla), não podendo ser transformado num pó fino (Boletim CEBRID, 2004).

²⁰ O índice da adicção da cocaína aumentou com o uso do crack (Barros, 2002).

Conforme o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência ([OEDT] 2002), o consumo de drogas vem crescendo, e 5% a 15% dos adultos jovens da maioria dos países referiram já ter consumido recentemente maconha nos últimos 12 meses. O uso de anfetaminas está referido como 0,5% a 6%; o de cocaína, de 0,5% a 3,5% e o ecstasy de 0,5% a 5%. Segundo pesquisas, os adultos europeus referem que, no decorrer de suas vidas, 1% a 5% experimentaram cocaína, anfetaminas e ecstasy.

Galduróz, Noto, Fonseca, e Carlini (2004) reforçaram a referida realidade, nos dados apresentados pelo *V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras*, no qual o uso-na-vida (exceto álcool e tabaco) foi de 22,6%, estando na frente de outros países da América do Sul.

Em estudo atual, Cunha, Nicastrí, Gomes, Moíno, e Peluso (2004) mostraram que, no mundo, estima-se que 14 milhões de pessoas usam cocaína de forma abusiva.²¹

1.4 Abordagens e concepções

No decorrer dos tempos, a concepção da toxicodependência partiu de um *modelo monovariado* de doença, com causa única, na qual “a droga traz consigo própria poderes de intoxicação”, ou seja, o tipo de droga é que definia o toxicodependente, como “o opiómano, o morfinómano e o cocainómano”. As causas da dependência eram essencialmente atribuídas à substância – “a droga é que faz o toxicodependente.” Na sequência, a sociedade, especialmente o meio ambiente (o

²¹ Segundo Gelder, Mayou, e Geddes (1999/2002), “a extensão da oferta de drogas é frequentemente ocultada porque o uso de muitas drogas é ilegal e socialmente inaceitável.” (p. 178).

relacionamento com outras pessoas), numa “representação causalista exógena”, seria responsável por gerar condições para que o indivíduo se tornasse dependente, passando, então, para a concepção de que “é a sociedade que faz o toxicodependente” (Morel et al., 1997/1998, pp. 125, 126).

“Em simetria quase perfeita com estes modelos exógenos foram propostas causas endógenas, internas ao indivíduo”. Este modelo foi centrado na personalidade do usuário, “consagrado pelo aforismo”, em que aspectos psicológicos causados por traumatismos infantis específicos desencadeariam a toxicodependência, entitulando a concepção de que “é a toxicodependência que faz a droga.” (Morel et al., 1997/1998, p. 127).

A ciência, paralelamente a esses modelos *psíquicos endógenos*, desenvolveu *modelos endobiológicos*. Através da evolução das neurociências, com a descoberta dos “sinais de funcionamento interno do cérebro (em particular os neuromediadores)” e com a possibilidade de intervenção sobre o componente neurobiológico da atividade humana, surgiram novas concepções sobre a compreensão da toxicodependência. Modelos atuais postulam que ela é resultante quer de “um déficit genético inato que conduz a disfunções da neurotransmissão quer” das “modificações bioquímicas adquiridas pela exposição anterior ao *stress* ou pela acção prolongada de drogas que modificam irremediavelmente o equilíbrio das regulações biológicas.” (Morel et al., 1997/1998, p. 127).

Segundo Sebastião (2008), pode-se dizer que a toxicodependência é uma doença orgânica funcional, com impacto fisiológico, neurológico, psicológico, comportamental, social e político. Em função disso, é incessante a busca de uma compreensão mais ampla do fenômeno, para que se possa contar com métodos terapêuticos efetivos no tratamento e na prevenção.

1.4.1 Aspectos neurobiológicos

As drogas atuam no sistema nervoso, desenvolvendo um papel significativo nos processos de comunicação, integração e de regulação que asseguram a ocorrência interna do organismo e com as condições mutáveis do meio ambiente (Morel et al., 1997/1998).

A exposição inicial a uma droga de abuso faz com que ela atravesse a barreira hematoencefálica e permeie as células do Sistema Nervoso Central (SNC), chamadas de neurônios (Barros 2002).

O processo de comunicação neuronal pode ocorrer por natureza elétrica ou química. Quando ocorre através do processo químico, é por meio das substâncias chamadas de neurotransmissores. Na membrana celular estão os receptores, que são alvos específicos para a ligação das drogas de abuso, bem como de uma gama de outras substâncias como os neurotransmissores, neuromoduladores, etc. (Barros, 2002).

Estudos realizados com ratos, nos quais foi utilizada a autoestimulação elétrica cerebral e autoadministração de drogas, mostraram que os corpos celulares dos neurônios localizados em áreas cerebrais específicas são ativados sob a ação de drogas de abuso. A região denominada área tegmental ventral (VTA) é o local onde a dopamina é produzida, emitindo projeções para outras áreas cerebrais denominadas de núcleo acubens (NAc) e córtex pré-frontal. Essas projeções também inervam o hipocampo e a amígdala, estruturas que estão relacionadas com a área da aprendizagem e da memória (Barros, 2002).

O sistema de apetência (que liga, do córtex frontal ao mesencéfalo, às estruturas cerebrais laterais) é conhecido também como sistema de recompensa ou de

reforço positivo, ou seja, está relacionado à área do prazer. E o sistema aversivo desenvolve o comportamento de fuga ou de defesa, sensações e reações de medo (Morel et al., 1997/1998).

Entre esses dois sistemas, existem interações que estão na base de equilíbrios e regulações do comportamento e das experiências, em que o funcionamento interno do cérebro desenha uma combinação complexa entre conotações de prazer e desprazer, reforços positivos e negativos, sendo que o sistema límbico fica encarregado de dar uma nova dimensão histórica, ou seja, uma memória da experiência, estando o sistema de recompensa diretamente ligado ao sistema dopaminérgico (Morel et al., 1997/1998).

Trabalhos realizados por vários cientistas relacionam a dopamina a uma série de drogas de abuso, incluindo a cocaína, os canabinóides (maconha), a heroína, o álcool e a nicotina, sendo que todas as substâncias ativam o sistema de recompensa e desencadeiam um aumento na liberação de dopamina. O uso contínuo das referidas drogas de abuso causa danos nas vias cerebrais responsáveis pelo mecanismo de recompensa (Barros, 2002).

Uma pessoa, ao aspirar ou fumar cocaína, está atingindo todas as áreas cerebrais, porém liga-se a sítios receptores específicos em determinadas áreas do SNC. A cocaína se liga à área denominada VTA, núcleos accumbens e núcleos caudatum, que são áreas cerebrais ricas em sinapses dopaminérgicas. Também se liga nos DATs (transportadores de dopamina) e assim inibe o transporte de dopamina para o interior do neurônio. Sendo assim, existe uma maior quantidade de dopamina na fenda que ocupa um maior número de receptores, o que irá aumentar o efeito causado pela dopamina nos centros de recompensa. Com isso, as ações da cocaína no núcleo accumbens propiciam um aumento de impulsos que ativam o sistema de

recompensa, sendo que esta via poderá ser ativada mesmo na ausência da droga, durante o *craving* (compulsão). O uso contínuo faz com que o organismo passe a contar com essa substância para obter as sensações do prazer (Barros, 2002). Ela “também inibe a recaptção de serotonina (5HT2) e noradrenalina (NA), além de interferir nos sistemas de neurotransmissões que envolvem endorfinas, acetilcolina e sistema gabaérgico.” (Ferreira et al., 2003, p. 347).

A cocaína se distribui no organismo de forma rápida, apresentando ligação com proteínas plasmáticas, com alta afinidade pela α -1-glicoproteína ácida e baixa com a albumina (Silva & Odo, 1999).

Segundo alguns estudos, “a cocaína se acumula nos tecidos adiposos e no SNC devido à função de sua lipossolubilidade, o que resulta uma concentração de 4 a 11 vezes maior do que as plasmáticas, com posterior liberação desses sítios de armazenamento para outros tecidos.” (Silva & Odo, 1999, p. 82).

Os sítios que apresentam uma boa afinidade para ligação da cocaína encontram-se no fígado, sendo explicado provavelmente pela alta toxicidade observada neste tecido (Silva & Odo, 1999).

A cocaína é extensamente convertida a produtos de biotransformação através dos processos enzimáticos e químicos, sendo muito pouco excretada na urina na sua forma inalterada (Silva & Odo, 1999).

“A cocaína é uma droga perigosa que pode causar a morte.” (Ferreira et al., 2003, p. 347). Isso porque o seu efeito sobre o sistema nervoso central é responsável por muitas complicações, apesar de produzir uma sensação agradável. Além dos efeitos esperados pelo consumidor, podem aparecer diversos sintomas e transtornos clínicos e mentais relacionados com o uso/abuso.

Embora o uso de cocaína seja considerado um problema de saúde pública, há uma escassez de dados científicos sobre as consequências neurocognitivas decorrentes da exposição à substância (Cunha et al., 2004).

1.4.2 Aspectos da neurociência

Nos últimos anos, observou-se o crescente avanço nos estudos das funções do sistema nervoso, em especial as do cérebro, no qual as substâncias psicoativas têm a capacidade de alterar a consciência, a disposição e os pensamentos (Rebello, 2006).

A integração dos conhecimentos adquiridos pelas neurociências tem possibilitado a formulação de algumas hipóteses sobre os fatores biológicos relacionados ao consumo de substâncias e à farmacodependência (Graeff, Brandão, Tomaz, & Guimarães, 1997).

A pesquisa sobre esses fatores ocupa um lugar de destaque, pois as novas tecnologias têm permitido uma aproximação cada vez maior do cérebro aos mecanismos da toxicodependência. Também os modelos da genética têm desenvolvido novos recursos metodológicos para a investigação da dependência de drogas e as possibilidades de prevenção (Marques-Teixeira, 1998).

Blum e Comings (1996 in Carter, 2002/2003), geneticistas norte-americanos em estudos sobre a síndrome de deficiência da recompensa,²² constataram que uma gama ampla de transtornos mentais pode ser classificada sob esse tópico. Explicam que, dependendo da área do sistema de recompensa (do cérebro) que estiver afetada, “a pessoa poderá apresentar desde uma leve ansiedade, irritabilidade ou ato de

²² Síndrome assim batizada pelos pesquisadores. "As pessoas com síndrome de deficiência da recompensa são incapazes de obter satisfação na vida. (...) Esse tipo de descontentamento é bem disseminado: alguns levantamentos concluíram que uma de cada quatro pessoas sofre de uma das afecções incluídas" (Blum & Comings, 1996 in Carter, 2002/2003, pp. 119, 120).

assumir riscos até transtorno de alimentação, compulsão de fazer compras e jogar, vício de drogas e alcoolismo.” (p. 119).

Esses pesquisadores encontraram de 50% a 80% do gene (alelo D2R2),²³ nos “alcoólicos, viciados em drogas, comedores compulsivos e jogadores patológicos.” Explicam que esse gene impede a ligação da dopamina com as células nas vias de recompensa, o que ocasiona a diminuição de prazer que o neurotransmissor geralmente dá ao ser liberado. Portanto, as pessoas que têm esse gene, sentem-se “impelidas a consumir, ou a fazer, mais e mais coisas que estimulam a dopamina na esperança de que acabarão conseguindo o bastante para se sentirem satisfeitas.” (Carter, 2002/2003, p. 121).

A presidente do NIDA, Prof^a Doutora Nora Volkow (2006), em comentário no evento²⁴ *ADIÇÃO – O Fim da Neurobiologia do Livre Arbítrio*, anunciou que a ciência tem auxiliado muito na compreensão da toxicodependência, tanto quanto aos fatores que tornam as pessoas mais vulneráveis quanto àqueles que as protegem do uso de drogas, reconhecendo que as drogas, isoladamente, não são suficientes para causar a dependência. Além das drogas em si, existem outros aspectos que são extremamente determinantes, tais como a predisposição genética. Mencionou que algumas pessoas são mais susceptíveis à dependência e concluiu “que pelo menos 50% dessa vulnerabilidade e das diferenças na vulnerabilidade para a dependência são geneticamente determinadas.” (¶ 17).

Liping (2008), através de um estudo que prova a relação entre os genes e a toxicodependência (ópio, cocaína, nicotina e álcool), concluiu que fatores genéticos contribuem em 60% para a vulnerabilidade ao vício. Descobriu, ainda, a informação

²³ Alelo “é uma variação de um gene normal” (Blum & Comings, 1996 in Carter, 2002/2003, p. 121).

²⁴ O referido evento aconteceu de 27 a 30 de setembro de 2006, na cidade do Porto, Portugal.

genética relacionada com a dependência e identificou cinco trilhas biológicas comuns ao vício nas quatro substâncias.

No entanto, Goulão (2008) salientou que, nos últimos anos, tem se verificado um crescente investimento nas neurociências e na genética para explicação do fenômeno da toxicodependência. Ele reconheceu o potencial dessa área de investigação, mas aponta a importância de não desconsiderarem-se outras questões envolvidas, tais como os aspectos sociais.

1.4.3 Aspectos psicodinâmicos

1.4.3.1 Individuais

Quanto aos aspectos individuais, as primeiras contribuições de valor psicodinâmico sobre a toxicodependência foram dadas por Freud, no decorrer de seus múltiplos estudos, sob forma de reflexões ocasionais. Segundo Rosenfeld (1965/1968), a contribuição inicial de Freud centra-se na relação estabelecida entre a psicopatologia da mania e do humor com o alcoolismo e a embriaguez, o que proporcionou as bases iniciais para uma compreensão das toxicomanias.

Kalina e Kovadlof (1988) relataram que, no final do século XIX, Freud considerava a toxicodependência como subsequente da masturbação. No início do século XX, Freud (1905a/1974a) passa a relacionar as diferentes formas de toxicodependência com a satisfação de necessidades infantis primárias, e a afirmar que as origens da toxicodependência estão diretamente relacionadas com a fase oral

do desenvolvimento,²⁵ sobre a qual salientou aspectos fundamentais, tais como, a importância da fixação, da regressão, a intolerância à espera na satisfação do desejo.

Segundo Kalina e Kovadlof (1988), no rastro dos achados de Freud, outros pesquisadores deram andamento a trabalhos centrados na questão do desenvolvimento libidinal para explicar a teoria da oralidade no processo da drogadição.

Em sua obra *A Primeira Fase Pré-genital da Libido*, Abraham (1916/1970) apontou para a relevância da avidez oral nas toxicomanias.

Savitt (1966) atribuiu a adicção a indivíduos fixados numa fase pré-oral, sendo que os usuários de droga injetável realizavam uma involução de caráter regressivo fetal. Pegando o viés da teoria kleiniana, ele acreditava que o adicto ingere a droga a fim de preencher a lacuna existente no desenvolvimento infantil, visto não ter conseguido atingir a posição depressiva, mantendo fortes sentimentos persecutórios de desintegração. Essa vivência provém da estruturação de seu ego que, segundo o autor, é bastante arcaica. Este arcaísmo consiste na possibilidade do id sufocar o ego, prevalecendo, então, o que Freud chamaria do princípio do prazer.

Rado (1926) referiu que os dependentes químicos estariam fixados na fase oral, como resultado de imperativos constitucionais, que contribuiriam para a não resolução de conflitos primitivos. Dessa maneira a relação com a droga representaria a satisfação das necessidades orais – capaz de reviver o orgasmo oral infantil. A importância da sua teoria centra-se na percepção da função neutralizante exercida pelo tóxico, sob o sofrimento do usuário, em função de suas características

²⁵ Conforme Kalina et al. (1999), a grande contribuição de Freud neste campo está associada à teoria da dinâmica da oralidade.

depressivas e maníacas, bem como o paralelo estabelecido entre a natureza da toxicomania e a liberação dos impulsos autodestrutivos.

Em seu estudo, Simmel (1929) mencionou que a toxicomania pode surgir em defesa à melancolia; a ação neutralizante da droga agiria sobre o superego, fazendo com que o ego reencontrasse a autoestima perdida por intermédio de um processo regressivo, vinculado ao princípio do prazer. A dissolução do superego, pelo efeito das drogas, acarretaria numa manifestação progressiva de pulsões destrutivas.

Rosenfeld (1965/1968) reconheceu que o toxicômano tenta fugir dos estados depressivos que o ameaçam, apelando para os mecanismos maníacos. Disse que “a toxicomania intimamente se relaciona à doença maníaco-depressiva, conquanto não lhe seja idêntica” (p. 149). O ego dos toxicômanos é fraco, e não tem força para suportar o peso da depressão, por isso recorre aos mecanismos maníacos, mas só alcança a reação maníaca com o auxílio das drogas, já que é necessária certa força do ego para produzir a mania. “Caracteristicamente defendem-se com idealizações, identificações com o objeto ideal e o controle onipotente dos objetos” (p. 150). Ele ressaltou que o toxicômano está fixado na posição esquizo-paranóide,²⁶ embora tenha alcançado parcialmente a posição depressiva.

Inspirados nas ideias de Bleger (1988) sobre a valorização “da simbiose na psicologia e na psicopatologia” (p. 9), Kalina e Kovadlof (1988) afirmaram que a personalidade patológica do drogadito é basicamente em função de uma relação simbiótica prévia com sua mãe, que não lhe proporcionou terreno para que ele realizasse uma dessimbiotização adequada; pois se a mãe possibilitasse um processo de dessimbiotização adequado, permitiria ao indivíduo amadurecer, o que lhe

²⁶ A fase esquizo-paranóide encerra na criança quando ela começa a reconhecer o outro como outro, o que acarretaria na aquisição da capacidade de espera, que é o produto da consolidação do ego, e que também capacita à manipulação de símbolos (Segal, 1964/1975).

possibilitaria “aprender a reconhecer o outro como outro” (p. 37) e a se “auto-reconhecer” (p. 37); caso contrário, evidencia-se uma falha no processo de simbiotização-dessimbiotização.²⁷ O drogadito não percebe o outro como outro, como também não reconhece a si próprio, pois “reconhecer-se poderia destruí-lo, já que equivale à consciência de finitude, ao reconhecimento dos limites” (p. 37), o que para ele acarretaria uma depressão melancólica, ou seja, a desintegração psicótica.

Segundo Kalina e Kovadloff (1988), quando o drogadito cai em estados depressivos, devido à inconsistência do seu ego, a melancolia chega a atingir feições psicóticas. Isso se dá pela quebra da barreira defensiva que separa a parte neurótica da parte psicótica da personalidade.

Os autores (1988) salientaram que o drogadito busca tampar, com o tóxico, aquelas fendas do ego que são susceptíveis a invasões do núcleo psicótico. “Este núcleo, obviamente, não é privativo do adicto: existe em todos nós, mas ‘contido’ pela estrutura neurótica do ego” (p. 35); no caso do toxicômano, porém, representam dimensões particularmente ameaçadoras e angustiantes. Entretanto, “quando o efeito da droga sobre o organismo é desejado (contenção do núcleo psicótico), a ‘tampa’ procurada age com eficácia e, desse modo, se produz o restabelecimento artificial da consistência do ego.” (p. 36). Sendo assim, “a droga age como remendo ou dique de contenção.” (p. 36). A assimilação do tóxico não se limita à função de neutralizar as ameaças de uma suposta invasão psicótica, mas sim de neutralizar a existência de um estado micro ou macropsicótico, de acordo com a dose e a frequência do consumo; ou melhor, para eles “*a drogadição é sempre uma conduta psicótica e tem a estrutura de um estado delirante.*” (p. 36).

²⁷ Kalina et al. (1999) referiram que o *filho-droga* se desenvolve no processo de dessimbiotização, pois fica a receber permanentemente mensagens contraditórias.

O uso da droga dá ao drogadito a ilusão de conter as *descargas* psicóticas que bombardeiam o seu ego, pois o ego se contrai e a realidade aparece de forma exagerada no que diz respeito às suas dimensões, formando-se, assim, a cadeia que une a depressão e a desvalorização do ego com a autoestima (Kalina et al., 1999).

Olievenstein (1933/1985), numa análise esquemática do drogadito, nas sombras da concepção freudiana, observou a libido fixada numa fase autoerótica, perda de mobilidade, falta de condições de se fixar nos objetos, etc. Concebeu que este esquema é, ao mesmo tempo, verdadeiro e falso, porque exclui os elementos objetivos e fantasmáticos da droga, bem como a memória dos seus efeitos. Existem lacunas no imaginário e obstáculos à fertilidade do imaginário, mas não anulação; no drogadito a droga serve como auxiliar para *fabricar o imaginário*. Nesse caso, comparou-o a um recém-nascido, na medida em que este é basicamente *falta*; assim, precisa e se utiliza de todos os auxiliares, por meio do processo de aprendizagem, para poder crescer, e, no drogadito, o auxiliar visível, e por fim utilizado, acaba sendo a droga e, por conseguinte, ocorre a sua dependência.

Na opinião de Olievenstein (1987/1990), a dependência psíquica corresponde a uma “ponte imaginária cujos arcobotantes são os mecanismos da dependência física, a dependência é a luta contra o hábito.” (p. 69). O autor (1933/1985) vê a dependência física como “um fluxo que, através de lembrança do efeito de preenchimento da droga, permite ao indivíduo não desmoronar frente ao vazio psíquico” (p. 23).

O autor (1933/1985) ressaltou, quando se refere ao toxicômano:

É apenas por uma necessidade da exposição; longe de nós a idéia de que exista um tipo de toxicômano, assim como para Freud existe um tipo narcísico. Muito menos um toxicômano típico! O que vemos são alianças a

longo prazo a partir de conflitos arcaicos, que remontam, na maioria das vezes, ao estágio pré-genital, entre alguns componentes das defesas psíquicas do indivíduo (elas próprias fabricadas por constelações familiares diversas), e os elementos trazidos de fora e dominados pela droga. Vemos ainda alianças a curto prazo entre estes mesmos componentes, ou outros, e os efeitos da droga, mas também as posições ideológicas e culturais e a situação social. (p. 24).

Olievenstein (1933/1985) não separou a dependência da intolerância às frustrações, que, na sua opinião, são agudas no drogadito. Disse que essa intolerância não é constitucional, e sim adquirida.

O autor (1933/1985) considerou a dependência como um fenômeno ativo, podendo ser esquematizado da seguinte maneira:

Síntese dos elementos que são úteis à parte incorporadora no ego; armazenamento das lembranças; liberação ativa quando da ação da droga; liberação negativa quando a droga cessa de agir, com titilamento dos receptores; finalmente, esgotamento e cessação da ação quando o estoque não é suficiente e os receptores estão esgotados. Fica evidente neste esquema – mais do que rudimentar –, que outras substâncias, ou as mesmas em outras quantidades, no decorrer de outros fenômenos psíquicos, podem reforçar ou bloquear estes mecanismos de dependência e sua expressão psicológica, somática ou psicopatológica. (p. 38).

Bergeret (1991), baseando-se em Freud, para explicar as estruturas da personalidade, evocou a metáfora do *crystal mineral*. Afirmou que, se deixarmos um bloco de mineral cair no solo, este se quebrará, mas não mudará os sistemas de clivagem original da sua composição físico-química em qualquer partícula separada

do bloco original, pois são imutáveis e só poderiam ser vistas através de exames microscópicos. Ao comparar esse fato com a estrutura da personalidade, constatou que a crise da adolescência cria uma identidade estrutural original, nem sempre fácil de determinar, senão através de investigações psicológicas, mas que acompanhará o sujeito por toda a vida. “Uma conseqüência desta maneira de encarar a estrutura profunda da personalidade na sua estabilidade e fixidez no adulto” (p. 93) leva os clínicos a negarem a existência de um modelo original de estrutura profunda da personalidade que tivesse *um rótulo estrutural de normalidade*, num sentido predominantemente funcional: “é considerada ‘normal’ qualquer estrutura de personalidade, independente do modelo básico, desde que se encontre bem adaptada às condições externas ou internas em que esteja localizado o indivíduo.” (p. 93).

Bergeret (1991) admitiu tipos diferentes de personalidades de toxicômanos. São elas as duas formas clássicas, admitidas pelos clínicos, que se estabelecem definitivamente no adulto (no final das interações identificatórias durante a adolescência): a neurótica edipiana, genital, e a psicótica. Mas existiria também uma terceira estruturação da personalidade, que resultaria da dificuldade na afirmação da identificação do indivíduo durante a crise da adolescência, quando, não conseguindo estruturar-se convenientemente, fica durante algum tempo desestruturado; às vezes, durante toda a vida apresenta-se como adulto imaturo de fundo essencialmente depressivo. Como tantos, em todo mundo e em todas as classes, pela insuficiência de imagens parentais, torna-se a vítima atual do nosso tipo de civilização.

Para Bergeret (1991), o indivíduo incapaz de antever o prazer que as trocas com o outro podem lhe trazer só consegue conceber o universo externo como frustrante, pois este lhe recusa ajuda, o que provoca no toxicômano uma demanda

endereçada a uma substância inanimada, sem levar em conta o preço a pagar, ainda que seja com o seu próprio corpo.

O autor (1991), referindo-se às manifestações comportamentais, disse que “toda regressão das atividades mentais implica automaticamente um deslocamento de energia psíquica em direção a manifestações muito rudimentares e muito elementares do registro comportamental” (p. 102) e que isto é constatado em todas as perturbações que resultam da oposição de indivíduos aos seus ambientes mais estruturados.

Como procedimento de defesa projetiva, o toxicômano procura situar fora de si, no universo exterior, todas as fontes de dificuldades contra as quais tem motivos para lutar ou acusar de seus males, inclusive quando o agravamento de suas manifestações comportamentais se mostrarem como suicidas, numa clara vontade de autodestruição demonstrada pela composição e quantidade da dose dos produtos utilizados (Bergeret, 1991).

Como consequência, os indivíduos inclinar-se-iam-se mais à imitação do que à identificação propriamente dita, o que os faz passivos diante das pressões externas do grupo. Os ideais pessoais permanecem vagos, inconsistentes, desmedidos e irrealistas, levando-os à decepção e à depressão. Essa imaturidade no registro ideal tem como consequência a ausência de constituição das instâncias morais interiorizadas, pois estas continuam puramente formais, externas, inoperantes, conduzindo “a uma revolta e não à satisfação de poder traçar uma linha original benéfica para os outros e para si próprio.” (Bergeret, 1991, p. 103).

Garcia-Roza (2000), ao fazer a releitura da teoria de Lacan, salientou que a criança, antes de completar um ano de idade, é capaz de reconhecer sua imagem num espelho, reconhecimento que é seguido de um estado de euforia e de uma série de

gestos que são percebidos redobrados na imagem especular. Essa experiência ocorre por volta dos seis meses de idade, permitindo-lhe formar uma representação de sua unidade corporal por identificação à imagem do outro, matriz a partir da qual se formará o primeiro esboço do eu. Segundo o autor, o estágio do espelho mostra-nos um tipo de relação da criança com o outro, havendo uma demarcação da totalidade do seu corpo. A criança, ao olhar para a mãe, consegue notar a figura do outro (pai), porém o drogadito tem essa visão dividida, visto não conseguir se ver de forma integral, precisando preencher este vazio com a droga.

O autor (2000) ainda referiu que, para Lacan, a relação estabelecida pela criança com o outro não passa de uma relação dual imaginária, por consistir numa oposição imediata entre a consciência e o outro, o que não ocorre com a linguagem, esgotando-se nesse jogo especular, no qual a consciência se perde ou se aliena. Ao procurar a sua própria realidade, ele encontra apenas a imagem do outro com o qual se identifica e na qual se aliena. Devido a isso, sente a necessidade de destruir a imagem do outro, pois lhe é fonte de alienação, ansiedade e tensão. Isso fica bastante evidenciado na figura do adicto, reforçando a presença do narcisismo e da agressividade, que são características de sua personalidade.

Através do *estágio do espelho*, na teoria lacaniana, a formação da identidade do homem se dá através da descoberta que a criança faz do outro num espelho real ou simbiótico, o que irá lhe permitir romper a relação fusional que mantém com a mãe (Paiva, 1988). Porém o drogadito não consegue romper essa relação com a mãe, que precisa de um filho doente para satisfazer suas necessidades internas (Garcia-Roza, 2000).

1.4.3.2 Psicossociais

No âmbito dos aspectos psicossociais (ambientais, familiares etc.), considera-se de suma importância o tipo de relação que se estabelece entre a criança e as figuras parentais no início de sua vida. A forma como a criança percebe essa relação irá influenciar no decorrer do seu desenvolvimento e também na sua saúde mental (Cavalcante, 1997).

A primeira relação que a criança estabelece é com a figura materna, através da amamentação, quando suas necessidades primárias são preenchidas. É importante que esse contato estabelecido com a mãe ou cuidador seja caloroso, contínuo, dando a sensação de segurança à criança. A constância do objeto, nas primeiras relações objetais, tem uma influência muito significativa na vida do toxicômano. No entanto, para que essa relação se estabeleça de forma saudável, a mãe precisa estar bem apoiada pelo cônjuge e viver num ambiente adequado, mas, na maioria das vezes, não é isso que acontece nas famílias. O pai do toxicômano, em geral, é um *pai ausente*, que não consegue entrar na díade mãe-filho, visto não conseguir suportar as dificuldades da esposa, não apresentando reação frente à simbiose mãe-filho, pois, assim, consegue evitar assumir as necessidades e exigências dela e/ou do filho (Kalina, 1988).

No entanto, sabe-se que a figura paterna é um ponto chave para a aparição ou não da drogadição. A posição do pai ausente, ou presente-ausente, não significa que ele não faça parte da relação simbiótica, pois ele assume o papel de explorador, visto utilizar-se do filho para manter a relação conjugal, estabelecendo-se, assim, um *pacto perverso*. Através dessa relação estabelecida, o pai passa ter *vista grossa* a que

se refere à adicção, fazendo com que o adicto introjete, no seu *modus vivendi*, o papel de explorador-explorado (Kalina, 1988).

Outra variável importante no processo evolutivo do toxicômano, apresentada por Kalina (2001), é que, desde o começo da vida pós-natal, geralmente o indivíduo sofria abandono manifesto, ficando aos cuidados de outras pessoas durante dias, semanas ou meses; e microabandonos permanentes, já que era atendido apenas quando a mãe precisava dele e não quando ele a necessitava. A criança abandonada também é uma criança superexigida, devendo desenvolver capacidade de *super-homem* para sobreviver, reforçando, assim, a não resolução da simbiose com a mãe.

Os microabandonos referenciados pelo autor muitas vezes se dão em função da depressão materna. A pessoa depressiva consegue manter regularizada a sua autoestima através do que ela recebe dos outros. Nesses casos, a mãe atenderia as necessidades do filho de maneira possessiva, não porque ele necessite disso, mas porque ela precisa deste filho. Esse tipo de relação estabelecida é vista, também, como uma forma mascarada de abandono, mesmo que pareça o contrário (Kalina, 1988).

O vínculo criado pelo toxicômano com a mãe no início de sua vida é conflituado, pois não consegue ver a mãe como um objeto total. Na medida em que a criança se desenvolve, essa falha vincular vai se reforçando, pois, segundo Berenstein (1988), os conflitos psíquicos e interpessoais podem desencadear uma difícil discriminação dos componentes simbólicos nos vínculos dos pais com os filhos, devido ao investimento dos componentes projetivos dos pais internos, os dos filhos com aspectos infantis e os adolescentes de ambos (pais/filhos). Para esse autor, isso perturba a distribuição dos espaços e das funções ocupadas pelos representantes, havendo uma confusão de papéis.

No entanto, não são só as relações objetivas estabelecidas no início da vida do indivíduo que desencadeiam a toxicod dependência. Podem-se referenciar também às motivações internas do adicto, que estão relacionadas à personalidade e às motivações externas ligadas aos fatores sócio-culturais (Kalina et al., 1999). Nesse sentido, Silveira (1996) postulou que o comportamento de consumir drogas é aprendido a partir dos familiares, amigos, meios de comunicação, em que estão incluídos problemas relacionados com a história familiar, mau desempenho escolar, depressão, incapacidade de realizar tarefas e atitude delinquencial.

Nos primeiros anos de sua vida, o ser humano é totalmente dependente, mas, na medida em que começa a se desenvolver, tem que abandonar essa posição confortável de dependência e iniciar o processo de construção de sua identidade. Nessa fase, é preciso começar a confrontar seus desejos com as limitações impostas pelo mundo externo. Muitos adolescentes, ao depararem-se com esta nova situação, não conseguindo suportar as dificuldades encontradas para se desligarem da antiga relação de dependência, e também por possuírem falhas no processo de se reconhecerem como indivíduos adultos e independentes, acabam se valendo da droga para suportar esse desconforto (Paiva, 1988).

A adolescência é a etapa mais suscetível ao desenvolvimento de uma drogadição, visto, muitas vezes, o jovem necessitar de uma força extra para conseguir enfrentar a resolução do processo simbiótico, acrescida da estressante tarefa de assimilar as mudanças próprias do seu crescimento, não apenas físico, mas também psicossocial (Kalina et al., 1999).

O adolescente tem como uma de suas características a necessidade de se afirmar, testando seus próprios limites, os da natureza e os da comunidade, chegando, às vezes, a contestá-los. Nesse período, muitos entram em contato com a

droga, mas os caminhos a serem seguidos são diferentes, o que vai depender da estrutura de personalidade de cada um, dos tipos de relações estabelecidas no início de sua vida, do meio em que está inserido (Paiva, 1988).

É comum que o adolescente se integre a grupos, pois, através destes, consegue conquistar um espaço para se afirmar e fazer novas identificações, que irão substituir, temporariamente, os antigos modelos familiares. Porém, algumas vezes, nesses grupos, estão inseridos indivíduos que têm interesse econômico no consumo de drogas, porque as produzem ou as distribuem (Kalina et al., 1999).

O adolescente usa a droga por motivações flutuantes, polimorfas e superficiais, tais como curiosidade, modismo, importância de viver qualquer coisa com os amigos, não se introduzindo muito nos meios onde ele circula, utilizando-a em determinados momentos, como festas, ocupações, ou seja, momentos passados na casa dos amigos (Morel et al., 1997/1998).

A fome, a miséria, a falta de perspectivas profissionais e culturais, as condições razoáveis de saúde e a discriminação social sofrida pelas famílias mais carentes economicamente, favorecem o uso de drogas nessa população (Paiva, 1988). Também a corrupção, o estelionato, a lavagem de narcodólares, torturas, entre outros, são fatores que induzem o indivíduo ao consumo de drogas (Kalina et al., 1999).

As fases que mais contribuem para uma aceleração da toxicodependência, em geral estão associadas aos momentos de crises pessoais e ambientais, visto permitirem alterações nos estados emocionais e afetivos. As drogas por si só não são antissociais, apesar de serem consumidas fora das regras da sociedade, pois seu

consumo, muitas vezes, ocorre em grupos, visando inicialmente a preservar ou recriar a capacidade de interagir com o ambiente social²⁸ (Morel et al., 1997/1998).

A forma como funciona o meio familiar do adicto é um dos fatores que influencia para reforçar o desenvolvimento desse comportamento. Na família do adicto não é permitida a interiorização das regras, moralidade fundante da identidade, fazendo com que se tenha indivíduos precariamente constituídos e que, portanto, estarão mais propensos a desenvolverem um estilo de vida pouco adaptado (Stempliuk & Bursztein, 1999).

Berenstein (1988) referiu que a estrutura familiar é uma matriz simbólica, os lugares e seus vínculos dão lugares a relações familiares. Essas são as realizações de cada um no conjunto de acordo com a cultura. Cada *eu* ocupa seus lugares à sua maneira, de acordo com a disposição do subjetivo de si e dos outros.

Através da família é que se aprende a ser indivíduo ou tornar-se integrante de um determinado grupo, uma vez que não se nasce membro da sociedade. Nasce-se com a predisposição para a sociabilidade e para transformar-se em um ser social (Berger & Luckmann, 1966/1974).

A patologia sociofamiliar, centrada no abandono dos filhos, induzida por uma cultura escravista, desenvolve um sentimento bastante significativo de vazio nas novas gerações, que, por indução da sociedade e da família, aprendem a mascará-los, mediante substâncias neuropsicobiotóxicas e sociais, que facilitam a *estupificação* e a conseqüente *alegre* submissão à nova ordem socioeconômica (Kalina, 2001).

É na família que se dá o essencial da constituição da identidade das pessoas; é com os pais que se aprende o que se é ou o que se pode ser; eles representam a base

²⁸ Muitos usuários justificam o uso da droga como uma maneira de encontrarem a fonte do prazer, assim como ficarem mais desembaraçados para conversar com os amigos, bem como conseguirem aliviar suas dores e aflições (Paiva, 1988).

da formação moral e da personalidade do indivíduo. A esse processo chama-se de socialização primária, sendo definido como a primeira socialização que o indivíduo experimenta na infância e em virtude da qual se torna membro da sociedade (Stempliuk & Bersztein, 1999).

Kalina (2001) mencionou que não existe um único fator que determine o desenvolvimento da toxicod dependência no indivíduo.²⁹ Ele destacou a importância do resgate da família como pilar da sociedade e a possibilidade de reinstalar um mundo de afetos autênticos. Postulou que é através das experiências materno e paterno-filiais, que são gerados seres capazes de humanizar-se, sendo, então, possível recuperar o sentido da vida como um valor central.

Entretanto, observa-se uma gama razoável de contributos a respeito do tema toxicod dependência. Assim, na tentativa de obter uma visão global deste capítulo, optou-se por reunir o apanhado teórico em forma de síntese conforme exposto na Tabela 1.

²⁹ Segundo Kalina (2001), trata-se de uma questão multifatorial, tendo como base fatores individuais, familiares e sociais.

TABELA 1

Síntese da toxicodependência

| | |
|--------------------------|---|
| | <p>▶ O uso de substâncias psicoativas é tão antigo quanto a nossa civilização.</p> <p>▶ Século XIX:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1870-1879 G. Sonnodecker escreveu sobre a descoberta da adição; - adição considerada pelos relatórios-padrão da medicina; - a droga tornou-se um problema de saúde pública; - decretadas leis impedoras do consumo; - fortalecimento do mercado ilícito. <p>▶ Século XX: adito definido exclusivamente e de forma indiferenciada.</p> |
| Referências históricas | |
| | <p>▶ DSM-IV classifica o fenômeno como <i>transtorno relacionado a substâncias</i>.</p> <p>▶ F10-F19 -OMS-1965: definiu dependência como <i>um estado que resulta da absorção periódica ou continuamente repetida de uma determinada droga</i>.</p> |
| Enquadramento conceitual | |

Continua

Síntese da toxicodependência

- Dados epidemiológicos
- ▶ Pesquisas mostram que o consumo de drogas vem crescendo;
 - ▶ 5% a 15% dos adultos jovens da maioria dos países já usaram drogas;
 - ▶ uso-na-vida de cocaína de 9%;
 - ▶ predominância no sexo masculino;
 - ▶ idade superior aos 18 anos;
 - ▶ no mundo 14 milhões de pessoas usam cocaína abusivamente.
-

Aspectos neurobiológicos: a droga de abuso permeia as células do SNC.

Aspectos da neurociência: predisposição genética para toxicodependência.

Aspectos psicodinâmicos:

Individuais

- ▶ Freud: Satisfação de necessidades inferiores primárias; teoria da oralidade.
 - ▶ Savitt: fixação na fase pré-oral.
 - ▶ Rado: liberação de impulsos autodestrutivos.
- Abordagens e concepções
- ▶ Simmel: princípio do prazer infantil.
 - ▶ Rosenfeld: fuga de estados depressivos ameaçadores.
 - ▶ Kalina: falha no processo de simbolização e dessimbolização.
 - ▶ Olievenstein: vazio psíquico.
-

Continua

Síntese da toxicod dependência

► Bergeret: carências imaginárias e identificatórias.

► Garcia-Roza: estágio do espelho na teoria lacaniana.

Psicossociais

Abordagens e concepções

► Falta de constância do objeto nas primeiras relações objetais.

► Abandono manifesto no começo da vida pós-natal.

► Confusão de papéis familiares.

► Motivações sócio culturais.

► Crises pessoais e ambientais.

► Patologia sociofamiliar.

2 Psicossomática

Soma e psique são dois canais de expressão de um mesmo fenômeno vital, carece de qualquer sentido tomar manifestações somáticas como tendo uma causa psíquica e, vice-versa, perturbações psíquicas como de etiologia orgânica. O vetor etiológico, independentemente de sua natureza, sempre afetará o indivíduo como um todo e terá expressão somática e psíquica simultâneas, ainda que se exteriorize predominantemente por um ou outro dos canais referidos.

Luis Carlos Osório

2.1 Referências históricas

O problema da mente e do corpo, da forma como ambos se relacionam, tem sido considerado por todas as gerações (Kaplan & Sadock, 1981/1984). Embora a psicossomática apenas recentemente (de quatro décadas para cá) se tenha tornado uma área de interesse no campo de saúde mental, é impossível traçar sua história sem que se fique imediatamente envolvido pela ideia da unidade mente-corpo, subentendida pelas palavras gregas *psyque* (alma) e *soma* (corpo)³⁰ (Silva, 1994).

A noção de psicossomática parece ter suas origens desde a antiga questão da relação corpo/espírito de Weiss e English (1943/1946), provavelmente presente

³⁰ “As expressões gregas *soma* e *psyque*, designando o que poderíamos entender como corpo e alma, foram pela primeira vez utilizadas por Anaxágoras (500-428 a.C.), que as considerou como partes distintas, introduzindo uma concepção *dualista* do ser humano.” A referida “concepção foi referendada por Platão e predominou ao longo de quase dois milênios, inclusive sob a influência religiosa de Santo Tomás de Aquino e filosófica do pensamento cartesiano.” (Silva, 1994, pp. 25, 26).

desde sempre na humanidade. A rivalidade das escolas gregas Cnido e Cós (Chiattonne & Sebastian, 1997) aparece na história da medicina e da psiquiatria (bem como, conseqüentemente, na história da psicologia) como uma espécie de paradigma da oposição de duas tendências teóricas: a monista e a dualista, cuja dominância vem se alternando decorrer dos tempos, permanecendo presente ainda hoje em nosso meio.

Observa-se que, ao longo da história, a medicina oscilou entre uma tendência dinâmica e sintética, em que o homem era visto em sua totalidade (escolas de Cós, Hipócrates); e em uma tendência analítica, especificista, mecanicista (escola de Cnido). Os fatores psicológicos já eram levados em conta desde a Antiguidade; “alguns lugares, como Epidauro, na Grécia, eram destinados ao restabelecimento da saúde por uma espécie de tratamento dinâmico da personalidade dos doentes (os peregrinos permaneciam e dormiam lá, de modo a terem seus sonhos de ‘incubação analisados’). Do mesmo modo, os escritos hipocráticos estabeleceram uma ligação entre temperamento e doença; e, mais tarde, Platão (428-347 antes da nossa era) escrevia que o erro dos homens era querer separar a cura do corpo da cura do espírito (Haynal, Pasini, & Archinard, 1997/2001, p. 11).

Na Idade Média, um cirurgião, Henri de Mondeville (1260-1320), enfatizou a necessidade de proporcionar ao paciente prazer e alegria, pois, diz ele, “(...) mesmo o mais ignorante dos homens” sabe “que a alegria e a tristeza são acidentes da alma e que o corpo engorda com a alegria e emagrece com a tristeza”. Ele insistia na importância do papel desempenhado pelo meio e pelas pessoas com que o doente convivia na ocasião da intervenção cirúrgica: “O doente deve permanecer em constante alegria e satisfação com os amigos,

divertindo-se com o jogo de dados ou de ossinhos, apostando vinho ou alimentos. Ele não deve se irritar nem se deixar tomar pelo tédio (...).”

Pinel (1745-1826) escrevia: “Observamos a erisipela aparecer em ocasiões de intensa tristeza (...)”. Morgagni (1682-1771) falava da diarreia devida ao “medo diante da platéia.” Poderíamos, igualmente, citar Broussais (1772-1838) e Laennec (1781-1826). Trousseau (1801-1867) insistiu sobre a origem nervosa do hipertireoidismo e de alguns tipos de diarreia. Em sua auto-observação, ele analisou os respectivos papéis de um acesso de cólera e do “pó de aveia”: “(...) Mas, seguramente, também esse pó não tinha sido suficiente, ele somente, para causar essa minha violenta reação (...) Teria sido necessário então que essa causa tivesse me surpreendido em condições particulares. Sob influência da emoção moral (...) meu sistema nervoso foi abalado” (Haynal et al., 1997/2001, p. 12).

Existem estudos que mostraram exatamente por que psique e soma se inter-relacionam; representantes de ambos os campos de estudo concordaram, por mais de 100 anos, que, num pequeno grupo de perturbações, as atividades emocionais e somáticas se sobrepõem (Kaplan & Sadock, 1981/1984).

Heinroth, internista e psiquiatra, introduziu os termos *psicossomático* (1818) e *somatopsíquico* (1828). O primeiro referia-se “a sua convicção da influência exercida pelas paixões sexuais sobre a tuberculose, a epilepsia e o cancro”; e o segundo, para referir-se às doenças nas quais o fator somático modifica o estado psíquico (Haynal et al., 1978/1998, p. 25). Mesmo que “os postulados teóricos de Heinroth mostrassem para a época alguma originalidade, as contribuições para a prática clínica foram pouco significativas, e, no primeiro quarto do século XX o termo ‘psicossomática’ estava praticamente abandonado” (Coelho et al., 1996, p.

39), sendo retomado mais tarde, para designar uma nova concepção na área que incluía fatores psíquicos no determinismo das afecções orgânicas, o que fez com que se abrisse uma brecha no positivismo redutor que caracterizava a medicina clássica desde o fim do século XIX³¹ (Marty, 1990/1993).

As descobertas científicas não cessaram de revolucionar o campo dos conhecimentos e das técnicas. Nessa época já se evidenciava, de forma crescente, a investigação científica na relação corpo-mente. A medicina beneficiou-se bastante com isso, mas, por outro lado, agarrou-se à ideia de que toda a patologia seria um dia explicada em termos físico-químicos e expressa em medidas. Essa ideia foi ainda reforçada pelos progressos da fisiologia, da bioquímica, da neuro-endocrinologia, das descobertas de Pasteur; e mais tarde, a partir de 1850, com os estudos de Claude Bernard sobre a função glicogênica do fígado e a relação com a diabete. Em torno de 1876, com os trabalhos de Pavlov sobre a descoberta dos reflexos condicionados, seus seguidores descobrem que o condicionamento também afeta as estruturas subcorticais, ou seja, constatam que as emoções são condicionáveis; Bykov e Smolensky, através da escola de reflexologia, dão origem à medicina córtico-visceral. Segue-se, assim, a evolução científica da área, cada vez mais próxima do caminho da psicossomática, com os trabalhos de Cannon, datados de 1911, quando demonstra que os efeitos fisiológicos das emoções repercutem em todos os níveis do organismo; e por Selye, completando os trabalhos de Cannon sobre a síndrome geral de adaptação e a teoria do *stress*, que acabam dando origem à noção de doença de adaptação, da qual a úlcera duodenal e a hipertensão arterial essencial seriam exemplos (Marty, 1990/1993).

³¹ O século XIX, apesar da influência do racionalismo positivista da época, parece ter sido dominado por um sentido monista mecanicista, em que se procuram basicamente, e seguindo um modelo anátomo-clínico, as relações causa-efeito e a descoberta das causas orgânicas da doença mental (Cardoso, 1995).

Paralelamente às descobertas físico-químicas, a história mostra que a experiência clínica forçou os médicos a prestarem atenção aos fatores emocionais e às condições de vida dos pacientes. Esses assuntos permaneceram, em geral, fora do campo científico, pela inexistência de uma metodologia adequada. Freud, embora sem intenção de desenvolver uma teoria psicossomática propriamente dita, além da proclamação do inconsciente, deixou valiosos conceitos como o de noção de traumatismo, para-excitação, angústia, pulsão de morte, complacência somática, neurose atual, etc. (Dejours, 1988). Isso “vai permitir o estabelecimento dos princípios econômicos, psicodinâmicos e genéticos que governam e organizam a unidade psicossomática de um indivíduo” (Marty, 1990/1993, p. 5), o que resultou no fato de ser considerado como um dos mais importante precursores na área. Mais tarde, seus achados expandiram-se no meio científico, resultando na proliferação de vários estudos (Dejours, 1988).

De acordo com registros, tudo indica que a medicina psicossomática entrou em sua fase científica depois das contribuições de Freud e seus discípulos, como Groddeck, Abraham, Deutsch e Simmel. Posteriormente, os colaboradores do Instituto Psicanalítico de Chicago deixaram informações valiosas (Rivière, 1985/1991).

Ferenczi (1910 in Thompson, 1988/1992), por exemplo, a partir das ideias de Freud, sugeriu que os sintomas de conversão também poderiam ocorrer em sistemas orgânicos (enervados pelo sistema nervoso autônomo), como o intestino, podendo, assim, explicar problemas como a colite ulcerativa.

Depois, Franz Alexander (1987/1989), durante as décadas de 40 e 50, apresentou sua teoria da especificidade, segundo o qual um determinado tipo de *stress* psicológico intenso e prolongado acarretaria um tipo específico de distúrbio

orgânico, em função da sobrecarga sofrida pelo sistema nervoso autônomo; e que este distúrbio orgânico era decorrente de uma vulnerabilidade constitucional genética do indivíduo. Segundo ele, para que houvesse a doença psicossomática, era necessária a presença de: a) conflito intrapsíquico específico; b) vulnerabilidade orgânica constitucional ou adquirida; c) situação desencadeante (situação de vida) que acionasse o conflito essencial do indivíduo. Então, nomeou as sete grandes doenças psicossomáticas clássicas: úlcera péptica, hipertensão arterial, asma brônquica, hipertireoidismo, artrite reumatóide, neurodermatite e colite ulcerativa. Posteriormente, foram acrescentadas ao grupo outras, como a diabetes melitus, a coronariopatia e o cólon irritável.

Alexander, em 1946 (in Alexander, 1987/1989), postulou que, “teoricamente, cada doença é psicossomática, uma vez que fatores emocionais influenciam todos os processos do corpo, através das vias nervosas e humorais.” (p. 44).

Dunbar (1954), diferentemente de Alexander (1987/1989), (este afirmava que o tipo de conflito psíquico sofrido pelo indivíduo era mais importante na determinação do tipo de patologia constatada), acreditava que os traços de personalidade, ao fragilizarem partes específicas do organismo à agressão externa, preparariam o terreno à somatização (em função dos tipos de mecanismos de defesa acionados), sendo o fator etiológico de maior importância.

Em anos recentes, pesquisas³² sobre o comportamento humano e as relações entre o sistema nervoso, endócrino e imunológico, mostraram que, em outras condições, como durante os estados de luto, em doenças infecciosas, ou até mesmo no câncer, os mecanismos psicossomáticos costumam marcar presença. As teorias

³² Como por exemplo os estudos de Engel, Stein, Ader, Kandel, Reiser, etc. (Frances & Franklin, 1988/1992).

psicanalíticas, como os trabalhos de Pierre Marty e de Sami-Ali, entre outros,³³ e os estudos sobre o fenômeno do *stress* (suas causas e consequências), lançaram novos horizontes sobre o adoecer humano e suas relações com o modo de viver do mundo moderno (Mello Filho, 1989).

Segundo a história, a psicossomática é herdeira de diversas concepções filosóficas sobre o ser humano, da experiência médica clássica, da experimentação neurofisiológica e da observação psicopatológica e psicanalítica.

Sendo assim, a trajetória da psicossomática psicanalítica poder-se-ia dividir em dois ramos: o mais antigo, concordante com a *positividade simbólica/sintomática* permanente à fala freudiana, em que a crença era centrada no fato de tornar uma via específica para doenças específicas, organizando a descrição das diferentes personalidades acopladas ao órgão e sua doença; e o mais atual, de certa forma proveniente das investigações de Bion,³⁴ referentes à questão da relação de objeto subjacente à doença psicossomática, na qual a questão da *negatividade simbólica* é inserida (Dias, 1992). Isso retrata o chamado “**novo paradigma em estágio nascente**”, que anseia atingir o ser humano na sua angústia e nas suas perdas, ou seja, na sua singular totalidade (Haynal et al., 1978/1998, p. XV).

2.2 Enquadramento conceitual

A psicossomática é uma abordagem que contempla a totalidade dos processos relacionais entre os sistemas somáticos, psíquico, social e cultural (Griker, 1953 in

³³ Os referidos autores serão apresentados entre as páginas 107 e 120 deste estudo.

³⁴ Convém ressaltar que as investigações de Bion sobre a função continente/conteúdo, concomitantes ao estudo das funções transformadoras (função α , função de rêverie, para além daquela que opera sobre a pré-concepção) introduziram uma ruptura com a positividade dominante no meio psicanalítico (Dias, 1992).

Haynal et al., 1997/2001). “Na verdade, a noção de psicossomática não se refere à fisiologia ou à patofisiologia, nem à psicologia ou à psicopatologia, mas a um conceito de processo entre sistemas vivos e sua elaboração social e cultural.”³⁵ (Haynal et al., 1997/2001, p. 3).

Esse conceito remonta aos primórdios da história da medicina. A hipótese de uma ligação entre os estados da alma e as doenças apareceu inicialmente como uma suposição intuitiva, depois como um enunciado especulativo filosófico. As feitiçarias, as curas miraculosas, em todas as épocas e culturas, parecem, com efeito, mostrar a influência do psicológico sobre a doença, sem, contudo prová-la cientificamente. (Haynal et al., 1997/2001, p. 3).

De modo geral, podemos dizer que o início do movimento psicossomático foi marcado por duas grandes correntes, uma inspirada nas teorias psicanalíticas (baseada no conceito de doença psicossomática) e a outra de cunho biológico, embasada no conceito de *stress* (Dantzer, 1989 in Cardoso, 1995). Também é possível manifestar que a psicossomática parece ter partido de um modelo estritamente médico, estanque, para, vagarosamente, a partir da psicanálise, ir assumindo uma postura mais próxima da realidade do ser humano, o que se reflete na definição do seu contexto conceitual.

Assim a terminologia psicossomática³⁶ pode remeter a conceitos diferentes, conforme o contexto em que forem utilizados, bem como delimitar áreas distintas,

³⁵ “As relações que a psicossomática mantém com as diversas formas da sociologia, com a medicina, com a psicanálise – sua geradora e muitas vezes seu modelo – delimitaram ao mesmo tempo seu campo, seus interesses científicos e seu espírito.” (Debray, 1983/1995, p. IX).

³⁶ Dias (1992) aponta para registros que denunciam o fato de que o termo psicossomático está gasto. Mesmo sem a intenção de tirar o mérito do chamado movimento psicossomático, o autor reporta-se às investigações ocorridas a partir de achados deixados por Bion, as quais introduziram uma ruptura com a positividade dominante no meio psicanalítico, o que obrigou a interrogar a inespecificidade do termo e a questionar a sua pertinência. Para este autor o termo psicossomática deveria ser substituído pela designação *somatopsicose*, devido à sua inespecificidade.

como: medicina psicossomática, doenças psicossomáticas, transtorno psicossomático, psicossomatose, ou simplesmente psicossomática. Na linguagem usual, é mais comum referir-se a questões da origem psicológica de algumas doenças orgânicas ou a repercussões afetivas do estado de doença física, pela qual o indivíduo é acometido (Cardoso, 1995).

Utilizando como marco teórico as descrições clínicas e diagnósticas da CID-10 (1992/1993), que passaram a vigorar no Brasil em 1º de janeiro de 1996 (Portaria 1832, de 31 de Outubro de 1994, Ministério da Saúde), a somatização, denominada como transtorno de somatização, ou transtorno psicossomático múltiplo, ou síndrome de queixas repetidas, foi caracterizada pela presença de sintomas físicos sem achados orgânicos que os justifiquem, com fortes evidências de que esses sintomas estejam ligados a fatores ou conflitos psíquicos, com frequência não aceitos pelo paciente.

Na CID-10 (1992/1993), um diagnóstico definitivo requer a presença das seguintes evidências: a) no mínimo 2 anos de sintomas físicos múltiplos e variáveis para os quais nenhuma explicação plausível foi encontrada; b) recusa de aceitar a informação ou o reassseguramento de vários médicos de que não há explicação física para os sintomas; c) indícios de comprometimento do funcionamento social e familiar atribuível à natureza dos sintomas e ao comportamento resultante.

Segundo o DSM-IV (1994/1995), os transtornos psicossomáticos são resumidos sob classificação de fatores psicológicos que afetam condição médica.³⁷

Atualmente, com a visão de que fatores biológicos, psicológicos e sociais interagem de várias maneiras e proporções na gênese das enfermidades, talvez se

³⁷ A frequência e a diversidade de expressões somáticas das emoções podem apresentar-se de maneira distinta em diferentes culturas (Kaplan & Sadock, 1981/1984).

possa dizer que, em certas doenças, ou em certas pessoas, interações mente-corpo distorcidas operam de forma evidente; o que talvez explique, conforme Barros (1995), o fato de que a ideologia do enquadramento conceitual da psicossomática tem cada vez mais deixado de lado o pensamento explicativo causal das ciências naturais, prendendo-se numa visão mais global da personalidade humana. Segundo Marty (1990/1993), o movimento da doutrina psicossomática tendeu a ter, como postulado, a unidade essencial do organismo humano e a hierarquização progressiva de todas as funções que participavam em sua organização, localizando-se entre duas perspectivas: a de um evolucionismo do tipo darwiniano e a pesquisa freudiana referente ao funcionamento mental.

No que tange ao âmbito conceitual da psicossomática, Sami-Ali (1987b/1995, 2001/2004) postulou o estudo da somatização dentro de um modelo multidimensional que, necessariamente, fornecesse uma leitura sistemática dos fenômenos sem cercá-los num sistema fechado, e que o nível descritivo permanecesse distinto do nível explicativo. Sendo assim, não haveria mais necessidade de considerar que o psíquico influi sobre o somático e vice-versa, na medida em que se parte de uma perspectiva de causalidade circular para compreender o fenômeno psicossomático em sua globalidade,³⁸ ou seja, visto em relação à realidade humana global.

Diante da presente realidade e com semelhante espírito, pretendeu-se englobar este estudo numa dimensão que permitisse verificar a relação entre o psíquico e o somático com consistência; assim, entendeu-se como fundamental entrar nas colaborações deixadas pela Psicanálise, Escola Americana, Escola de Paris

³⁸ A psicossomática proposta por este autor parte de um modelo teórico com metodologia específica, em que “o somático é percebido em sua complexidade” (Cerchiari, 1998, p. 10).

e a Escola de Boston, apresentadas logo abaixo; no item subsequente, no modelo psicossomático de Sami-Ali; e na sequência, em outras perspectivas teóricas.

2.3 *Abordagens e concepções*

2.3.1 *Psicanálise*

Freud foi considerado um dos precursores mais influentes nas áreas da psicossomática e da psicanálise, tendo seus conceitos fomentado grandes discussões (Dejours, 1988).

Na busca de explicações neuroanatômicas e bioquímicas (somatopsíquicas) para os fenômenos psíquicos que observava, Freud (1895/1974f) constatou que os fatores psíquicos influenciavam ativamente na formação dos sintomas somáticos; e, através de seu clássico caso *Dora* (Freud, 1905b/1974c), pôde entender melhor o papel desses fatores psíquicos inconscientes na produção de reações de conversão. Ele acreditava que os sintomas de conversão inconscientemente selecionados pelo paciente substituíam (simbolicamente) um conflito psicológico inconsciente, e que, simultaneamente, poderiam funcionar como punição (por conta dos impulsos proibidos associados), bem como a histeria de conversão atingiria sistemas orgânicos inervados pelo sistema nervoso voluntário ou sensorio-motor.

Ao tentar articular o somático e o psíquico, Freud (1905b/1974c) faz a distinção entre as psiconeuroses e as neuroses atuais,³⁹ contribuindo para algumas

³⁹ As neuroses atuais “tinham a característica singular de produzirem sintomas a partir de uma origem sexual, mas, em contraste com as psiconeuroses, esta origem sexual não estava no passado, na sexualidade infantil, mas em circunstâncias presentes, atuais.” (Cazeto, 1997, p. 29, 30).

teorias psicossomáticas. Com a expressão *complacência somática*, ele (1905c/1974e) se refere à escolha da neurose histérica e à escolha do órgão ou do aparelho corporal sobre o qual acontece a conversão, ou seja, o corpo ou um órgão específico facilitaria a expressão simbólica do conflito inconsciente. No caso *Dora*, Freud (1905b/1974c), quando discute a determinação do sintoma, questiona se a origem dos sintomas histéricos seria de fundo psíquico ou somático. Para ele, “todo sintoma histérico envolve a participação de *ambos* os lados. Êle não pode ocorrer sem a presença de um certo grau de *submissão somática*⁴⁰ oferecida por algum processo normal ou patológico num dos órgãos do corpo ou relacionado com um deles.” (p. 38). Concluiu que essa questão não se resumia a escolher entre uma origem e outra, já que essa complacência permite uma *saída corporal* aos processos psíquicos inconscientes.

Sendo assim, Freud (1926/1974d) apresentou a noção de componente somático do sintoma, mostrando a conversão como uma segunda fase do processo de recalçamento (onde a energia libidinal liberada da representação se transforma em energia somática) e, a partir daí, conceitua o fenômeno de conversão como uma expressão simbólica do conflito. No estudo citado, Freud apresentou a componente somática do sintoma sob o ponto de vista econômico e descreve o fenômeno de conversão, a que atribui o sentido de expressão simbólica do conflito.

Também articulou (1905b/1974c) o somático e o psíquico dentro de um modelo bidimensional, na distinção entre psiconeuroses e neuroses atuais (incluindo a hipocondria, a psicastenia, as neuroses traumáticas e a neurose de angústia). Segundo Sami-Ali, (1987a/1992), nas psiconeuroses, o conflito intrapsíquico e as

⁴⁰ “Parece ter sido esta a primeira vez que Freud usou a expressão, que raramente reaparece em trabalhos subsequentes.” (Freud, 1905b/1974c, p. 38).

tentativas para sua elaboração ocupam o lugar central, com existência de fantasma e neurose de *transfert*. Nas neuroses atuais, em função de um excesso ou de insuficiência de descarga, a realidade é que ocupa o lugar central, ficando o conflito fora do acesso do sujeito.

Na metapsicologia freudiana, a hipótese sobre o fenômeno psicossomático está diretamente vinculada à incapacidade de qualificar a excitação nas suas manifestações psíquicas (Machado, 1993).

Nos seus estudos sobre o narcisismo, Freud (1914/1974g) declarou que, quando a libido sexual é retirada de um objeto externo, ela acaba sendo reinvestida no próprio corpo como libido narcísica, ocasionando uma preocupação demasiada com um determinado órgão. Assim, uma pessoa acometida por dor e/ou mal-estar orgânico, acaba por perder o interesse pelas coisas do mundo externo, por não dizerem respeito ao seu sofrimento; é como se ela retirasse o interesse libidinal de seus objetos amorosos e, por conseguinte, enquanto está sofrendo, deixasse de amar.

Segundo Ferraz (1997),⁴¹ Freud, mesmo considerando a existência de razões ocultas nas doenças orgânicas, centrou seus estudos fora desse âmbito, fundamentando a sua teoria do aparelho psíquico no terreno biológico, insistindo no fato de que o ser humano funciona como uma unidade corpo/mente, bem como privilegiando o papel da linguagem na estruturação do psiquismo e no tratamento psicanalítico.

⁴¹ Constatou-se, então, que a chamada medicina psicossomática, no seu limite paradigmático, empurrou o pensamento psicanalítico a recolocar o código sintomático. Na opinião de Dias (1992), Bion, inspirado em alguns conceitos de Klein, criou outros conceitos que, de certa forma, romperam com a positividade dominante no meio psicanalítico, levando, assim, à criação de uma série de instrumentos teórico-técnicos considerados de fundamental importância para a compreensão do fenômeno psicossomático.

Freud (1911/1974b) apontou para a necessidade de que houvesse um aparelho psíquico capaz de lidar com um excesso de estímulos mentais que não poderiam ser simplesmente descarregados. Assim, afirma que:

A ausência da satisfação esperada, o desapontamento experimentado, que levou ao abandono desta tentativa de satisfação por meio da alucinação. Em vez disso, o aparelho psíquico teve de decidir formar uma concepção das circunstâncias reais do mundo externo e empenhar-se por efetuar nelas uma alteração real. (p. 278, 279).

Na opinião de Zimerman (1995), através da descrição do processo primário e do processo secundário, Freud deixou uma das mais importantes contribuições para a teoria das perturbações do pensamento.

O processo primário estaria relacionado diretamente às experiências de satisfação imediata das necessidades básicas, inerentes ao princípio do prazer; e o processo secundário estaria relacionado ao princípio da realidade, que é quem determina a formação do pensamento. Assim, as exigências da realidade estimularão a criação do pensamento verbal, com o objetivo de adiar a descarga pulsional e de amenizar os *estados de desamparo* oriundos das frustrações; nestas, o pensamento verbal da criança, no enfrentamento de novas exigências reais, força-se a desviar-se de sua função primitiva de adiamento da descarga motora, necessitando criar um novo rumo, o do autoconhecimento (Freud, 1911/1974b).

“Por conseguinte, o pensamento, as emoções e o conhecimento são indissociados entre si, sendo que o pensamento precede ao conhecimento, porquanto o indivíduo necessita pensar e criar o que não existe, ou o que ele não conhece.” (Zimerman, 1995, p. 89).

Bion (s.d. in Zimmerman, 1995) elaborou a sua teoria do pensamento de forma muito inspirada nas conceptualizações que Freud apresentou, basicamente nos seus escritos sobre *Dois Princípios do Sucedor Psíquico*, de 1911, que aborda o *princípio do prazer* e o *princípio da realidade*, sobre o *Ego e o Id*, de 1923 e *Neurose e Psicose*, de 1924; bem como nas concepções expostas por Melanie Klein sobre *O Desenvolvimento da Criança*, de 1921, no qual se refere ao conflito estabelecido entre a criança e um impulso inato epistemofílico, em que se empenha na busca do conhecimento da verdade, ao mesmo tempo que busca o sentimento de onipotência.

No trabalho que intitulou como *Uma Teoria do Pensamento*, Bion (1962/2003; Zimmerman, 1995), diferentemente das teorias que consideram o pensamento como sendo um ato do pensar, propôs uma teoria contrária, alicerçada na crença de que o pensar é que resulta de um desenvolvimento imposto ao psiquismo pela pressão dos pensamentos preexistentes; assim, classificou os pensamentos como: *pré-concepções* (similar ao conceito de Kant de *pensamento vazio*); *concepções* (pensamentos); e *conceitos* (os pensamentos adquirem um nome e um significado).

O autor (1967/1994; Zimmerman, 1995) acreditava na existência de uma disposição inata que corresponde à expectativa do seio em relação à mãe que amamenta (pré-concepção), que tanto pode levar a uma *realização*⁴² positiva (há uma confirmação de que o objeto necessitado está realmente presente e atende às suas necessidades), como a uma negativa (o bebê não encontra um seio disponível para a satisfação, e essa ausência é vivida como a presença de um seio ausente e mau). De forma que, se o bebê não tolerar a frustração de um *não-seio*, ele tenderá a

⁴² Termo usado por Bion (1967/1994), cujo significado consiste em experiências emocionais resultantes de frustrações da onipotência do bebê, que acarreta (no bebê) a necessidade de retorno ao mundo real (daí: realização), podendo essas serem positivas ou negativas.

uma evasão e um ataque aos vínculos, e se o bebê tolerar a frustração, ele tenderá a modificá-la, o que dará origem ao pensamento, ou seja, à função do pensar e à do aprendizado pela experiência. Contudo, a realização negativa (o não-seio) torna-se um seio *mau presente*, que acaba por ser evacuado através de uma hipertrofia do aparelho para identificações projetivas, o que ocasiona no indivíduo severa confusão entre o *self* e o mundo exterior, onde a onipotência substitui as concepções, a onisciência substitui a aprendizagem e a discriminação entre o verdadeiro e o falso fica confusa.

Assim como Freud (1911/1974b), Bion (1967/1994), em sua teoria do pensamento, também centrou-se na frustração das necessidades básicas do bebê, embora para este autor o fundamental estaria relacionado com a capacidade de tolerância do ego do bebê, para suportar o ódio decorrente dessas frustrações, bem como com a ocorrência de uma fuga em relação à frustração ou com a modificação desta.

Através da ideia de que é importante que se estabeleça uma diferença entre *pensamento* e a função de *pensar*, Bion (1967/1994) propôs uma distinção entre elementos do pensamento (elementos α e β , preconcepções, oníricos, etc.) e os pensamentos propriamente ditos.

Contudo, a partir da sua ideia de que o pensar é um desenvolvimento forçado sobre o psiquismo, “pela pressão dos elementos dos pensamentos, e não o contrário”, Bion (1967/1994, p. 128) formulou os importantes conceitos de *pensamento sem pensador* e *pensamento vazio*.

Na conceituação de *pensamento sem pensador*, Bion (1978/1980/1992) referiu-se a um pensamento errante em busca de algum pensador para se alojar nele; e na conceituação de *pensamento vazio*, a uma pré-concepção que se usa mesmo sem

sermos capazes de imaginá-la, como uma forma que está esperando por um conteúdo – equivalente a uma pré-concepção que está à espera de uma realização.

Tudo indica que as experiências de realização negativa são inerentes e necessárias à vida humana. Sendo assim, Bion (s.d. in Zimerman, 1995) definiu que elas podem seguir dois rumos de desenvolvimento: o caminho que resultará numa formação sadia do pensamento, através do que ele chamou de *função α* (que integra as sensações oriundas dos órgãos dos sentidos com as emoções), aquele em que o ódio decorrente da frustração não será excessivo à capacidade do ego do bebê em suportá-lo; e, em contrapartida, se o ódio prevalecer, ou seja, for excessivo, os *elementos β* (os protopensamentos, experiências emocionais muito primitivas, concretas, que não podem ser pensadas num nível de abstração e de conceituação) precisam ser aliviados, assim descarregados pela criança, que o faz sempre com um excessivo uso expulsivo de identificações projetivas, por via de agitação motora (por meio de somatizações), pelos órgãos dos sentidos (sob forma de alucinações), ou pela ação (*actings*).

Bion (1967/1994) criou os importantes conceitos de capacidade de *reverie* e de *continente-conteúdo*, na medida em que, em função do ataque de identificações projetivas, viu a necessidade de intitular que deveria haver um *continente* que as contivesse e, a partir daí, veio a ideia de *reverie* (capacidade da mãe real externa em servir de continente para seu bebê, no sentido de a mãe ser “o órgão receptor da colheita de sensações que o bebê, através de seu consciente, experimenta em relação a si mesmo” [p. 134]); pois a capacidade do bebê de tolerância à frustração estaria, então, relacionada não só com as suas demandas pulsionais excessivas, mas, também, com as da mãe real externa.

Na sua teoria, Bion (s.d in Zimerman, 1995) acreditou que, para a formação e utilização dos pensamentos, além das interações dinâmicas do modelo continente-conteúdo, as interações que se processam entre as posições esquizo-paranóide e depressiva são fundamentais e determinantes no sistema; pois se os pensamentos serão utilizados como uma forma interativa e estruturante ou ao inverso, isso dependerá do modo da passagem da posição esquizo-paranóide para a depressiva. Esse fato parece constatar que o cerne da formação dos pensamentos úteis está relacionado não só com a capacidade de tolerância às frustrações, mas também com a capacidade de tolerância a depressões. Assim, os pensamentos vão sofrendo sucessivas modificações progressivas (oníricas, pré-concepções, concepções, conceitos, sistema dedutivo científico e grau abstrativo do cálculo algébrico), basicamente através da elaboração da posição depressiva; do mesmo modo, o êxito da posição depressiva é que possibilita a formação de símbolos, os quais são considerados como responsáveis pela capacidade de generalização, abstração e de criatividade.

O termo *função*, bem como os *elementos* α e β seriam uma espécie de metáfora, inspirados na matemática, que ele utilizou sem, no entanto, aplicar o mesmo significado específico daquela área. Para ele, toda *função* é composta por fatores. Uma personalidade psicótica, por exemplo, funciona assim devido à conjunção de elementos, como os de identificações projetivas excessivas, de uma inveja destrutiva, etc. Salientou que um fator pode adquirir a dimensão de uma função, e que qualquer função pode servir como fator de uma outra função. A primeira função que predominantemente existe no aparelho psíquico é a função α , que, se for bem sucedida, se transformará em elementos α , com as seguintes finalidades: pensamentos oníricos, pensamentos inconscientes da vigília, produção

dos sonhos, memória e função intelectual. Se essas sensações e emoções permanecem em estado bruto, constituem o que ele chamou de elementos β , os quais só servem para serem *evacuados* e acabam por exercer a função de comunicação primitiva. Os elementos α proliferam e aderem-se, formando uma *barreira de contato*, que atua como um tipo mediador no intercâmbio entre o consciente e inconsciente, mundo real externo e mundo interno, gerenciando a capacidade de o indivíduo estar dormindo ou acordado, e de ter a noção de presente, passado e futuro. Por outro lado, os elementos β proliferam-se sem integração e desvinculados entre si, constituindo o que chamou de *pantalha* (tela), a qual não possibilita uma diferenciação entre consciente e inconsciente, fantasia e realidade, muito menos a elaboração de sonhos (Zimerman, 1995).

Além dos conceitos já descritos, Bion (s.d. in Zimerman, 1995) propôs um último conceito que denominou de *reversão (ou inversão) da função α* , oposto ao desenvolvimento normal dos pensamentos, em que essa função, no enfrentamento da dor psíquica, recua e acaba por produzir elementos β diferentes dos originais, regredindo ao nível da linguagem das sensações psíquicas corporais, como ocorre nas doenças psicossomáticas. Esses elementos β (não-originais), resultantes da *reversão da função α* ,⁴³ podem seguir o caminho da descarga corporal (somatizações), da descarga através dos órgãos dos sentidos (alucinações), ou pela ação (*actings* ou conversas sem sentido).

Dias e Monteiro (1989), numa análise da teoria do pensamento de Bion, referiram que a capacidade de pensar está diretamente relacionada à questão da

⁴³ O fracasso da função-alfa significa que o paciente não pode sonhar e, portanto, não pode dormir (Bion, 1962/2003).

saúde mental⁴⁴, pois nas suas ideias, salientaram que a saúde mental é, de certa forma, a capacidade de se ter acesso à fantasia; é, na realidade, não ter medo de pensar e de sonhar. Contudo, “pensar é basicamente poder criar representações internas” (p. 16), no sentido de dar sentido à angústia resultante da ausência de um objeto de amor, recriando a função afetiva que o dado objeto cumpria, através do pensar dessa ausência, e assim substituindo o objeto ausente por um pensamento. Entretanto, mencionaram que pensar e sentir são indissociáveis, e que “o acto de sentir o que se passa connosco é um acto de pensamento” (p.17), pois sentimento e emoção são um pensamento, mas um pensamento que é submetido à lógica da consciência e não somente submetido à lógica inconsciente (que é uma lógica simétrica, na qual os contrários se equivalem). Assim, o homem não dispõe de um só pensamento, porque existem várias formas de pensar, mas “tudo é pensamento, porque a emoção é uma forma de pensamento e o pensamento é um pensamento dum pensamento, como Bion chamou. O sonho é um pensamento. É um pensamento dum pensamento.” (p. 18).

Segundo Dias e Monteiro (1989), o homem só cria se pode sonhar. A criatividade estaria intimamente relacionada com a função onírica, bem como com a questão da saúde mental do ser humano. Para os autores, ter saúde mental é ser capaz de pensar e de sonhar. Na opinião dos autores, “o sonho é o pensamento por excelência” (p. 116), e é também uma forma de diferenciar as pessoas, não só pela capacidade de sonhar, mas pela possibilidade de se recordarem dos seus sonhos.

⁴⁴ Segundo Dias (1988/1990), o conceito de maturação adquiriu nova concepção na medida em que passou a conceber a “integração de dentro para fora do mundo mental e do mundo externo, reconhecível e re-cognoscível a partir da capacidade elaborativa das funções mentais e da permeabilidade da emoção como pensamento ao pensamento da própria emoção.” (p. 12). Assim, “a faculdade de sentir sem fracionar os sentidos nem clivar o pensamento do seu pensamento, eis o que nos autoriza à integração, à maturidade e ao crescimento.” (p. 175).

À medida que os homens crescem (abandonam a infância), vão, paralelamente, restringindo o espaço da fantasia, mas existe um determinado espaço (da fantasia) que é o espaço do sonho, que não se pode restringir, pois ninguém pode impedir isso. Na questão do pensamento, o espaço do sonho e da fantasia são cativos e manipuláveis. Tudo indica que sonhamos de acordo com os nossos pensamentos e com o que podemos fantasiar (Dias & Monteiro, 1989).

Dias e Monteiro (1989) mencionaram que existem dois grupos de pessoas que não podem sonhar: os loucos e os psicossomáticos. Nos loucos o sonho teria uma função evacuativa, de conteúdos que não seriam susceptíveis de representação psicológica, ou seja, acabariam por não ter valor de sonho; e nos psicossomáticos a necessidade de sonhar ficaria diminuída, pelo fato de utilizarem o corpo como via de sofrimento.

Nesse sentido, Sá (1996a) disse:

Já um pensamento sem espaço e funções internas para metabolizar pensamentos pode suscitar movimentos de controlo interno e, em lugar dum pensamento que pense os pensamentos, “fechá-los” no corpo para não serem pensados. Mas, sendo assim, haverá patologias psicossomáticas ou expressões somáticas em diferentes quadros psicopatológicos? (p. 55).

Na opinião de Sami-Ali (1977/1993), para que possamos situar os estudos da questão corporal dentro do contexto de sua referência do real e do imaginário, ou vice-versa, seria indispensável que retornemos à descoberta freudiana do inconsciente, que se articula em torno do conceito de processo primário, no qual o sonho entra em cena como sendo o exemplo mais significativo.

A descoberta freudiana do inconsciente se articula em torno do conceito de processo primário, no qual habita o sonho; por um lado, o mecanismo de

deslocamento e o de condensação (que são as duas grandes operações) dão a forma aos nossos sonhos, e, por outro lado, permitem-nos definir o sistema do processo primário que é atribuído ao id. Assim, o sonho é visto, entre outras coisas, como uma projeção de um processo interno; e, dentro do modelo psicanalítico, não só o sonho, mas os processos de um modo geral, são vistos em termos de aparelho psíquico, da existência de um corpo por um lado, e da questão da projeção por outro (Sami-Ali, 1987b/1995); posição característica de um pensar dualista,⁴⁵ em que se funda a psicossomática tradicional: “existe o corpo e existe a alma; existe o corpo e existe o espírito; tal como o corpo *influencia* a alma e o espírito, assim também a alma e o espírito *influenciam* o corpo” (Pereira, 1987/1992, p. XVI).

Desta forma, na teoria freudiana, o *deslocamento* e a *condensação* permanecem desde sempre como sendo as duas operações centrais que dão forma aos nossos sonhos, bem como possibilitam definir o caráter do processo primário que atribuímos ao id (Sami-Ali, 1987a/1992).

Para Sami-Ali (1977/1993), “no sonho, o próprio funcionamento inconsciente coincide com os princípios aos quais a atividade onírica está inteiramente submetida.” (p. 9).

Sendo assim, os processos primários são sustentados por uma projeção primordial que se estende para além de uma função defensiva a fim de coincidir com o imaginário, no qual “a imagem é sucessivamente criação e banalidade, projeção e ausência de projeção.” (Sami-Ali, 1977/1993, p. 11).

⁴⁵ Monismo (séc. XIX – idealismo e materialismo): refere-se à existência de um só espírito no homem: corpo ou alma; e o Dualismo (hilemorfismo, interacionismo, paralelismo, paralelismo-psicofísico) refere-se à existência de dois diferentes princípios no homem: corpo e alma (Haynal et al., 1978/1998).

Num estudo específico sobre a fantasia, Magagnin (1995a) comparou o pensamento de Freud, Klein e Bion, salientando a importância da fantasia no processo mental, no que tange à questão da saúde e da doença. Concluiu, concordando com M. Klein, que a vida inconsciente é uma expressão original, uma atividade primária original de impulsos e defesas, que está em constante relação com a percepção; que as fantasias vão se tornando mais complexas e de componentes sensoriais e motivacionais mais diferenciados à medida que vamos amadurecendo; que as fantasias inconscientes são subjacentes aos sonhos, no sentido de que são a matéria utilizada para fabricação dos sonhos, ou seja, o sonho seria uma das expressões da fantasia inconsciente.⁴⁶

A autora (1995a), com base nos estudos de M. Klein,⁴⁷ concluiu que, se a simbolização não acontece, todo o desenvolvimento do ego fica bloqueado.

Baseando-se também nos trabalhos de Jones⁴⁸ sobre os símbolos, a autora (1995b) apresentou a ideia de que um símbolo inconsciente representa o que foi reprimido da consciência e, entre outras, a ideia de que “somente o que é reprimido necessita do simbolizado” (p. 67), pois o simbolismo surge como resultado do conflito intrapsíquico, entre as correntes repressoras e o reprimido; assim, quando um desejo (devido ao conflito) precisa ser abandonado e reprimido, pode expressar-se de forma simbólica, e o objeto (do desejo) que teve de ser abandonado pode então ser substituído por um símbolo.

⁴⁶ O simbolismo, segundo Magagnin (1995b), seria a forma pela qual a fantasia inconsciente se expressa nos sonhos, nos sintomas ou no relacionamento humano.

⁴⁷ Referente à obra Klein, M. (1930). *A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego*. Rio de Janeiro: Imago.

⁴⁸ Referente à obra Jones, E. (1948). *Papers on psycho: Analysis*. London: Tendol-Cox (Obra original publicada em 1916).

As contribuições da psicanálise para a teoria psicossomática são valiosas, visto que “qualquer que seja o momento de sua elaboração, a teoria psicossomática permanece estreitamente ligada à psicopatologia e mais especialmente à noção de psiconeurose, o que continua sendo a norma mesmo quando dela nos afastamos deliberadamente.” (Sami-Ali, 1977/1993, p. 86, 87).

2.3.2 *Escola americana*

O interesse pela psicossomática na América inicia-se por volta dos anos 30, ligado sobretudo aos nomes de Franz Alexander e Flanders Dunbar (escola de Chicago). “Para esses autores, as perturbações psicossomáticas seriam consequência de estados de tensão crônica, relativa à expressão inadequada de determinadas vivências, que seriam derivadas para o corpo”, colocando a questão da especificidade da doença psicossomática numa visão psicogenética. “Às diferentes doenças psicossomáticas corresponderiam diferentes ‘fatores psicológicos’, que para Dunbar, seriam os tipos de personalidade e para Alexander, os conflitos ou ‘situações de vida significantes’”, de acordo com a hipótese da especificidade (Cardoso, 1995, p. 10).

Alexander (1987/1989) fez distinção entre neurose vegetativa e sintoma conversivo, após analisar o conceito freudiano de histeria conversiva em psicossomática. Para ele, a neurose vegetativa seria uma resposta fisiológica dos órgãos vegetativos a estados que poderiam ser ou não constantes, enquanto que o sintoma conversivo seria “uma expressão simbólica de um conteúdo psicológico emocionalmente definido” (p. 37).

Para explicar que apenas no campo das inervações voluntárias pode haver a expressão simbólica do conteúdo psicológico – sendo pouco provável que nos órgãos internos haja expressão simbólica – Alexander (1987/1989) criou a noção de *neurose orgânica*, que abrange todos os *distúrbios funcionais* dos órgãos vegetativos, causados por impulsos nervosos, originados por processos emocionais “que ocorrem em algum lugar nas áreas cortical e subcortical do cérebro.” (p. 37).

Portanto, segundo este autor (s.d. in Cardoso, 1995), a tensão emocional proveniente de conflitos vivenciados ou afetos específicos reprimidos estimulariam a função de determinados órgãos, verificando-se, a partir daí, “uma espécie de ‘estase anormal de energia’, pelo aumento ou persistência da produção dos concomitantes fisiológicos das emoções, perturbadora do seu normal funcionamento” (p. 11), isto é, o que em um primeiro momento se traduziria por uma alteração da função posteriormente se constituiria em uma transformação orgânica, ou seja, passaria de sintoma funcional a sintoma orgânico.

Alexander (1987/1989) dividiu os distúrbios emocionais das funções vegetativas em duas categorias, através de um ponto de vista psicodinâmico. A primeira categoria se refere às atitudes emocionais de *preparação para luta ou fuga* e a segunda, à *retirada da atividade* dirigida para o exterior. E, do ponto de vista fisiológico, as atitudes emocionais, da primeira categoria, estão sob o comando do sistema nervoso simpático; e a segunda categoria, sob o sistema nervoso parassimpático. Partindo desse princípio, distinguiu as doenças relacionadas ao sistema nervoso simpático como respostas ativas, incluindo doenças como a hipertensão arterial, a diabetes, a epilepsia, entre outras; e as doenças relacionadas ao sistema nervoso parassimpático como respostas passivas das quais estariam as afecções como a asma, as colites, a úlcera duodenal, etc.

Segundo Cardoso (1995), o que norteia o ponto de vista de Alexander é a teoria da especificidade. A especificidade orgânica, para ele, seria responsável pela fragilidade de determinados órgãos. Esta, “aliada a *constelações emocionais* ou psicodinâmicas particulares, organizadas precocemente no desenvolvimento dos sujeitos e que a par de conflitos inconscientes específicos organizaria modos de defesa também específicos, poderia levar ao aparecimento de determinadas doenças, servindo a situação exterior de desencadeante.” (p. 11).

Dunbar (1943 in Alexander, 1987/1989), a partir da aplicação de métodos modernos de diagnóstico psicodinâmicos, explorou o conceito de que há uma predisposição para determinadas doenças conforme o tipo de personalidade (um pensamento médico bastante antigo). Daí, desenvolveu a noção de perfil de personalidade, enquanto fator determinante no aparecimento de certas doenças psicossomáticas, chegando a um perfil impressionante de pacientes coronarianos, dos pacientes fraturados e propensos a acidentes e dos diabéticos. Para ela, o paciente coronariano demonstra ser uma pessoa constantemente batalhadora, apresenta um elevado grau de controle e persistência, uma aparência distinta, tendo como objetivo primordial o sucesso e a realização e, para atingir esses objetivos, planeja a longo prazo. Disse que é alta “a frequência de acidentes coronarianos entre grupos de profissionais tais como médicos, padres, advogados, executivos e pessoas que arcam com grandes responsabilidades.” (p. 59). A doença coronariana seria considerada como uma doença ocupacional, diretamente relacionada com o tipo de vida. “É provável que um determinado tipo de vida, certos tipos de esforço mental, criem condições somáticas propícias a certas alterações progressivas no sistema vascular, resultando, finalmente, na doença coronariana.” (p. 60).

Alvarez (s.d. in Alexander, 1987/1989), clínico e estudioso de perfis, tem aperfeiçoado o “conceito de personalidade própria do portador de úlcera péptica” (p.58), concluindo que essas pessoas demonstraram características do tipo empreendedor, enérgico e agressivo. No entanto, Draper (s.d. in Alexander, 1987/1989) disse que muitos dos pacientes com úlcera péptica demonstravam características de dependência e, “conforme ele as expressou, femininas.” (p.58).

As doenças endócrinas são outro terreno fecundo “para a correlação de traços de personalidade com quadros de doença (...). O paciente extremamente tenso, irritável e sensível, que sofre de bócio tóxico, contrasta nitidamente com a pessoa embotada, fleumática e lenta, que sofre de hipotireoidismo.” (Alexander, 1987/1989, pp. 58, 59).

Alexander (1987/1989), numa crítica aos perfis psicológicos de Dunbar, afirmou que eles revelam, prioritariamente, a defesa do paciente e não os conflitos que podem estar relacionados especificamente à gênese da doença, bem como que os estudos psicodinâmicos têm mostrado que determinados distúrbios das funções vegetativas podem ser correlacionados diretamente com estados emocionais específicos e não com configurações de personalidade superficiais, como especificadas nos perfis de personalidade.

2.3.3 Escola de Paris

Marty (representante da Escola Psicossomática de Paris), juntamente com Christian David, Michel Fain, e Michel de M’Uzan (s.d. in Dejours, 1988), partindo da experiência clínica com pacientes com sintomas somáticos, observaram a

existência de características comuns referentes a uma vida fantasmática pobre e, paralelamente, a uma predominância de investimento na realidade e no concreto; observou também que esses pacientes tinham uma visão bastante pragmática da vida e das relações interpessoais, marcada por uma boa adaptação social, bem como a inexistência de vivências conflituosas (internas e externas) significativas. Numa perspectiva psicanalítica, de que a somatização precede uma certa impossibilidade de elaboração dos conflitos, passaram a centrar os seus estudos nesse tipo de *funcionamento mental*, diferente do comportamento dos neuróticos e dos psicóticos, o qual chamaram de *psicossomático*.

Os autores adquiriram as primeiras noções de insuficiência e de singularidade do funcionamento mental através de um estudo realizado sobre pacientes portadores de tuberculose pulmonar, no qual detectaram a ação de mecanismos defensivos diferentes dos mecanismos intrapsíquicos. Esse estudo revelou nos pacientes um marcado distanciamento afetivo e topográfico em relação ao objeto conflitual real (Marty, 1990/1993).

Por intermédio de seus trabalhos (Marty, 1990/1993; Marty e M'Uzan (1962/1994), procuraram chegar, através das noções de estrutura e dos achados da existência de outras defesas (como é o caso das defesas caracteriais e defesas comportamentais, correspondentes às neuroses de caráter e neuroses de comportamento), e não através dos mecanismos intrapsíquicos, ao conceito de insuficiência fundamental ou passageira do funcionamento mental. Constataram, então, a existência de um tipo particular de funcionamento que, a par de uma falha dos mecanismos de defesa habituais, psiconeuróticos, impossibilitaria a elaboração psíquica, sem sequer haver a representação mental do conflito. Assim, na sequência dos seus estudos, chegaram a conceitos fundamentais, como: *pensamento operatório*

(1962), *depressão essencial* (1966), *desorganização progressiva* (1967), entre outros.

A partir de estudos realizados por Fain e David sobre a vida onírica, e aplicados a seus pacientes, Marty e M' Uzan (1962/1994) perceberam que eles tinham uma forma peculiar de pensar e de lidar com suas emoções. A esse pensamento, os autores denominaram *pensamento operatório*, cujo conceito, segundo Silva e Caldeira (1992), surgiu nos últimos anos como consequência do desenvolvimento das escolas francesa e americana.

A peculiaridade desse pensamento seria o de ser consciente, e se organizaria por causa de falha do pré-consciente, acarretando impossibilidade de comunicação entre o consciente e o inconsciente. Sendo assim, os sujeitos que apresentam esse estilo de pensamento mostram-se com pobreza fantasmática e precária vida onírica. Em vista disso, a capacidade simbólica e o valor de sublimação seriam quase inexistentes, acarretando um prejuízo considerável da capacidade de produção, quer científica, quer artística, desses sujeitos (Cerchiari, 1998).

A estrutura desse tipo de pensamento apresenta duas características fundamentais: a primeira se refere a um pensamento consciente, que se manifesta sem vínculo algum com o orgânico e sem atividade fantasmática de considerável valor; e a segunda diz respeito ao fato de o pensamento reproduzir simplesmente uma ação, ou seja, não há significado para o ato, mas apenas a palavra ilustrando a ação. Nesse sentido, a palavra serviria apenas para descarregar uma tensão. Ela é vazia, desprovida de qualquer elaboração e sem nenhuma ligação com alguma atividade fantasmática de um nível apreciável; é apenas uma reprodução do ato, não há distância do significante perante o significado (Marty & M' Uzan, 1962/1994).

Os autores dessa escola, para Dias (1992), ao invés de escutarem *o sujeito via órgão*, fizeram uma *escuta analítica* e, com isso, se diferenciaram substancialmente da Escola Americana. Ao realizarem esse tipo de escuta, Marty e seus colegas se surpreenderam, pois descobriram que esses sujeitos *não estavam falando de nada*. No entanto, este nada “possibilitou aos investigadores franceses a formulação de uma gigantesca ‘negatividade simbólica’, onde o pensamento operatório, a precariedade onírica e a ausência de fantasia se impunham como esfinges aos decifradores do enigma psicossomático.” (p.40).

A designação de uma abordagem de pacientes, de uma técnica psicoterápica e de uma teoria cujo interesse é o entendimento do que ocorre na mente dos sujeitos que respondem aos conflitos e aos acontecimentos somatizando, é ao que, para esses autores, o termo psicossomática se refere. A peculiaridade de organização mental apresenta algumas características, que são as seguintes: “dificuldade de fantasiar livremente, pobreza de associações subjetivas, dificuldade de estabelecer uma transferência, pobreza de investimentos libidinais e ausência de reações afetivas diante de perdas e outros acontecimentos traumáticos”. A essas características apresentadas, nomearam de *relação branca, vida operatória* (Rocha, 1990, p. 104).

O princípio básico da psicossomática de Marty (1985, 1990/1993) seria o de que a mente, em certas condições, poderia não assimilar um traumatismo e, nesse caso, haveria uma sobrecarga sobre o soma, que resultaria em somatização, que poderia ser evitada por mecanismos mentais normais, como o luto, ou por mecanismos patológicos, como a melancolia. Neste último caso, a mente teria dado conta do traumatismo.

Marty (1985) constatou que a capacidade de assimilação mental tem limites, e que estes são maiores ou menores conforme os indivíduos, e, em um mesmo

indivíduo, conforme o momento de vida. Essa capacidade é nomeada de *mentalização*, referente aos movimentos mentais da reflexão interna, com conteúdos imbuídos de carga afetiva, as lembranças, os projetos, os conflitos, e é considerada como aquela que protege o indivíduo das somatizações. A mentalização de um indivíduo diz respeito à vida mental disponível, ou seja, ao sistema pré-consciente e consciente, no qual, nas consideradas boas mentalizações, se o traumatismo não for muito intenso, ele se dilui por meio de conexões mentais, amenizando o impacto. Inspirado em Freud, postulou que o traumatismo pode ser descarregado imediatamente, através de ações ou de palavras.

Segundo o autor (1984/1996; Vieira, 1997), os indivíduos que reprimem voluntariamente sua mente disponível sofrem de fobia da vida mental, e, numa situação traumática, para elaborá-la, teriam de mobilizar suas mentes; e como evitam isso, dão espaço para somatizações. Naqueles em que a mentalização é precária por insuficiência representativa, os conteúdos conscientes e pré-conscientes são muito próximos da pura percepção, e assim poucos estão aptos a lidar com situações emocionais mais complexas, como na *neurose de comportamento* (a que tem a mentalização mais reduzida). Nesse caso, os indivíduos são impulsivos, predominam as emoções primárias, pouco trabalhadas pelo pensamento e, conseqüentemente, difíceis de serem controladas. O autor afirmou que esse tipo de neurose é estruturalmente mais frágil que as somatizações, e que também não é a única estrutura de má mentalização. No caso de um indivíduo *bem-mentalizado*, diante de uma situação de traumatismo que vai além de suas possibilidades de assimilação, sua mente pré-consciente e consciente é a primeira a sofrer. O indivíduo *desmentaliza*, quer dizer, seu funcionamento mental rico deixa de existir, os sonhos desaparecem ou perdem a complexidade. A desmentalização faz parte de um tipo de *depressão*

essencial, que se caracteriza por uma perda de investimento, acompanhada por uma queda do tônus vital para tudo, desde as alegrias até as tristezas.

Assim, quanto mais o pré-consciente de um sujeito se mostrar rico de representações permanentemente ligadas entre si, mais a patologia eventual correrá risco de se situar na vertente mental, e, quanto menos se mostrar rico de representações, de ligações, mais a patologia eventual correrá risco de se situar na vertente somática (Marty, 1990/1993).

Na neurose de comportamento que é estruturalmente rudimentar, a depressão manifesta-se pela perda dos interesses habituais do sujeito. À medida que esta *depressão essencial* se desenvolve, vai-se alojando, tanto nas boas quanto nas más mentalizações, o que Marty nomeou de *vida operatória*: além da superficialidade do pensamento, os comportamentos habituais, inerentes ou não a traços de caráter, vão-se tornando automatizados, sem vida (Vieira, 1997).

O conceito de *pensamento operatório*, alicerce dessa teoria psicossomática, é considerado como fundamental para o desenvolvimento da investigação nesta área, e representa um dos maiores contributos postulados pelos autores desta escola (Cardoso, 1995).

Revisando, pode-se dizer, então, que o pensamento operatório refere-se à hipótese de uma construção incompleta ou de um funcionamento atípico do aparelho psíquico. Os pacientes somáticos, quando descrevem a sua vida, bem como a sua doença, apresentam-se desprovidos de afeto, e a subjetividade parece estar ausente, juntamente com uma aparente ruptura do sujeito com a sua própria história (Marty, 1990/1993).

Pode-se também constatar que a psicossomática dá conta dos fenômenos que determinam o desencadeamento e a evolução de doenças somáticas. Estas decorrem

geralmente das inadequações do indivíduo às condições de vida em que se encontra. Na adaptação à realidade, instalam-se nele três domínios essenciais: o do aparelho somático, do mental e do comportamento. Quando a disponibilidade conjugada do aparelho mental e do sistema de comportamento se encontra ultrapassada, prejudicada por uma nova situação, é o aparelho somático que responde, e, a partir daí, tem-se então a noção de traumatismo em psicossomática, isto é, o efeito desorganizador final do traumatismo sobre o aparelho mental e somático (Marty, 1990/1993).

Segundo Marty (1990/1993), os traumatismos atingem primeiro o aparelho mental, e este tenta negociar bloqueando, obstruindo e moderando ou não os movimentos de desorganização, antes de chegar no domínio do somático. Dentro dessa concepção, o fluxo das excitações instintuais e pulsionais de essência agressiva e erótica constitui o problema central das somatizações. As excitações podem ser elaboradas no aparelho psíquico e expressas em traços de caráter e de comportamento.

Nesse contexto, existem dois pólos nos processos de somatização: desorganizações psicossomáticas (originam doenças evolutivas) e regressões somáticas (doenças reversíveis); as neuroses bem mentalizadas abririam espaço a doenças reversíveis; as mal mentalizadas e de comportamento, para as doenças evolutivas; e as de mentalização incerta, para as doenças reversíveis, na maioria dos casos (Marty, 1990/1993).

Sendo assim, para além da *vida operatória*, na qual a desorganização psíquica seria profunda, e das *neuroses de comportamento*, em que teria existido uma *inorganização*, o autor (1990/1993; Cardoso, 1995) falou de *desorganização progressiva*. Aqui, em vez da regressão psicossomática da depressão essencial ou da

desorganização global da vida operatória, tratar-se-ia de movimentos patológicos isolados, parcelares, contínuos e frequentemente definitivos, e então referentes à questão da *pulsão de morte*, da qual a doença psicossomática seria a mais nítida manifestação.

No contexto dessa teoria, a doença psicossomática seria vista como decorrente de uma energia pulsional que não encontra saída por meio das defesas neuróticas habituais, remetendo-se para o corpo (Cardoso, 1995).

Desse modo, a doença somática existiria como resposta à falha de algumas defesas, o que nos permitiria considerar que a somatização de alguns indivíduos *não operatórios* possa corresponder à descarga de uma angústia residual não mentalizável (Dejours, 1988).

Para Marty (1990/1993), o deslocamento de uma somatização passa de um tempo mais ou menos longo da latência a uma desorganização mais ou menos profunda do funcionamento mental. Uma desorganização seria sempre acompanhada de uma depressão pouco marcada, longa e do tipo essencial.

A manutenção das somatizações depende da duração da depressão essencial, que está em sua origem e que persiste, dependendo da conservação dos fatores traumatizantes e da ausência de uma estabilização regressiva, mental ou somática (Marty, 1990/1993).

O fim das somatizações corresponde, então, ao fim dos movimentos desorganizadores (depressão essencial), supondo ou uma mudança radical do estado psicoafetivo dos pacientes, ou o cessar do peso traumático inicial e o de outros pesos traumáticos. Essa mudança psicoafetiva pode ocorrer de milagre, paixão amorosa ou mística, sublimatória, decorrente, na maior parte das vezes, de uma psicoterapia conduzida por especialistas em psicossomática (Marty, 1990/1993).

2.3.4 Escola de Boston e o conceito de alexitimia

Com inspiração nos trabalhos da Escola Psicossomática de Paris, especialmente do conceito de *pensamento operatório* de Marty e M'Uzan, Sifneos (1967 in Cardoso, 1995) referiu dados que vão no mesmo sentido. Da sua experiência com doentes psicossomáticos (seguindo as categorias de Alexander), “chama atenção para o que ressalta uma aparente incapacidade para a expressão verbal de sentimentos” (p. 19).

Nemiah e Sifneos, em 1970 (in Cardoso, 1995), “através do estudo minucioso (análise de entrevista gravada) de 20 pacientes psicossomáticos, chegam aos seguintes resultados:” (p. 19) haveria uma evidente “dificuldade em traduzir por palavras as emoções e os afectos que, em muitos casos, não chegavam a ser reconhecidos e discriminados;” (p. 19) intensa “pobreza de conteúdos relativos à fantasia e a vivências subjetivas; os pensamentos pareciam estar mais ligados aos estímulos externos que aos impulsos internos” (p. 19) e existiria uma clara “tendência a relatar situações através de uma descrição exaustiva de circunstâncias e pormenores factuais, em detrimento de referências emocionais; no contacto interpessoal induziriam um certo tédio pela pobreza da comunicação, despida de afectos.” (p. 19).

Após várias observações, os autores (s.d. in Taylor, 1988/1990) concluíram que os pacientes com doença psicossomática clássica, diferente dos pacientes psiconeuróticos, mostravam frequentemente uma desordem específica nas suas funções afetivas e simbólicas, acarretando uma forma de comunicar confusa e improdutiva.

Baseado no decurso das suas investigações sobre o estilo cognitivo e a capacidade para vivenciar afetos, uma evidente maneira utilitária de pensar, associada a uma vida de fantasia pobre, tendência à ação impulsiva e uma incapacidade de usar palavras apropriadas para descrever sentimentos por parte dos pacientes psicossomáticos, Sifneos, no início da década de 70, propôs o termo *alexitimia* (Sifneos, 1973), que, segundo ele (1979/1989), vem do grego (a – privação; lexis – palavra; thymos – emoção), e serviria para designar um conjunto de características afetivas e cognitivas clinicamente observadas nesses pacientes, reconhecíveis, sobretudo, no estilo comunicativo que os distinguia dos pacientes neuróticos, por fazer longas descrições de seus sintomas corporais.

Zusman (1994) disse ser a questão básica que estabelece uma conexão entre alexitimia e os transtornos psicossomáticos a de que esses pacientes direcionam mal a corrente da libido, o que acarretaria transtorno nas atividades corporais.

Segundo Sifneos (1979/1989), os alexitímicos teriam uma vida de fantasia pobre e tenderiam a expressar suas emoções de maneira inadequada. Afirmou que a alexitimia seria uma incapacidade de se associar os afetos às representações mentais, não havendo palavras para as emoções. McDougall (1989/1996) complementou, referindo que esses pacientes apresentavam uma intensa incapacidade para experimentar satisfação e prazer.

Embora desconheça a etiologia deste fenômeno, Sifneos ponderou algumas hipóteses, através do estabelecimento do que nomeou de *alexitimia primária* e *alexitimia secundária* (Cardoso, 1995). Referiu a alexitimia primária à existência de defeitos neuroanatômicos ou neurofisiológicos na área do sistema límbico e sua conexão com o neocórtex, no hemisfério direito, esquerdo, ou em ambos; a alexitimia secundária estaria ligada a fatores psicossociais decorrentes de paradas no

desenvolvimento emocional, no transcorrer da infância, ou de intensas regressões oriundas de ataques ambientais, podendo resultar, no adulto, no uso excessivo de mecanismos psicológicos de defesa – negação ou regressão (Sifneos, 1979/1989, 1991).

Nemiah (1977 in Cardoso, 1995) não concordou com a ideia da alexitimia enquanto mecanismo de defesa, “estando em causa, para este autor, um defeito, que determinaria limitações sob o ponto de vista terapêutico, tornando os sujeitos inacessíveis a certos tipos de abordagem.” (p.21). Propôs que a ausência de comunicação entre o sistema límbico e o neocórtex acarretaria numa falência em integrar os componentes afetivos e intelectuais do funcionamento mental.

Taylor (1988/1990) concordou com a hipótese da explicação etiológica para a alexitimia de Nemiah, e ressaltou, ainda, a maneira de se comunicar influenciada não somente por fatores genéticos, neuropsicológicos e intrapsíquicos, como também por fatores socioculturais, pelo nível intelectual e pelos modelos de discursos familiares.

Hoppe (1977 in Cardoso, 1995), através de estudos na área da neurofisiologia, colocou numa mesma dimensão a doença psicossomática e a alexitimia. O autor descreveu semelhanças entre o estilo cognitivo dos alexitímicos e dos pacientes com lesões do corpo caloso e do hemisfério não dominante, vendo a alexitimia como um mecanismo de defesa no qual as percepções emocionais do hemisfério direito seriam indeferidas pelo hemisfério esquerdo.

Sifneos (1979/1989, 1991) ressaltou que, na discussão sobre a etiologia da alexitimia, em função das dificuldades metodológicas dos estudos, permanece uma questão especulativa, na medida em que é visível a possibilidade de que múltiplos fatores possam contribuir para essa etiologia.

Segundo Prazeres (1996),

sendo um quadro inicialmente descrito nas doenças psicossomáticas, no âmbito das investigações que procuravam estabelecer a existência de uma estrutura de personalidade ‘psicossomática’, as explicações etiopatogénicas da alexitimia tendem a confundir-se com as teorias defendidas para essas mesmas doenças. No entanto, ao ser descrita noutros quadros, importa saber se há uma etiopatogenia específica da alexitimia que, nesse caso, deve ser consistente e transversal a todos os quadros psicopatológicos em que surge. (p. 18).

A alexitimia pode ser encontrada, nos dias atuais, em um grande número de pessoas que sofrem de várias perturbações físicas e psicopatológicas, quer como um estilo peculiar de funcionamento mental, quer como resposta do sujeito às “situações vividas como ameaçadoras pela difícil contenção psíquica das emoções dolorosas” (Teixeira, 1996, p. 381).

Além das observações iniciais das características clínicas originais da alexitimia, duas mais foram acrescentadas em 1972 e em 1976, em Londres e em Heidelberg. Na conferência de Londres, foi afirmada a hipótese de uma provável etiologia biológica para a alexitimia, enquanto a conferência de Heidelberg classificou-a juntamente com os transtornos psicossomáticos (Ballone, 2000).

Na opinião de Cerchiari (1998), os estudos de Nemiah e Sifneos foram de extrema importância, “pois chamaram à atenção para um aspecto do funcionamento psíquico relevante tanto para a medicina psicossomática quanto para a psicanálise.” (p. 24). Mostraram, para a psicanálise, “uma direção a tomar sobre a exploração da vida intrapsíquica via estudo da comunicação entre paciente e analista.” (p. 24).

Segundo McDougall (1980, 1982 in Taylor, 1988/1990), o fenómeno alexitímico acontece em decorrência de perturbações da relação mãe-filho, sendo

uma patologia pré-neurótica, extremamente precoce, dominada pelos mecanismos de defesa de clivagem e de identificação projetiva. Essas perturbações estariam relacionadas à fase do desenvolvimento simbiótico, na qual as representações do objeto e as representações de si não são nitidamente diferenciadas e também os símbolos ainda não são utilizados de forma concreta. Sendo assim, para a autora, a alexitimia seria uma defesa contra a dor psíquica e as ansiedades psicóticas associadas aos objetos internos arcaicos.

No que tange à psicopatologia humana, Sifneos (s.d. in Ballone, 2000) relatou modelos de alexitimia em personalidades criminosas na política, tais como Hoess, quando escreveu que as matanças de prisioneiros sob suas ordens não lhe provocaram nenhuma emoção; Eichmann, nazista responsável pelo transporte de prisioneiros para os campos de concentração, que disse não ter tido nenhum sentimento sobre a monstruosidade de seus crimes; e Hitler, que acreditava estar promovendo a saúde na medida que assassinava os judeus. Na mesma linha, existem muitos relatos, na Psiquiatria Forense, sobre criminosos que não demonstravam nenhuma reação emocional quando sentenças duras lhes eram proferidas pelo juiz de direito no julgamento de seus delitos.

A causa da alexitimia tem trazido intensas preocupações para diversos pesquisadores por muito tempo, visto que o referido fenômeno pode ser considerado como fator de prognóstico de comportamento de risco para a saúde (Barros et al., 1996), assim como um problema de segurança pública, conforme os modelos de personalidades criminosas descritos por Sifneos (Ballone, 2000).

2.4 Modelo psicossomático de Sami-Ali

Sami-Ali (1971/1988-2001/2004; Rotbard, 2001/2004), psicanalista egípcio, é membro da Sociedade Psicanalítica de Paris, professor da Universidade de Paris VII, fundador e diretor do Centro Internacional de Psicossomática. Através de suas observações e experiência clínica, no decorrer de, aproximadamente, trinta anos de estudo, criou novos conceitos,⁴⁹ propondo um modelo multidimensional em psicossomática.

Segundo o autor (1987b/1995), a psicanálise seria considerada como o único quadro de referência consistente e com condições de fornecer uma teoria da psicossomática, embora seja necessária uma reflexão sobre os seus postulados. Mencionou que o psíquico e o somático, referindo-se ao modelo freudiano de somatização, estão restritos a uma dicotomia, o que indica a necessidade de serem redefinidos a partir de uma problemática mais ampla, composta por múltiplas relações complexas, além das noções clássicas de complacência somática e atual, enquanto núcleo do neurótico.

O modelo psicossomático de Sami-Ali (1987a/1992, 1987b/1995) toma o paradigma psicanalítico como ponto de partida e evolui para um padrão que não se encaixa nos moldes da nomeada Medicina Psicossomática, que, segundo ele, permaneceria como uma especialidade médica, especificamente no domínio de duas disciplinas: a Psicologia e a Medicina; sendo caracterizada por introduzir variáveis psicológicas no âmbito orgânico, ou seja, por colocar variáveis psíquicas às variáveis orgânicas, sem especificar a natureza das ligações entre elas. Ao contrário, para ele,

⁴⁹ O autor (1987a/1992a) salientou que esses novos conceitos seriam “hipóteses perfeitamente verificáveis e quantificáveis, suscetíveis de se abrirem à metodologia objectiva” (p.159).

não existiria o psíquico de um lado e o orgânico do outro, mas as variáveis consideradas orgânicas e as variáveis consideradas psíquicas simplesmente retratariam as duas maneiras de se discutir o problema da relação; tanto a questão do psíquico quanto a do orgânico se resumiriam no fator básico nomeado como relacional, mas não no sentido da relação de objeto usada na psicanálise, nem no sentido da relação definida por um sujeito e por um objeto (reduzível ao modelo linguístico), mas sim de algo relacionado a uma relação original existente antes do nascimento e depois do nascimento, mais especificamente, referente a uma relação existente desde a concepção. Essa relação é que permitiria encaixar os problemas psicossomáticos numa concepção diferente da teoria da relação de objeto, na medida em que postula um modo de funcionamento que não parte do sujeito e do objeto como dados psicológicos; o que existe primeiro é esta relação (sem sujeito e sem objeto), em que o sujeito e o objeto acontecem, posteriormente, em situações coordenadas pelos fatores biológico, relacional e fisiológico; e necessariamente pensadas segundo as dimensões do espaço e do tempo. Na sua concepção, os ritmos biológicos, os ritmos fisiológicos e os ritmos relacionais seriam aspectos básicos para a compreensão do que acontece no fenômeno relacional.

Para Sami-Ali (1987a/1992), o “ponto mais fraco da psicanálise de Freud e dos autores que o seguiram seria a extensão, a extrapolação teórica e especulativa, sem limites, dos modelos da psicopatologia aos fenômenos orgânicos, biológicos, históricos, sociais, etc...” (p. 158). Coloca ainda que seria uma ilusão pensar a possibilidade de chegar a uma compreensão de todos os “funcionamentos individuais, grupais, biológicos e históricos” (p. 158) partindo de um único parâmetro – a patologia freudiana. E que para chegar a uma compreensão dos fenômenos psicossomáticos, seria necessário livrar-se dessa ilusão.

O autor (1987b/1995) salientou que, “pensar o somático em relação com o psíquico” (p. 1), fora do campo da psicanálise, exige uma metodologia objetiva que se aplique a dados clínicos efetivamente circunscritos; e que esta metodologia deve correlacionar rigorosamente os dados psíquicos e os somáticos, tanto em termos descritivos (fora da caracterologia), quanto dinâmicos, “destacando os fatores inconscientes do conflito, um perfil psicológico.” (p. 2). Ele (2001/2004) mencionou que o modelo médico que tende a agrupar síndromes específicas em torno de um quadro nada específico foi o procedimento historicamente pioneiro e, em função de seu valor heurístico e sua eficiência para a verificação de hipóteses, continua servindo como orientador na pesquisa experimental no campo da Medicina Psicossomática. Complementou dizendo que a psicossomática não deveria “ser abordada sem ter limitado previamente um campo próprio a essa disciplina. Campo, por outro lado, caótico, mal balizado, dividido entre medicina e psicanálise e no qual, na falta de um pensamento coerente, todas as confusões teóricas parecem possíveis.” (p. 15).

Sami-Ali (1987b/1995) alertou para a proliferação dos perfis psicológicos como fator de risco na visualização de fatores de coerência entre o psíquico e o somático, bem como para o fato de que a ideia de especificidade não poderia ser mantida nos casos das patologias mistas e variabilidade sintomática (as quais são responsáveis pelas alterações no mesmo indivíduo de diversas somatizações), representando fatores impeditores na obtenção de uma visão de conjunto, o que resulta no distanciamento de uma visão teórica mais compreensiva.

Como tudo é relacional, a patologia orgânica não pode ser integrada num modelo histórico, nem no modelo da neurose atual e nem no modelo da psicose; o problema da patologia orgânica deve ser visto “globalmente a um funcionamento

regido em primeiro lugar pelos ritmos biológicos”, sendo que nesses ritmos há sempre “alternância entre dois estados fundamentais, o sonho e a vigília, que são regidos por qualquer coisa que se encontre além ou aquém do psíquico.” (Sami-Ali, 1987a/1992, p. 160).

O autor (1987a/1992) justificou que:

O sonho está, antes de tudo, ligado aos ritmos biológicos. (...) Trata-se de facto de um processo que se desencadeia independentemente do conteúdo psicológico e não só no plano humano. (...) Todo mundo sonha, até os mamíferos, creio que não podemos compreender o processo onírico sem integrarmos a sua dimensão biológica. A questão dos ritmos torna-se aqui um parâmetro essencial da realidade humana que integra os ritmos e possibilita o seu aprofundamento e compreensão. (p. 162).

O problema do corpo em função de uma oposição dialética entre o real e o imaginário, em superação ao dualismo psique-soma, enfocando a unidade psicossomática numa concepção constitutiva do homem, evidencia o papel do próprio corpo como poder original da projeção na gênese da representação (Sami-Ali, 1977/1993).

Projeção mediatizada pelo corpo próprio enquanto esquema de representação, cujo poder estruturante pode ser observado em qualquer terreno em que se formule a questão da origem da representação: do corpo, do objeto e das condições espaço-temporais do aparecimento destes. Assim, gradativamente, através de um questionamento que evita enclausurar-se em si mesmo, esboçam-se os contornos de uma epistemologia analítica que afirma que o sujeito é antes de mais nada uma unidade psicossomática. (...) Através do contato com uma realidade que se desvela progressivamente, o corpo e o

imaginário não constituem duas unidades, mas, sim, os extremos entre os quais oscila todo o funcionamento psicossomático. (Sami-Ali, 1977/1993, p. 11).

Sua teoria centra-se, por um lado, no estatuto teórico do corpo e, por outro, na questão fundamental da projeção, no que diz respeito ao imaginário, que, neste sentido, é quem determina positiva e negativamente todo o funcionamento psicossomático. Referiu-se ao imaginário enquanto função que se atualiza em oposição ao real, numa sequência ininterrupta de fenômenos, correspondentes ao sonho e seus equivalentes em estado de vigília; caracterizada por um tipo de funcionamento regido primariamente pelos ritmos biológicos (Sami-Ali, 1987a/1992).

Na definição do imaginário, Sami-Ali (1989) ressaltou o fato de este ser um conceito simultaneamente psicológico e biológico, destinado a criar o que se entende por saúde e doença. Considerou o imaginário no mesmo nível do sonho, ou seja, considerou-o o próprio sonho e seus equivalentes na vida de vigília. Ressaltou que o sonho é um processo traduzido por ritmo e marcado pela alternância do sono paradoxal e do sono lento, e que, ao mesmo tempo, é um funcionamento que desde sua origem prima o imaginário antes da emergência do real. Disse, também, que o imaginário não é redutível à representação por imagens, por ser a própria subjetividade, e assim é visto como um sinônimo de projeção; não num sentido de serem imagens cuja realidade é a de refletirem a realidade (essas são umas tantas variantes da atividade primordial do sonho ocorrida em outras circunstâncias que não as do sonho), mas sim de projetar-se uma subjetividade que se constitui, por meio do corpo, como esquema de representação, constituindo um espaço, um tempo e um objeto.

O autor (1971/1988, 1989); mencionou que o sonho não é somente o sonho noturno, e que esta simples constatação é suficiente para conceber a genealogia do imaginário, o que possibilita o acesso à unidade do funcionamento psicossomático, que não é a totalidade, na medida em que se atualiza em outras condições que não somente o sonho – a produção do sonho em busca de um equilíbrio entre consciente, pré-consciente e inconsciente, mas também através de variantes da atividade onírica, tais como: *o fantasma, a fantasia, o delírio, a alucinação, a ilusão, a crença, o jogo, a transferência, o comportamento mágico, etc.*

Sami-Ali (1987a/1992) acrescentou ainda que o sonho é uma criação da realidade e não uma realização do desejo como é visto por Freud, sendo que está ligado aos ritmos biológicos. Paralelamente a esses ritmos, ele considerou o espaço e o tempo como “duas dimensões fundamentais na compreensão da realidade humana” (p. 162), pois a organização desse espaço e tempo é parâmetro para “a análise e para a compreensão dos fenômenos psicossomáticos.” (p. 162).

Quando Sami-Ali (1987a/1992) apresentou a questão tempo e espaço, não a reduziu a formas simbólicas. Falou de um tempo e espaço ideais e da transposição de “espaço em tempo e deste tempo em espaço de representação, em relação com a projeção” (p. 162). É no sonho que ocorre a objetivação de um mundo e na criação de um mundo objetivo, que se torna subjetivo, uma vez que a “projeção é a alucinação (...), é o facto de criar um mundo que sou eu, e todos criam esse mundo.” (p. 163).

Sami-Ali (1992 in Coelho et al., 1996) considerou que o imaginário está instalado no psicossomático e que ele é uma função que se constitui; e que essa constituição é mediatizada pela relação precoce estabelecida entre a mãe e o seu bebê. Segundo ele, seria na relação precoce entre mãe e filho que se estrutura o

superego corporal, e por mais que a mãe assegure as funções corporais da criança faz de modo impessoal. E continua o autor,

a relação é reduzida a imperativos, o corpo a um *corpus* de regras. Regras de funcionamento impostas de fora, estranhas ao corpo, em dissonância com o seu ritmo, desconhecendo o seu movimento de dilatação e contração, passando por cima do prazer e do desprazer, fazendo sempre a efracção, não parando face a qualquer angústia, como se o corpo não tivesse limite – nem interioridade, nem exterioridade –, não tivesse existência própria. De forma que a mãe, ao deixar de estar em diapásão com a criança, constitui-se em *superego corporal*, substituindo a vivência subjectiva pelos esquemas mais banais, e as trocas relacionais por comportamentos sócio-culturais estereotipados. Não há, portanto, nem sujeito nem objecto, mas objecto único que é sujeito único, o qual não pode existir sem ser através da negação de si próprio. (pp. 43, 44).

Sendo assim, fica evidente a importância do papel da mãe (ou quem a representa), basicamente como um sincronizador dos ritmos, o que é considerado como fundamental na questão do sono e da vigília e na regulação térmica, ou seja, o ritmo biológico é decorrente da relação precoce mãe-bebê, sempre contando com a alternância entre os dois estados, o sono e a vigília; nessa mesma linha, as questões do espaço e do tempo são consideradas como dimensões fundamentais para a compreensão da realidade humana (Sami-Ali et al., 1992).

Chegamos ao ponto em que o autor (1987a/1992) falou na possível conexão entre essa organização da atividade do sonho, que deixou de fazer parte do funcionamento psíquico, e a doença orgânica. Nesses casos, entende-se que a atividade onírica determina o funcionamento, seja pelo fato de estar presente (como

na neurose), ou então de estar ausente, o que o autor chama de patologia de adaptação. A atividade onírica determinaria o funcionamento psíquico e, quando houvesse ausência desse funcionamento, apareceria a patologia da adaptação. Sendo assim, ficariam recalcados não só os conteúdos e sim toda uma função, algo que apaga o traço das emoções, tanto na expressão onírica como na expressão do afeto.

Sami-Ali (1989) postulou que os eixos de funcionamento patológicos estariam centrados em duas questões básicas: de um lado a função do imaginário⁵⁰ e do outro o recalçamento da função do imaginário. Para ele, o desenvolvimento desses dois conceitos possibilitaria uma aproximação ao que chamou de *o conjunto da patologia humana em sua dupla dependência do psíquico e do somático*.

Entra-se na questão do recalçamento do imaginário, na qual o autor (1980, 1987a/ 1992) definiu precisamente a engrenagem que coordena a aparente ausência de sistema relacional ao nível do aparelho psíquico, diferente do recalçamento postulado pelo modelo freudiano, no âmbito de um recalçamento, que tem sua problemática centrada na tentativa de compreensão da não comunicação entre os sonhos e a consciência vigil.

Mencionou, também, que, na espécie humana, o que é específico não é o sonho, mas sim o esquecimento no sonho, ou seja, o designado (pela referida teoria) por recalçamento, que, por sua vez, pode instalar-se precocemente no desenvolvimento do ser humano. A questão está posta não no fato de sonhar, pois todo mundo sonha, mas sim no fato de não recordar o sonho, ou melhor, no esquecimento do sonho. Para o autor, seria nessa passagem do sonho à memória do sonho que agiria a censura caracterial do recalçamento, a ponto de acontecer um

⁵⁰ Considerou a função do imaginário como a variável fundamental na doença, sendo esta definida entre o sonho e a vigília, permitindo a lembrança do que foi sonhado e assim a conservação da capacidade de imaginar (Rotbard, 2001/2004).

recalcamento completo da função do imaginário, que aconteceria na passagem do sonho à memória dos sonhos (Sami-Ali, 1989).

Nesse enfoque, a patologia da adaptação está vinculada a esta ausência de atividade onírica, favorecida pela integração num sistema de funcionamento sociocultural, situando-se no indivíduo, naquilo que o autor (1987a/1992) chama de *recalcamento da subjetividade*, bem como *subjetividade sem sujeito*.

Segundo ele (1977, 1971/1988, 1989), encontram-se pessoas que funcionam sem sonho e sem os seus equivalentes (o fantasma, o afeto, o jogo, a alucinação, o *transfert*, o delírio, a crença), e, conseqüentemente, apresentam uma incapacidade de compreender o que pode significar a vida psíquica, na qual todo conflito é visto como sendo de origem exterior, sem ficarem doentes organicamente; mas encontram-se também pessoas que se apresentam doentes organicamente, e é aí, então, que o autor alude ao fato de a doença orgânica não derivar somente do funcionamento, mas sim de a patologia definir-se através de situações conflituais, as quais apresentam, em algumas situações, particularidades lógicas. Em relação ao desencadeamento da doença, pode-se verificar, na maioria dos casos, que, além do componente genético, existe uma situação de impasse (que é o sinal de fechamento dentro de uma situação sem saída, atual ou passada, vivenciada na angústia e na depressão).

Para o autor (1989), a patologia então se definiria, juntamente com duas formas de conflitos: o conflito solúvel e o conflito insolúvel ou impasse; o que nos faz entender que a somatização não é causada tão-somente por fatores internos, na medida em que esses só se tornam determinantes em situações de impasse. Essa é uma situação conflitual em que não há solução, seja porque todas as soluções se encaixem umas nas outras repondo o mesmo problema, com um círculo vicioso, ou

pelo contrário, porque elas se anulam mutuamente, num tipo de contradição – o que justifica o fato de esta teoria preocupar-se em analisar a estrutura lógica fundamental que se articula com a questão da contradição.

Na medida em que a somatização não é decorrente somente de fatores internos, e que estes só se tornam determinantes em situação de impasse, parece coerente afirmar que a sua superação ou não é fortemente influenciada pelas possibilidades evolutivas do indivíduo, da significação que o sujeito dá a um determinado acontecimento (Rotbard, 2001/2004); o que, segundo Sami-Ali (1987a/1992), determinará o equilíbrio final entre caráter, neurose, psicose, doença e saúde. A partir daqui, pode-se compreender o elo com a patologia psicossomática.

Na teoria do impasse seria necessário considerar três possibilidades, das quais duas são do domínio da patologia. A primeira aborda o caso da situação de impasse ser posta em relação com a doença orgânica, pois não é raro haver uma situação de impasse subjacente a uma doença orgânica severa, suscetível ao trabalho terapêutico, o qual incidirá, nesta situação, na tentativa de estudar a sua gênese e criar condições para sua elaboração no sentido de resolução. A segunda possibilidade consiste no fato de que o impasse comporta uma contradição, e que a doença orgânica é o insucesso na sua *ultrapassagem*; observa-se que a *ultrapassagem* pode acontecer integrada numa organização psicótica (numa organização contraditória), de maneira que a psicose surge como forma de o superar, integrando-o num sistema que pensa o impensável. Se isso acontece, “o impasse e a sua elaboração deslocam a patologia do plano orgânico para o plano psíquico, do corpo real para o corpo imaginário.” E a terceira possibilidade ocorre no caso de o impasse ser ultrapassado, o que revela uma certa forma de criação, ligada ao sublime, constatada em alguns casos de pacientes que, ao invés de ficarem doentes mentalmente, acabam por integrar a contradição

numa forma de um *sobreinvestimento imaginário*, deslocado para atividades artísticas, como o fazem os pintores, poetas, músicos, etc. (Coelho et al., 1996, p. 42).

Na tentativa de explicar os fenômenos em toda a sua extensão, Sami-Ali (1987b/1995) distinguiu três modalidades de somatização: o figurado, o literal e o neutro, os quais, em relação ao imaginário, acontecem diferentemente cada vez, de uma maneira positiva ou negativa. Observa-se uma alteração na própria concepção da patologia, especificamente em relação ao imaginário enquanto função.

Três formas maiores são então isoladas:

1. Ao fracasso do recalque corresponde a patologia freudiana, na qual a somatização pertence exclusivamente ao figurado; isto é, conforme o modelo da histeria (em torno das neuroses), em que esse funcionamento é determinado pela somatização em torno de uma situação conflitual, estando em correlação positiva com a projeção, há uma somatização do corpo imaginário.

2. Ao sucesso do recalque corresponde a patologia da adaptação, em que predominam o literal e o neutro, ou seja, esse funcionamento, pelo contrário, é determinado pelo recalque completo da função do imaginário, em torno de uma situação de impasse, determinando uma patologia somática, orgânica, envolvendo o corpo real (que reenvia ao biológico), estando, assim, em correlação negativa com o imaginário, o que caracteriza um tipo de somatização que não possui um significado simbólico.

3. À oscilação entre recalque fracassado e recalque mantido corresponde uma patologia mista, na qual se alternam o figurado, o literal e o neutro, que seria a forma maior de patologia, em que a alternância entre o recalque conseguido e o recalque falhado manifesta-se como um problema do registro do imaginário e

de sua ausência numa situação circunscrita e transitória, o que caracterizaria uma posição mista relativamente ao imaginário, originando uma dinâmica somática que se apresenta de uma maneira mais específica e momentânea (Sami-Ali, 1987b/1995).

Sendo assim, no que se refere à patologia psicossomática, o imaginário recebe um papel de extremo destaque. Ele é visto como fator central no processo de somatização, bem como na elaboração dos diferentes funcionamentos da personalidade.

Entretanto, entende-se ser pertinente apresentar outros desenvolvimentos explicativos de autores que trazem valiosa colaboração para a área, tais como os relacionados no item abaixo.

2.5 Outras perspectivas teóricas

Winnicott (1949/1978, 1965/1993), em seus estudos na área, referiu-se ao termo *psique-soma* como sendo a unidade psicossomática que representa o indivíduo no seu primeiro ano de vida, anterior ao desenvolvimento da mente. Estabeleceu uma distinção entre *psique* e *mente*: a psique tem ligação com o soma e com o funcionamento corporal, ao passo que a mente depende da existência e do funcionamento de partes do cérebro que se desenvolvem depois (na filogênese), das partes relacionadas à psique primitiva. Ele afirmou que os aspectos da psique e do soma, que a pessoa em desenvolvimento possui, constituem um processo de interação, que é a fase inicial do desenvolvimento do indivíduo; e, em um estágio posterior, o corpo vivo (com seus limites e com interior e exterior) vai formando no indivíduo o núcleo do seu *self* imaginativo.

Winnicott (1965/1993), na sequência de seu pensamento, apontou para a existência de uma indiferenciação mente-corpo desde os primórdios da vida do indivíduo e afirmou que, posteriormente, com o desenvolvimento das capacidades perceptivas e das questões do ego, é que se daria o desenvolvimento mental, ou melhor, o desenvolvimento da mente humana. Esse argumento não estaria dissociado da ideia de Freud, quanto ao fato de que o ego, antes de tudo, seria um ego corporal.

O autor (1949/1978) salientou o papel da mãe como fator determinante no desenvolvimento da personalidade, explicando que certos tipos de fracasso materno produzem uma hiperatividade de funcionamento mental, pois o crescimento excessivo da função mental como reação a uma maternagem inconstante poderá acarretar uma oposição entre a mente e o psique-soma. Essa oposição possibilitará, em função desse estado anormal do meio ambiente, um pensamento com tendência a controlar e organizar os cuidados a serem dispensados ao psique-soma. A psique do indivíduo deixa-se atrair pela mente, afastando-se, assim, do estreito relacionamento que mantinha com o soma, resultando em uma patologia.

Pode-se concluir que Winnicott (1965/1993) considerou que a dissociação mente-corpo, característica da doença psicossomática, produz-se numa fase precoce; e que a doença no distúrbio psicossomático é a persistência de uma ou de múltiplas dissociações na organização do ego do paciente. Considerou esse estado patológico como uma organização defensiva atuante.

Dejours (1988) centrou o fundamento epistemológico da psicossomática na inter-relação entre corpo fisiológico e corpo erótico, *diálogo* indispensável, mesmo que normalmente conflituoso. Segundo ele, o corpo erótico, tendo emergido do corpo biológico através da chamada *subversão libidinal*, e dele mantendo-se dependente, torna-se capaz de influenciá-lo e até mesmo desequilibrá-lo, intervindo

exatamente ao nível da relação órgão-função; e suscita, como paradigma do dito equilíbrio, o encontro amoroso. Em função da natureza do que nessa situação está em questão, viabiliza compreender como pode constituir um momento propício ao desencadear de uma sintomatologia, física ou psíquica, ou impelir a uma fuga, tanto pela pobreza da sexualidade como pelo refúgio numa mecânica sexual em que o jogo está ausente.

A subversão libidinal referiu-se a algo cuja aquisição jamais estaria completa, obrigando a um confronto constante entre o corpo erótico e o corpo biológico. Nessa situação, não faria sentido separar a doença orgânica e a doença mental, pois se tratar-se-ia, em ambos os casos, de somatizações, correspondendo a uma somatização cerebral designada habitualmente por psicose. Nessa perspectiva, seria possível perceber que a escolha do órgão dependeria das vicissitudes da subversão libidinal e da construção do corpo erótico, instalado nas funções bio-endócrinas, motoras e cognitivas (Cardoso, 1995).

Rivière (1985/1991) considerou as divisões formais estabelecidas entre mente, corpo e mundo exterior (áreas 1-2-3), como áreas fenomenológicas ou dimensões da pessoa; e essa divisão é puramente formal, na medida em que tudo que acontece na mente, no corpo ou no mundo exterior está vinculado com as situações comuns a todas as áreas, pois tudo o que acontece numa determinada área é vivido pela totalidade do indivíduo. Para ele, “o esquema corporal seria a imagem tetradimensional que cada um de nós tem de si mesmo. Concebeu-o como uma estrutura social representando noções de espaço e tempo, e que rege muitos dos aspectos do vínculo com o outro.” (p. 127).

Nessa sua maneira fenomenológica de situar nas distintas áreas as diferentes categorias de objetos bons e de objetos maus, o autor (1985/1991) procurou, com

isso, conceber uma unidade totalitária em constante função que se expressa com uma conduta para fora, visível, chamada conduta objetiva, e uma conduta interna, que é a vida emocional através do corpo numa constante relação de objeto. Nesse esquema, o corpo é a área mais escotomizada pelo eu, porque os objetos aí projetados, o vínculo e a fantasia inconsciente, são menos reconhecidos.

Segundo o autor (1985/1991), a integração desse esquema faz-se em torno de um eixo pré-natal já estruturado, que ele chamou de proto-esquema corporal, associado com estímulos oriundos do período pré-natal.

Conforme a sua teoria da concepção unitária das neuroses, psicoses, caracteropatias e doenças psicossomáticas, Rivière (1985/1991) estabeleceu que a principal diferença existente entre elas é a área de expressão dos conflitos; seja na mente, na representação mental do corpo ou na representação mental do mundo exterior, compromete a totalidade da pessoa, embora com o predomínio de uma das estruturas. O vínculo com o objeto se estabelece com o psiquismo e se expressa através do corpo, bem como o pensamento manifesta-se através da mente, mas todo o organismo encontra-se envolvido na situação.

Segundo o autor (1985/1991),

a loucura está circunscrita no corpo ou numa parte dele; tem uma significação particular; o sintoma aparece numa determinada situação, com um vínculo específico e uma fantasia inconsciente particular. (...) Do ponto de vista disposicional, o órgão escolhido é aquele que, num momento determinado, se mostrou propenso a estabelecer uma defesa a partir dele (pp. 128, 131).

A razão pela qual os conflitos se apresentam na dimensão do corpo está intimamente relacionada com a história individual e com os fatores hereditários de cada pessoa em particular (Rivière, 1985/1991).

Entretanto, o modelo de McDougall (1989/1996) tentou desvendar as diferentes cenas sobre as quais o *eu* representa seus dramas ocultos, assim como os roteiros e personagens que constituem o repertório psíquico. Descreveu o *teatro neurótico*, o *teatro psicótico*, o *transicional*, o *narcísico* e aquele que chamou provisoriamente de *o psicossoma na cena psicanalítica*, com o objetivo de explorar os fenômenos psicossomáticos sob o ponto de vista psicanalítico.

McDougall (1983/1989, 1989/1996) enfatizou que a dor, como ponte que propicia a ligação entre o soma e a psique, continua a ser objeto de muitas interrogações por parte daqueles que se preocupam com o sofrimento humano. Mas, segundo a autora, nos estados psicossomáticos, o corpo não reage a uma ameaça psicológica de natureza fisiológica; não existe uma clivagem clara entre psique e soma; também não existe um esmagamento de estados afetivos diante das situações carregadas de emoções. Os indivíduos que reagem ao sofrimento psicológico através de manifestações psicossomáticas fazem-no quando as circunstâncias internas ou externas de cada um ultrapassam os limites psicológicos de resistência habituais.

As origens dos fenômenos psicossomáticos, segundo McDougall (1989/1996), com frequência enraízam-se na primeira infância, através do que Freud chamou de *forclusão*. Forclusão corresponde às ideias associadas a qualquer afeto conflituoso importante que não são recalçadas como nas neuroses, mas que são apagadas do campo da consciência a propósito dos estados psicóticos.

A autora (1989/1996) mencionou que trabalhos de especialistas sobre manifestações psicossomáticas da primeira infância, denunciam que pacientes adultos funcionam psiquicamente como bebês que, não podendo utilizar a palavra como veículo do pensamento, reagem psicossomaticamente a uma emoção dolorosa. Embora algumas mães falem bastante com seus bebês, as estruturas psíquicas mais

antigas da criança articulam-se em torno de significantes não-verbais, nos quais as funções corporais e as zonas erógenas desempenham um papel importante. Como exemplo, cita-se o bebê que foi bruscamente separado de sua mãe durante um longo tempo e, por consequência, apresentou-se com uma colite. Acredita-se que, quando um adulto em circunstâncias psíquicas similares fica doente somaticamente, é porque se está diante de uma forma arcaica de funcionamento mental que não utiliza a linguagem.

McDougall (1989/1996) mencionou, como a maioria de seus colegas, que os relatos de doenças físicas por parte dos pacientes tinham o mesmo sentido de quaisquer outras associações, como partes integrantes de uma mesma cadeia inconsciente de pensamentos e como base para outras preocupações pré-conscientes e inconscientes, como as fantasias de castração, etc. Segundo ela, de certa forma, confundem as mensagens vindas da imagem do corpo com as oriundas da percepção do soma.

Na verdade, percebi que só se descarrega na ação quando a sobrecarga afetiva e a dor mental ultrapassam a capacidade de absorção das defesas habituais. Ao invés de contermos nossas emoções e de refletir sobre elas para encontrarmos uma resposta adequada, somos levados a *fazer* alguma coisa: comer demais, beber demais, fumar demais, provocar uma briga com o namorado, destruir o automóvel (...) pegar uma gripe! Essas diferentes expressões-atraves-do-ato, cujo objetivo é *dispersar* o afeto tão depressa quanto possível, constituem freqüentemente a origem de tratamentos analíticos intermináveis. (McDougall, 1989/1996, p. 17).

Parece que os atos mais difíceis de serem captados, segundo McDougall (1989/1996), seriam os fenômenos psicossomáticos, e, em função disso, ela

questionou a respeito da distinção entre expressões psicossomáticas e expressões históricas. Para tal, a autora decidiu dar nome aos sintomas, com o propósito de melhor identificar seu significado inconsciente e fazer a distinção entre a imagem corporal e o funcionamento somático (imagem corporal diz respeito à imaginação, e funcionamento somático diz respeito ao real do corpo).

O corpo imaginário, na visão da autora (1989/1996), seria portador de uma significação puramente simbólica, que ofereceria uma dimensão histórica evidente. O sintoma histórico clássico manifesta-se através de uma disfunção corporal, quando uma das partes do corpo torna-se o suporte de uma significação simbólica inconsciente. Entretanto, a questão complica-se quando é preciso explicar perturbações físicas como a constipação, a dispepsia, a insônia, a esterilidade psicogênica, a impotência sexual e a frigidez.

Para McDougall (1989/1996),

esse tipo de “salto” da mente no corpo, (...) se revelava de natureza totalmente diferente da da histeria de defesa. No início, Freud (1894, 1895) recorreu ao conceito de “histeria de retenção” para descrever aquilo que distinguia tais distúrbios das conversões simbólicas “puras”. Entretanto, mais tarde, assimilou a histeria de retenção às outras histerias, baseando-se nos mecanismos fundamentais que lhe areceram comuns. (p. 18).

A autora (1989/1996), então, concluiu que os sintomas de retenção através dos quais o psiquismo empregava o corpo para traduzir as inibições das pulsões do id (todas ligadas às funções somáticas) eram nitidamente mais psicossomáticas em sua estrutura e não tinham o mesmo sentido que as somatizações por conversão. A metaforização do conflito pode ser do lado da descarga ou do lado da retenção.

Nessa mesma perspectiva, a tarefa do analista consiste, então, em distinguir as fantasias recalçadas daquelas que ainda serão construídas, uma vez que elas nunca entraram no código da linguagem, para depois poder decidir se um sintoma corresponde a uma problemática marcada por angústias neuróticas ou se é relativo a angústias psicóticas (McDougall, 1989/1996).

Conforme McDougall (1989/1996), apesar das diferenças evidentes, a psicossomatose está bastante próxima da psicose no que tange às angústias vinculadas ao seu aparecimento, no sentido de uma certa semelhança quanto à força dinâmica das fantasias primitivas, bem como aos recursos econômicos mobilizados para se defender dos temores arcaicos. O pensamento do psicótico assemelha-se a uma *inflação delirante*⁵¹ do uso da palavra para preencher o lugar de vazio aterrorizante. Por outro lado, o processo de pensamento dos que somatizam caracteriza-se pelo esvaziamento da palavra de sua significação afetiva e por uma sobrecarga no sistema corporal, como se o corpo enlouquecesse por se comportar de maneira delirante, hiperfuncionando ou inibindo as funções somáticas normais, reagindo de forma insensata no plano fisiológico.

Dentro desse âmbito, a autora (1983/1989, 1989/1996) incluiu como fenômenos psicossomáticos as predisposições aos acidentes corporais, as falhas do sistema imunológico, a adicção e, num sentido mais amplo, tudo aquilo que atinge a integridade física e em que os fatores psicológicos estão presentes. Os atos como perversão, alcoolismo, farmacodependência, somatizações, etc., de algum modo ocupam o lugar das palavras, constituindo uma forma de comunicação primitiva.

⁵¹ A autora baseia-se em Montgrain (1987). *Words and madness. Comunicação apresentada no 35º Congrès International de Psychanalyse*. Montréal.

Mesmo a angústia sendo, em nós, a fonte principal dos nossos sintomas, cada indivíduo *escolhe* o sintoma, enquanto tentativa de cura de si mesmo, de acordo com a sua possibilidade, ou melhor, a partir do seu modelo constitucional psicológico. Pois assim, diante de um mesmo conflito, os indivíduos reagem de forma distinta, podendo criar uma neurose, um delírio, uma perversão ou uma doença psicossomática (McDougall, 1989/1996).

No que se refere às afecções psicossomáticas, parece provável que determinados modos de funcionamento mental adquiridos nos primeiros meses de vida podem predispor mais às eclosões psicossomáticas do que às soluções neuróticas, psicóticas ou perversas. (McDougall, 1989/1996, p. 23).

Para distinguir entre a *histeria neurótica* e *histeria arcaica*, McDougall (1989/1996) afirmou: a histeria neurótica é construída a partir de laços verbais, e a histeria arcaica é construída com base em laços somatopsíquicos pré-verbais, buscando preservar não só a sexualidade do indivíduo, mas o seu corpo inteiro. Todos os seres humanos, mais cedo ou mais tarde, acabam somatizando em alguma situação que ultrapasse os limites de suas capacidades internas.

Na sua prática, McDougall (1989/1996) observou a probabilidade de evitar fenômenos psicossomáticos quando existisse uma organização neurótica que servisse como *escudo*⁵² contra a somatização. A maneira de funcionamento dos adictos é um bom exemplo.

Afirmou, também, que o ser humano desde muito cedo, ainda enquanto latente, adquire o sentimento de identidade subjetiva, o que o torna uma pessoa distinta das demais, isto é, estabelece-se como uma unidade individual e indivisível.

⁵² A autora baseia-se em Engel, G. (1961). Anxiety and depression withdrawal: The primary affects of unpleasure. *International Journal of Psychoanalysis*, 43, 89-97.

Seria possível “dizer que a vida psíquica começa com uma experiência de fusão que leva à fantasia de que existe apenas um corpo e um psiquismo para duas pessoas”, ou seja, nessa fase, para o bebê, a mãe não é um objeto distinto e sim algo como o seu ambiente total, onde ele representa apenas uma parcela. O prolongamento imaginário dessa vivência, além de reger o funcionamento somatopsíquico, parece representar um papel de extrema importância na vida psíquica do bebê. A mãe representa um papel fundamental, pois se a relação mãe-filho é satisfatória, a diferenciação progressiva necessária na estruturação psíquica da criança (entre seu próprio corpo e a representação inicial do mundo externo, que é o corpo materno) acontece adequadamente e, assim, o que é psíquico vai-se diferenciando gradativamente, na mente da criança, daquilo que é somático. Esse processo de *dessomatização*⁵³ do psiquismo, que acontece lentamente, é acompanhado de uma busca psíquica dupla, entre fundir-se completamente com a mãe-universo e, ao mesmo tempo, ser diferenciado dela. Se este processo não for contrariado (pela mãe), o bebê será capaz, empregando os processos psicológicos de incorporação, introjeção e identificação, de estabelecer os fundamentos necessários para a constituição do seu *self*. É a partir desse momento do desenvolvimento infantil que a linguagem passa a substituir as formas primitivas de comunicação corporal, na medida em que, em parte, substitui o contato corporal de comunicação com a mãe pela linguagem e pela comunicação simbólica (McDougall, 1989/1996, p. 33).

Segundo a autora (1989/1996), o fracasso nesse processo poderá alterar a capacidade da criança de integrar e reconhecer o seu corpo, o seu pensamento e o seu afeto como seus, comprometendo, assim, o seu desenvolvimento psicológico. Estudando diversas consequências desses fracassos na idade adulta, McDougall

⁵³ Termo utilizado pela autora.

deixou bem claro que esse desejo arcaico de fundir-se na mãe-universo é naturalmente parte integrante do psiquismo humano e não gera necessariamente um destino patológico. Ela acredita que os modelos conceituais para explicar os processos primitivos de funcionamento mental e suas defesas não são suficientes para compreender como a vida psíquica se organiza em seus primórdios, bem como não são suficientes para explicar de que forma o psiquismo e o soma se diferenciam, embora permaneçam ligados.

O “fantasma primordial em todo ser humano pretende ser um com a mãe-universo da primeira infância.” E, “se seu protótipo biológico origina-se na vida intra-uterina, onde o corpo materno deve realmente prover as necessidades vitais de dois seres, a sua prolongação imaginária no recém-nascido vai reger o seu funcionamento psicossomático.” (McDougall, 1986/2002, p. 9).

Em seus estudos sobre pensamento operatório e alexitimia, McDougall (1983/1989) declarou que essas defesas arcaicas são decorrentes de situações traumáticas precoces, em proteção a estados emocionais primários, originários de traumas psíquicos ocorridos na primeira infância, especificamente na relação mãe-filho; o indivíduo, então, dentro desse contexto, passa a estabelecer um diálogo de surdos entre a psique e o soma, ou melhor, a ser um doente psicossomático.

Segundo Thompson (1988/1992), o bebê humano nasce com um repertório de respostas afetivas inatas, que são expressas através da alteração da musculatura facial, tônus corporal geral, respostas autonômicas e vocalizações primitivas, tais como: reações de surpresa/susto, interesse/excitação, satisfação/alegria, angústia, desespero/desgosto, medo, vergonha e irritação. Essas respostas afetivas inatas são medidas por centros subcorticais e não são aprendidas por imitação, e, quando expressas pela criança, servem como sinais para que a mãe a assista, estabelecendo

assim um padrão de comunicação entre a mãe e o bebê, que é a base para o seu desenvolvimento, aplicação da linguagem simbólica para classificar e comunicar os sentimentos verbalmente; isso possivelmente influirá na capacidade posterior do indivíduo de classificar e comunicar estados afetivos, e de relacioná-los a acontecimentos de sua vida.

O autor (1988/1992) mencionou que, na infância, experiências com sentimentos de angústia e medo são experimentadas e expressas, a princípio, somaticamente, e, através das reações dos pais (da qualidade da assistência dos pais) em fazer a leitura dessa angústia, a criança vai adquirindo condições para se desenvolver. Se na sua formação a criança não obtiver a capacidade de verbalizar a angústia emocional, poderá apresentar uma fixação num nível predominantemente somático de experiência, conceituação e comunicação dos afetos, o que acarretará uma propensão a adoecer usando o corpo, através das queixas físicas para expressar dificuldade emocional.

Kaplan et al. (1994/1997) sugeriram que este tipo de transtorno está ligado a deficiências na área da cognição e atenção que poderiam resultar em uma falsa percepção da informação somatossensorial; e que o transtorno de somatização está relacionado com o nível socioeconômico, tendendo a ocorrer com mais frequência em pessoas de baixa renda, com baixa escolaridade e com uma situação profissional insatisfatória.

Segundo Barros (1995), “o transtorno de somatização é uma tendência de experimentar e comunicar perturbações somáticas em resposta a sobrecargas psicossociais que podem ser compreendidas como sendo um mecanismo de defesa ou expressão de impulsos.” (p. 74). Na sua opinião, o que leva o indivíduo a utilizar-se de sintomas físicos como expressão emocional somente identifica fatores

predisponentes, talvez distantes de uma desejada especificidade causal, como determinados grupos étnicos e culturais que são estimulados à utilização da linguagem corporal para a expressão de sentimentos e emoções, tendo, assim, uma predisposição a desenvolver o transtorno.

O autor (1995) mencionou que a busca da causalidade dentro do âmbito causa-efeito perdeu o seu espaço para a questão da simbolização (significado ou sentido da doença), que é inconsciente, e é o símbolo que representa o objeto ausente. Assim, para ilustrar melhor essa dificuldade em mentalizar, fantasiar e simbolizar, reportou-se ao conceito de *holding*, que, segundo Winnicott (1971/1975), é a capacidade da mãe de servir como continente do seu bebê, oferecendo-lhe condições para que ele possa internalizá-la por inteiro e, assim, tornando-o capaz de unir o objeto real e o imaginário, bem como, de mais tarde, incorporar a figura do pai. É neste momento do processo de formação da personalidade que o bebê utiliza o corpo para se comunicar com a mãe, pois é através do corpo que ele expressa o prazer, o desprazer, a gratificação (por serem atendidas as suas necessidades básicas) e a frustração. Alguns estudos sugerem uma base neuropsicológica na etiologia do transtorno de somatização.

Barros (1994) ressaltou que essas defesas arcaicas de alexitimia e de pensamento operatório, visualizadas nos pacientes psicossomáticos, podem também ser encontradas em pacientes com estados de regressão neurótica, depressão mascarada, dor psicogênica, na velhice e em população de nível socioeconômico baixo.

Sendo assim, diante da extensão do conteúdo apresentado neste capítulo, observou-se a necessidade de reunir o apanhado teórico em forma de síntese, conforme exposto na Tabela 2.

TABELA 2

Síntese da psicossomática

| | |
|-------------------------|---|
| Referências históricas | <ul style="list-style-type: none"> ▶O inter-relacionamento mente e corpo é considerado desde a Antiguidade. ▶Heinroth introduziu os termos psicossomático (1818) e somatopsíquico (1828) ▶Cannon (1911) (efeitos fisiológico das emoções) e Selye (Síndrome geral da adaptação e teoria do <i>stress</i>). ▶Fase científica: após Freud, Groddeck, Abraham, Deustsch e Simmel. ▶Franz Alexander (décadas 40/50): teoria da especificidade (stress↔ distúrbio orgânico) e Dunbar: transtorno psíquico↔tipo de distúrbio orgânico. ▶Marty e Sami-Ali (décadas 60/70): fenômeno do stress↔adoecer humano↔viver do mundo moderno. |
| Abordagens e concepções | <ul style="list-style-type: none"> ▶Psicanálise: Freud – componente somático do sintoma psíquico. ▶Escola americana: Alexander e Dunbar – transtorno psicossomático - estados de tensão crônica, relativa à expressão inadequada de determinadas vivências, que seriam derivadas para o corpo. ▶Escola de Paris: Marty, David, Fain e M’Uzan – conceitos de pensamento operatório, depressão essencial, desorganização progressiva, entre outros. ▶Escola de Boston: Sifneos – conceito de alexitimia. |

Continua

Síntese da psicossomática

| | |
|--|---|
| <p>Modelo psicossomático de Sami-Ali</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Modelo multidimensional: psique e soma no âmbito relacional – biológico psicológico e sociocultural. ▶ Cria os conceitos de: função do imaginário e recalçamento da função do imaginário. |
| <p>Outras perspectivas teóricas</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Winnicott: doença psicossomática como uma dissociação mente-corpo. ▶ Dejours: fundamento epistemológico da psicossomática na inter-relação corpo físico e corpo erótico. ▶ Pichón-Riviére: cria a teoria da concepção unitária. ▶ McDougall: psicossomatose – esvaziamento da palavra de sua significação afetiva; forma de comunicação primitiva. ▶ Thompson: atribuiu ao bebê um repertório inato de respostas afetivas usadas para expressar necessidade de assistência. ▶ Kaplan e Sadock: relação entre o transtorno psicossomático e o nível socioeconômico. ▶ Barros: ampliou o universo dos indivíduos alexitímicos até então restrito a pacientes psicossomáticos. |

3 Vinculação

Somos moldados e remoldados por aqueles que nos amaram e, embora o amor possa passar, somos no entanto obra dele, para o bem e para o mal.

François Mauriac

3.1 Referências históricas

O progresso da ciência, em relação à compreensão do processo pelo qual a criança se torna um adulto com características de personalidade própria, é uma preocupação constante das áreas da saúde mental desde o início do século XX, o que gerou diversas posturas teóricas e conseqüentes divergências.

A corrente psicanalítica de Freud e seus colaboradores, nessa mesma época, introduziu a compreensão de que a vida emocional infantil fornecia as bases para a vida emocional adulta.

Em sua teoria sobre a formação do psiquismo humano, Freud (1905d/1974h) valorizava o instinto sexual como fator decisivo no desejo, e os conflitos edípicos como fonte dos conflitos neuróticos. Para o autor, o primeiro objeto de amor da criança é o seio materno e, mais tarde, acaba reconhecendo o significado da relação duradoura do filho com a mãe, atribuindo-lhe um fundamento filogenético – mesmo mantendo a visão psicanalítica clássica e que essa relação se estabelece de modo secundário às satisfações instintuais.

Klein (1932/1975) desenvolveu conceitos psicanalíticos no sentido de aprofundar o entendimento sobre os sentimentos de amor e ódio, da ambivalência, do

instinto de morte, da agressividade e das fantasias infantis, como tendo um peso fundamental na estruturação mental da criança.

Freud (1936/1986), em contraste às ideias de Melanie Klein, priorizou a questão da adaptação da criança e do adulto ao mundo exterior, valorizando a força do ego para conter impulsos; o que resultou numa intensa polêmica teórica, ocasionando uma divisão na Sociedade Psicanalítica Inglesa, entre os adeptos das duas diferentes correntes de pensamento.

Nesse contexto, John Bowlby surge como um dos primeiros psiquiatras a trabalhar na área de estudo e orientação infantil, após ter concluído sua formação analítica na Sociedade Psicanalítica Inglesa (Oliveira, 2004).

Naquela época, Bowlby desafiou os princípios fundamentais da psicanálise ortodoxa, de forma direta e clara. Estava contra a natureza fechada dos círculos psicanalíticos de então, discordava de muitos dos conceitos reconhecidos e da linguagem usada pela psicanálise. Raramente interpretava o material clínico em termos edípicos, o que talvez explique o fato de não ter sido reconhecido pela comunidade psicanalítica internacional durante a maior parte de sua vida profissional. Além disso, atribuía muito valor à exploração do passado do paciente, o que muitos psicanalistas veem com maus olhos devido à teoria kleiniana do *aqui e agora* (Marrone, 2001).

Na década de 20, Bowlby, através de uma experiência clínica vivida numa instituição onde trabalhava com crianças consideradas desadaptadas, passou a interessar-se pela influência familiar no desenvolvimento humano. Vinte anos mais tarde, enfatizou o estudo sobre a privação materna no desenvolvimento da personalidade e no comportamento da criança, juntamente com James Robertson.

Nessa mesma época, Reneé Spitz e Anna Freud também se dedicaram a estudos nessa área (Soares, 1996).

Até os anos 50, a natureza e a origem dos vínculos afetivos entre indivíduos desenvolviam-se “porque um indivíduo descobre que, para satisfazer certos impulsos, como por exemplo de alimentação na infância e de sexo na vida adulta, é necessário um outro ser humano.” Logo, os instintos estavam classificados em grupos primário e secundário, o primário referindo-se àqueles associados com as necessidades básicas, e o secundário, àqueles relacionados à dependência e outras relações pessoais (Bowlby, 1982/2001, p. 169).

Nessa perspectiva,

primeiro existe a criança, com as necessidades ou instintos, depois existe a mãe, que lhe satisfará as necessidades e assegurará o seu bem estar. Secundariamente, a criança descobre que a fonte, ou o meio de satisfação dos instintos é o outro – a mãe. Assim se estabelecerá uma relação entre a criança e a mãe (Pinto, 1982, p. 51).

A teoria das relações objetais, originada da escola húngara de psicanálise e de Ferenczi, nega o conceito de narcisismo primário e defende a ideia de que o bebê estabelece relações com a mãe ainda muito cedo, tendo essas ideias influenciado as escolas da Grã-Bretanha e dos Estados Unidos – as quais parecem ter maior compatibilidade com a abordagem etológica, aprimorada por teóricos como Fairbairn, Klein, Balint e Winnicott (Ainsworth, 1969). Tendo partido dessa tradição psicanalítica, Bowlby (1958) se opunha à visão de que as relações interpessoais são aquisições secundárias e formula, então, visões mais congruentes com os conhecimentos da biologia.

Desafiando assim a Freud e a Klein em temas fundamentais, Bowlby (1988/1989) afirmou que o apego é uma motivação primária e independente da alimentação e da sexualidade.

“Em 1951, Bowlby toma conhecimento das investigações de Lorenz com patinhos e gansos pequenos, e os encontros com Julian Huxley levam-no a interessar-se pelos princípios da etologia” (Soares, 1996, p. 28).

Em 1956, Bowlby (in Bowlby, 1973a/1998a, 1973b/1998b) desenvolveu um trabalho com a finalidade de examinar de forma mais aprofundada as implicações teóricas de como a criança pequena reage frente à perda temporária da mãe. Conforme as teorias e observações realizadas, a compreensão da resposta de uma criança à separação ou perda da figura materna gira em torno de uma compreensão do vínculo que a liga a essa figura.

Em 1958, Harlow escreveu o artigo *The Nature of Love*, no qual se refere à independência da relação mãe-bebê face à alimentação, e Bowlby, em 1958, publicou o artigo *A Natureza da Ligação com a Mãe*, no qual enfatizou que a relação mãe-filho passe a ser chamada de *attachment*.⁵⁴ Através dessa obra, Bowlby tentou encadear as visões psicanalíticas com os dados etológicos, o que, para muitos, era a intenção de Freud. Além da psicanálise e da etologia, sua obra é marcada por influências da teoria da evolução, da teoria do desenvolvimento cognitivo e da teoria geral dos sistemas.

O trabalho desenvolvido por Harlow (1958) com animais foi bastante importante para a teoria do apego. Demonstrou, em sua pesquisa, que os macacos mantidos isolados desde o nascimento não formavam apegos, mostravam-se

⁵⁴ Significando afeto específico de um indivíduo com o outro (Bowlby, 1958; Ainsworth, 1969).

retraídos, incapazes de se relacionar com os companheiros e de se acasalar, não sendo capazes também de cuidar de seus próprios filhos. Esse achado foi de extrema valia para o estudo de vinculação, pois permitiu a conclusão de que, diante das privações relacionais, os macacos bebês buscam, além do alimento oferecido pela *mãe de arame*, o contato físico oferecido pela mãe de pelúcia. Posteriormente, Harlow (1958) e Bowlby (1958) contestaram a ideia anterior de que as relações iniciais eram apenas medidas pela necessidade primária de alimentação reforçando, assim, a ideia de alguns etólogos.

Os etologistas demonstraram, inicialmente em pássaros, a presença de um período crítico, logo após o nascimento, em que o recém-nascido estampa em um objeto móvel, que produza sons. Esse vínculo faz com que ele sinta uma conduta de acompanhamento. Apesar de sua indubitável importância, no entanto, a estampagem (*imprinting*)⁵⁵ não foi demonstrada conclusivamente no homem ou em outros primatas (Kaplan et al., 1994/1997).

Ao observar animais em condições naturais, os etólogos defenderam que as necessidades fisiológicas não podem, por si sós, produzir os sistemas primários de comportamento, visto terem verificado a presença de atitudes mais ou menos independentes dessas exigências e tendo como objetivos a função social de assegurar a integração e a cooperação entre grupos de iguais. Esses comportamentos, por não serem apreendidos, sugeriam uma base biológica. O resultado desses estudos gerou questionamentos sobre como esse processo acontecia em seres humanos, sofrendo, nesse caso, uma forte influência da possibilidade de existir um comportamento

⁵⁵ *Imprinting* reporta-se “a um comportamento instintivo marcado pelo: (a) desenvolvimento de uma preferência claramente definida que se instala precocemente e durante uma fase limitada do ciclo de vida ou período crítico; (b) preferência que, uma vez estabelecida, tende a se fixar.” (Golse, 1985/1998, p. 30).

estável, assim como os instintos, que não têm apenas a finalidade de satisfazer as necessidades fisiológicas (Pinto, 1982).

Bateson, Harlow, Moltz, Ratner, Salzen, Schappi, Sluckin, Thorpe, entre outros, estudaram a gênese das ligações infantis em espécies animais, acreditando que as experiências no início desse processo desempenham um papel determinante nas etapas ulteriores do desenvolvimento, sendo a ontogênese organizada pela relação mãe-filho (Sá & Cunha, 1996).

Zazzo (1972) reiterou os experimentos de Harlow, defendendo a vinculação mãe-filho não apenas como resultado de uma aprendizagem, mas sim como uma necessidade primária, inerente à natureza humana e de outros mamíferos.

Eibl-Eibesfeldt (1973/1977) pressupunha a existência de mecanismos desencadeadores inatos ao referir-se ao estudo da vinculação, havendo uma cadeia de comportamentos programados filogeneticamente para a recepção e assimilação de estímulos que favoreceriam o desenvolvimento do vínculo. Em seus estudos, nos quais fazia a observação do contato das mães com os bebês, não encontrou nenhum grupo étnico em que elas não abraçassem, acariciassem e beijassem seus filhos.

Na década de 60, Bowlby organizou um grupo de investigação empírica sobre esse comportamento, juntamente com pesquisadores de orientação teórica diferente, dentre os quais, David Hamburg e Hanus Papousek. “Nos anos 70, em John Hopkins University e, posteriormente, em Virginia, Mary Ainsworth lidera um grupo de investigadores que virão a tornar-se notáveis no desenvolvimento de pesquisas sobre a vinculação: Inge Bretherton, Jude Cassidy (...)”, entre outros (Soares, 1996, p. 29).

Na década de 70, Bowlby (1973a/1998a) publicou o último livro da trilogia Apego, Perda e Separação, no qual apresenta o desenvolvimento de toda teoria da

vinculação, introduzindo de forma mais clara o seu conceito e propõe a rejeição da expressão *dependência emocional*, utilizada na época. Ao contrário da dependência, que suscita imaturidade, a vinculação possibilitaria o desenvolvimento da capacidade de estar só.⁵⁶ Foi a partir desse período que seus trabalhos passaram a ser mencionados nos meios psicanalíticos.

Miermont (1993/1996) acreditava que cada espécie possui seus potenciais e rituais específicos, que tornam mais fácil o desenvolvimento da vinculação, podendo, porém, ser distorcidos por situações como agressão da mãe, experiências traumatizantes dela e contextos em que a relação mãe-bebê é perturbada.

Bowlby (1969/1990) estudou o apego das crianças às mães, concluindo que um processo de separação precoce causa sérios prejuízos no desenvolvimento intelectual e emocional da criança, que desenvolve o comportamento de apego durante o primeiro ano de vida através do contato físico com a mãe.

Em relação à importância designada ao papel da mãe no cenário do desenvolvimento emocional infantil, no passado algumas feministas entendiam que, implicitamente, Bowlby sustentava a ideia de que as mulheres são mães por natureza e, como outros teóricos psicanalíticos, parecia responsabilizá-las por todos os transtornos emocionais de seu filho (Marrone, 2001).

Entretanto, essa crítica difere da totalidade de sua teoria, e as modernas investigações sobre o apego ainda dão importância ao estudo da mulher em seu contexto, bem como do pai e de outras figuras (Marrone, 2001).

⁵⁶ “a noção da ‘capacidade de estar só’, que Winnicott fundamenta no paradoxo de se engendrar na experiência infantil de ‘estar só na presença da mãe.’” Contudo, “a capacidade de estar só permite um espaço interno no qual o sujeito é simultaneamente espectador e agente, porque pode conservar um bom objecto interno introjectado, ultrapassadas que foram as angústias persecutórias e depressivas que estiveram na sua origem.” Sendo assim, “decorre do paradoxo da experiência vivida ‘de estar só na presença de alguém.’” (Soares, 1996, p. 120).

3.2 Enquadramento conceitual

Na literatura, *apego* e *vinculação*,⁵⁷ eventualmente, aparecem como conceitos diferentes – apego, em geral, é definido como laço afetivo formado entre duas pessoas, unindo-as no espaço e persistindo através do tempo, a partir de competências filogenéticas, presentes desde o nascimento; refere-se à ligação da criança para com a mãe. A vinculação envolve uma ligação seletiva, que se mantém mesmo na ausência da pessoa com quem se está unido. Em geral o termo *vinculação* refere-se aos sentimentos da mãe com relação a seu bebê (Kaplan et al., 1994/1997).

Rivière (1980/1995) definiu *vínculo* como uma estrutura dinâmica em contínuo movimento, incluindo tanto o sujeito quanto o objeto, e apresentando características consideradas normais e alterações outras tidas como patológicas. Afirmou, ainda, que o vínculo é formado constantemente e estabelecido pela totalidade do indivíduo.

Na definição de Bion (s.d. in Sá, 1996b) o *vínculo* é considerado “como emoções básicas –, retomando a função organizadora materna das emoções do bebê num registro muito próximo das perspectivas transicionais de Winnicott (a que chamou de ‘função reverie’).” (p. 83). (ver p. 97).

Kaplan et al. (1994/1997) definiram *apego* como tom emocional existente entre a criança em desenvolvimento e o seu responsável. Através de uma atitude de aconchego, ela deseja aproximar-se mais do cuidador, demonstrando, em seu primeiro mês de vida, esse comportamento, a fim de ficar mais próximo da pessoa a quem se sente vinculada.

⁵⁷ Ao longo deste trabalho os termos serão considerados sinônimos e utilizados indistintamente.

Bowlby (1969/1990) definiu *vinculação* como qualquer forma de comportamento no qual uma pessoa consegue manter a proximidade com algum outro indivíduo, considerado mais apto para lidar com o mundo. O reconhecimento de uma figura de apego⁵⁸ que esteja disponível e que possa lhe oferecer respostas, desencadeia um sentimento de segurança significativo, que faz com que a pessoa sintase encorajada e valorizada, a ponto de dar continuidade na relação. Ao se observar o bebê, tem-se a impressão de que ele foi pré-programado para responder, aprender e tornar-se apegado àquela pessoa que atende às suas demandas, sendo esta, geralmente, a figura materna. O comportamento da vinculação em bebês humanos, apesar de ocorrer de forma mais lenta, assemelha-se à vinculação dos mamíferos não humanos.

O autor (1969/1990) estabeleceu uma diferença entre *vinculação* e *comportamento de vinculação*.⁵⁹ A *vinculação* reporta uma disposição de busca de contato com uma pessoa significativa – o que é fundamental para um desenvolvimento saudável –, e transcorre ao longo da vida do indivíduo. Quando a vinculação encontra-se estabelecida, tende a persistir e a ser duradoura. Já o *comportamento de vinculação* é compreendido como uma das mais variadas formas de comportamento, em que as pessoas procuram, de tempos em tempos, manter uma proximidade a fim de reforçar o contato.

Bowlby (1982/2001) afirmava que os tipos de vínculos que são formados diferem de uma espécie para outra, sendo os mais conhecidos aqueles que existem

⁵⁸ Pessoa pela qual a criança estabelece relação afetiva intensa (Bowlby, 1969/1990).

⁵⁹ Nessa perspectiva teórica, o comportamento de vinculação tem bases biológicas, as quais só podem ser entendidas através de um processo evolucionista da espécie humana, visto tratar-se de um comportamento instintivo e não herdado. “O que é herdado é um potencial para desenvolver sistemas comportamentais, cuja natureza e forma podem diferir dentro de certos limites, de acordo com os diversos meios em que se processa o desenvolvimento.” (Amorim, 1999, p. 35).

entre pais e filhos, e entre adultos de sexos opostos. Disse que a vinculação afetiva era consequência do comportamento social de cada indivíduo, frente a outro indivíduo com que está se relacionando, propiciando a oportunidade para reconhecer indivíduos.

Segundo o autor (1969/1990), as respostas instintivas sobre as quais o apego é construído dividem-se em dois grupos: no primeiro, as que asseguram a proximidade – subir, seguir com o olhar, sugar; e, no segundo, os sinais da criança para a mãe, com o objetivo de que esta se torne um par ativo em manter a proximidade – chorar e sorrir.

Para Bowlby (1969/1990), o comportamento de apego é considerado uma classe de comportamento social com valor congruente aos comportamentos de acasalamento e do parental. Para ele, os próprios sistemas comportamentais do bebê se desenvolvem como um resultado da relação e da interação estabelecida com o meio ambiente e, especialmente, com o nível de qualidade da interação estabelecida com a mãe. Para ele, o apego ocorre quando é estabelecido um relacionamento íntimo, terno e contínuo, proporcionando prazer e satisfação para ambos. Num determinado momento do desenvolvimento dos sistemas comportamentais responsáveis pelo apego, a proximidade com a mãe acaba se convertendo numa meta fixa.

O autor (1969/1990) sustentava a ideia de que a alimentação e o alimento são secundários ao desenvolvimento dos sistemas comportamentais que visam ao apego. Concluiu que o ser humano depende de um vínculo para se desenvolver, e que o bebê, além das necessidades fisiológicas, necessita de um objeto, a mãe ou seu substituto, para apegar-se e sentir-se seguro. Salientou, ainda, a importância de diferenciar-se o conceito de *apego* e o de *dependência*. Ao nascer, a criança está

dependente da mãe porque precisa de sua ajuda para sobreviver, mas ainda não está apegada a ela. A palavra *dependência* refere-se ao “grau em que um indivíduo se apoia e confia em outro para a sua existência e, portanto, possui uma referência funcional; ao passo que apego, como é aqui usado, refere-se a uma forma de comportamento e é puramente descritiva.” (p. 244). Sendo assim, “a dependência é máxima no nascimento e diminui de modo mais ou menos uniforme até ser atingida a maturidade” (p. 244).

Sears (1972) referiu que o apego, por ser visto como um sistema comportamental, muito pouco pode ser relacionado com a dependência, visto ser concebida como sendo a expressão de um impulso.

Segundo Pinto (1982), as relações e o desenvolvimento se dão de forma geral e interativa, existindo uma predisposição por parte do bebê e da mãe, tendo, como princípio básico, a reciprocidade, a qual mais tarde irá permitir a existência de confiança nas interações com os outros.

Matos (1986) mencionou que a vinculação ocorre na esfera de uma capacidade de procura de relação por parte da criança, que espera encontrar na mãe a capacidade de resposta relacional adequada.

Na opinião de Main (2001), a criança seleciona sua figura de apego principal a partir das interações sociais contingentes, em que os vínculos surgem tanto como um produto de interações satisfatórias ou não.

3.3 Modelo teórico de John Bowlby

Com a obra de Bowlby (1958, 1988/1989, 1969/1990, 1973a/1998a, 1973b/1998b, 1982/2001,), o estudo da vinculação recebeu contribuições decisivas

para a elaboração de uma teoria sobre a dimensão relacional da vida humana, no seu estabelecimento, desenvolvimento e rompimento de vínculos afetivos.

Ao criar a teoria do apego, Bowlby (1969/1990) tinha a intenção de criar um novo conceito de conduta pulsional, segundo o qual a necessidade de formar e manter relações de apego fosse percebida como uma necessidade primária,⁶⁰ podendo ser diferenciada da necessidade de alimentação e da necessidade sexual.

Em relação ao modelo freudiano, a teoria de Bowlby difere em três aspectos: o apego para Freud era secundário em relação às gratificações orais e libidinais e para Bowlby era primário e com status próprio; Freud acreditava que a criança encontra-se em estado de narcisismo primário fechada aos estímulos do mundo externo, enquanto que Bowlby concebia o indivíduo ativamente comprometido desde o início, a um contexto intersubjetivo; em Freud, a conduta pulsional era ativada por uma carga de energia que, uma vez incrementada até certo nível, necessitava de descarga, enquanto na visão de Bowlby a conduta pulsional era ativada tanto por condições internas como externas (Marrone, 2001).

Numa exploração crítica, Marrone (2001) acredita na existência de alguns pontos em disputa sobre essa teoria. Ao contrário de Freud, Bowlby colocou a sexualidade em um plano secundário, dando ênfase ao apego, traçando uma separação significativa entre ambos. O *apego* e a *sexualidade* não são fenômenos claramente diferenciados no desenvolvimento humano. Para Bowlby, a sexualidade da criança surgiria no contexto do vínculo de apego, estando, assim, fundamentalmente relacionados e completando-se entre si.

⁶⁰ O significado do apego não poderia ser resumido apenas a uma pulsão secundária (Bowlby, 1969/1990).

Outro ponto em disputa se refere ao valor da fantasia. Na análise de Marroni (2001), Bowlby rechaça a ideia Kleiniana de que a fantasia surge de fantasias internas, vendo-a então como uma forma de tentar dar um significado à experiência e uma modalidade de elaboração a fim de defender uma autoestima fraca. Segundo ele, o que Bowlby destaca é o profundo impacto que as fantasias dos pais podem ter sobre os filhos, existindo as intergeracionais – inclusive as pobremente articuladas – que podem afetar as várias gerações de indivíduos.

No modelo teórico de Bowlby (1969/1990), a vinculação mãe-bebê origina-se de sistemas de comportamento característicos da espécie, parcialmente independentes uns dos outros e que, em diferentes momentos, tornam-se organizados em relação à mãe (objeto principal), compondo-se uma ligação mútua. Esses sistemas de comportamento dividem-se em três categorias a fim de manter a proximidade da mãe: de orientação (visão e som); de sinalização (choro, sorriso, balbúcio) e de execução (gesticular, seguir e agarrar). Esses comportamentos são ativados à medida que a mãe se distancia do bebê e rescinde o que seria a distância ideal.

Para o autor (1969/1990), no primeiro ano de vida⁶¹ o bebê estabelece uma relação privilegiada com uma determinada figura, usualmente a mãe, mas ocorrendo, em princípio, com a pessoa cuidadora (não importando se essa figura é a mãe verdadeira). Essa relação se dá de maneira interativa, na qual o bebê solicita cuidado e atenção, para que as suas necessidades de segurança e proteção sejam supridas, e o adulto esteja disponível para atender a demanda exigida. Os constantes cuidados oferecidos pelo adulto farão com que a criança sinta-se segura frente a situações de

⁶¹ Como o ritmo de desenvolvimento varia para cada criança, não é possível concluir com precisão sobre o progresso que ela apresenta no seu primeiro ano de vida (Bowlby, 1969/1990).

ameaça. O desenvolvimento desse sentimento de segurança é que permitirá a exploração do mundo externo, necessária para uma adaptação adequada ao meio ambiente. Nos casos em que esses sentimentos de segurança não se desenvolvem, por haver separação ou falta da figura de vinculação, a criança poderá ficar ansiosa e apresentar dificuldades de adaptação às exigências do meio.

Bowlby é considerado um dos pioneiros a reportar essa reciprocidade e a compreender esse comportamento como um processo de interação mãe-bebê. Segundo ele (1969/1990), o padrão de interação acontece de forma gradual e se desenvolve entre o bebê e a mãe, só podendo ser entendido através da contribuição de cada um e da maneira como cada um influencia no comportamento do outro.

3.3.1 Teoria do comportamento instintivo

A proposta apresentada por Bowlby (1969/1990) está centrada na teoria do comportamento instintivo e propõe que o vínculo que a criança estabelece com a sua mãe é o resultado da atividade de um certo número de sistemas comportamentais que têm a proximidade com a mãe como resposta previsível.

Bowlby (1969/1990) referia que o comportamento, mesmo dos animais mais simples, é bastante complexo, variando de modo sistemático de uma espécie para outra e de forma sistemática entre indivíduos da mesma espécie. Referiu também que o comportamento de um adulto é diferente do seu comportamento quando jovem e difere também de estação para estação, de dia para dia, e de minuto para minuto. No entanto, muitas são as formas de regularidade de comportamento, sendo que algumas delas são tão notáveis e desempenham um papel tão significativo na sobrevivência do indivíduo e da espécie que ganharam a designação de instintivas.

O comportamento descrito como instintivo é ambientalmente estável, ou, ao menos, é estável enquanto o meio ambiente estiver dentro dos limites em que a espécie usualmente vive. No entanto, questiona-se se no homem existe qualquer comportamento que possa ser descrito de forma razoável como instintivo, pois o comportamento humano é infinitamente variável; difere de cultura para cultura, sendo que nada pode ser encontrado que se assemelhe aos padrões estáveis e previsíveis das espécies inferiores. Apesar de o comportamento do homem ser muito variável, não é, de forma alguma, infinito, e, apesar das diferenças culturais serem grandes, também é possível observar características comuns. É importante destacar que em todas as espécies superiores, e não apenas no homem, o comportamento instintivo não é percebido como um movimento estereotipado, mas sim como um desempenho idiossincrásico de um determinado indivíduo em um determinado ambiente, desempenhando um padrão reconhecível e que, na maioria dos casos, leva a algum resultado previsível e benéfico para o indivíduo ou a espécie (Bowlby, 1969/1990).

O comportamento chamado tradicionalmente como instintivo apresenta quatro características importantes (Bowlby, 1969/1990):

- a) obedece a um padrão reconhecivelmente similar e previsível em quase todos os membros de uma espécie (ou todos os membros de um sexo);
- b) não é uma resposta simples a um único estímulo mas uma sequência comportamental que usualmente segue um curso previsível;
- c) algumas de suas consequências usuais são de óbvio valor como contribuição para a preservação de um indivíduo ou a continuidade de uma espécie;

d) muitos exemplos de tal comportamento desenvolvem-se mesmo quando todas as oportunidades comuns de aprendizagem são exíguas ou estão ausentes. (pp. 40, 41).

As causas de qualquer comportamento instintivo estão relacionadas aos fatores que ativam o sistema comportamental específico, sendo que a função desse comportamento deriva da estrutura do sistema, que, quando entra em ação no seu meio ambiente de adaptabilidade evolutiva, promove uma consequência que favorece a sobrevivência (Bowlby, 1969/1990).

Segundo Bowlby (1969/1990), os animais já nascem com um desenvolvimento suficientemente avançado, que os possibilita se locomoverem livremente em poucas horas. Dependendo da espécie, observa-se que, na medida em que a mãe se afasta em alguma direção, seu filhote a segue. Porém, em outras, incluindo os carnívoros, roedores e o próprio homem, o desenvolvimento do recém-nascido é bem menos avançado. Semanas ou até mesmo meses podem passar antes que o jovem adquira condições de mobilidade, mas, no momento em que a adquire, desenvolve o mesmo comportamento de manter-se perto da mãe. Existem ocasiões em que o jovem animal se extravia; nesses casos, então, a mãe é que se comporta de forma a restabelecer a proximidade.

O comportamento descrito anteriormente caracteriza-se por dois pontos. O primeiro é a manutenção da proximidade com um outro animal e seu restabelecimento quando ela diminui; o segundo é a especificidade do animal. Comumente poucas horas depois de haver chocado os ovos ou dar à luz as suas crias, a mãe, e geralmente o pai também, conseguem distinguir seus filhotes de outros e passam a desenvolver um comportamento parental só com eles; os filhotes também não demoram muito em distinguir seus pais de todos os demais adultos, passando a

comportarem-se de uma forma especial em relação a eles. Assim, os pais e os filhos apresentam um comportamento diferente daquele em relação a todos os outros animais. Dessa forma, pode-se ver que os comportamentos diferenciados são a regra nas relações pais-filhos de aves e mamíferos (Bowlby, 1969/1990).

Na maioria das espécies, os jovens demonstram mais de um tipo de comportamento que os faz aproximarem-se da mãe. Como por exemplo, o chamado vocal de um jovem atrai a mãe para junto dele, e os movimentos locomotores o levam para perto dela. Ambos os tipos de comportamento, bem como outros, têm o mesmo objetivo, ou seja, a proximidade. É útil poder contar com uma expressão geral que abranja a todos, e, para esse fim, é usada *comportamento de apego* (Bowlby, 1969/1990).

3.3.2 *Comportamento de apego*

Segundo Bowlby (1969/1990), o *comportamento de apego* “foi definido como a busca e a manutenção da proximidade de um outro indivíduo” (p. 209), sendo visto como algo que ocorre quando certos sistemas comportamentais são ativados. Esses sistemas desenvolvem-se nos bebês como resultado da sua interação com o meio ambiente e, principalmente, com a figura da mãe, que está inserida nesse meio. O comportamento dos pais, que é recíproco ao comportamento de apego dos filhos, é chamado de *comportamento de cuidar*. O comportamento de apego também é um comportamento de cuidar e, normalmente, é dirigido inicialmente para a mãe, a não ser que exista um acidente no desenvolvimento.

O ser humano nasce muito imaturo e tem um desenvolvimento lento, não havendo outra espécie que demore tanto a desenvolver o comportamento de apego

como ele. Esse talvez seja o motivo que dificulte o reconhecimento do comportamento da criança em relação à mãe como pertencente à mesma categoria geral do comportamento que se observa em tantas espécies animais. Outro motivo que pode ser levado em consideração é que somente nas últimas duas décadas o comportamento de apego em animais passou a ser objeto de estudo sistemático e, independente dos motivos, o que pode ser observado é que o vínculo que liga a criança à mãe é a versão humana desse comportamento, comumente encontrado em muitas outras espécies de animais (Bowlby, 1969/1990).

Uma das características do comportamento de apego que chama atenção é a própria criança tomar a iniciativa de procurar uma interação, dirigindo-o para figuras que são amadas e saudadas com alegria quando chegam. A criança, quando está na presença⁶² da figura principal de apego, ou quando esta se encontra ao seu alcance, sente-se segura e tranquila, mas, no momento em que se sente ameaçada de perdê-la, sentimentos de ansiedade e tristeza lhe tomam conta, podendo despertar cólera (Bowlby, 1969/1990).

Assim como nos bebês de outras espécies, o ser humano, desde o princípio de seu desenvolvimento, apresenta um conjunto de respostas instintivas que, na medida em que o tempo vai passando, vão amadurecendo, com vistas a obter os cuidados parentais suficientes para suprir a sua sobrevivência e lhes oferecer condições de estabelecer o vínculo afetivo (Bowlby, 1969/1990).

Bowlby (1982/2001) afirmou, ainda, que o tipo e a qualidade de experiências vivenciadas pelo indivíduo nas primeiras relações vinculares, assim como as

⁶² Para Bowlby (1973a/1998a), falar-se em presença e ausência da figura materna pode-se causar um mal-entendido, por isso destaca a importância de definir com clareza estes dois termos. Presença significa ter acesso imediato, e ausência significa inexistência de acesso. Refere ainda que, ao usar as palavras separação e perda em sua teoria, estas indicam sempre que a figura de apego do indivíduo não é acessível: temporariamente quando se refere à separação, e permanente nos casos de perda.

competências que estas atingem, são fatores determinantes na manutenção da proximidade e comunicação com os novos objetos de vinculação. Os apegos múltiplos só ocorrem em crianças fortemente apegadas a uma pessoa que cumpra a função materna. Não existindo essa pessoa, a criança irá apresentar entraves para desenvolver outros vínculos.

3.3.3 Desenvolvimento do comportamento de apego

Recorrendo ao modelo de Ainsworth, Bowlby (1969/1990) mencionou que, a partir dos dois meses em diante, pelo menos, e no decorrer do primeiro ano de vida, os bebês se mostram mais passivos e receptivos e também mais ativos na busca de interação.

Muitos bebês, aos três meses de idade, já respondem à mãe de forma diferente em comparação com outras pessoas. Ao vê-la, sorrirá e a seguirá com os olhos por um período maior do que quando vê outras pessoas, mostrando-nos que já possui a discriminação perceptual. Mesmo assim, é difícil poder afirmar que o comportamento de apego já esteja instalado se não houver como provar que, além de o bebê reconhecer a mãe, também procura ter um comportamento que possa manter a proximidade com ela (Bowlby, 1969/1990).

Baseado em Ainsworth, Bowlby (1969/1990) aludiu a possibilidade do comportamento de apego estar claramente presente no bebê por volta dos seis meses de idade, manifestando-se não apenas pelo choro quando a mãe o deixa sozinho, mas também pelo sorriso quando ela retorna, agitação dos braços e gorjeios de prazer. Na medida em que o bebê vai se desenvolvendo, o comportamento de apego parece ir crescendo e ficando mais consolidado.

Segundo Bowlby (1969/1990), o desenvolvimento emocional normalmente se processa nos primeiros meses de vida do bebê, sendo identificáveis comportamentos de ligação já por volta dos 7-8 meses. Para o autor, o processo de separação da mãe antes desse período não gera manifestações de protestos por parte do bebê, que ainda aceita figuras substitutas. Após, então, é que passa a apresentar ansiedade ao ver-se frente a pessoas estranhas, visto já existir um relacionamento emocional importante entre ele e a figura materna (ou cuidador), tendo sido internalizado o laço mãe-filho.

A partir do segundo ano de vida, a criança passa a locomover-se, ficando bastante claro o comportamento de apego. Nessa fase, o sistema comportamental já está bem desenvolvido e ativado, principalmente por parte da mãe ou por algo assustador. Os estímulos que mais efetivamente finalizam os sistemas são o som, a visão e o contato materno (Bowlby, 1969/1990).

A maioria das crianças exibe o comportamento de apego, de maneira vigorosa e regular, até o final do terceiro ano, quando passam a aceitar com maior facilidade a ausência da mãe, envolvendo-se em brincadeiras com outras crianças, tornando-se capazes de adaptarem-se a lugares estranhos (Bowlby, 1969/1990).

Apesar de, após o terceiro ano, apresentarem um comportamento de apego menos urgente e frequente do que antes, este ainda constitui uma parte significativa da atitude infantil. Observa-se, nos primeiros anos escolares, que ainda persiste esse comportamento que a criança tinha aos quatro anos de idade, segurando-se na mão do professor, como fazia com os pais. Se algo de errado acontece ao brincarem, correm para os pais ou seus substitutos, a fim de encontrarem a segurança. No próprio período de latência, o comportamento de apego continua se fazendo presente em sua vida (Bowlby, 1969/1990).

Somente a partir da adolescência é que o comportamento de apego começa a sofrer alterações, pois o indivíduo passa a ver os demais adultos como tão importantes quanto seus pais, e a atração sexual pelos companheiros da mesma idade e sexo oposto começa a ampliar o quadro. Nesse período é possível observar: aqueles que se desligam totalmente dos pais; os que se mantêm intensamente apegados aos pais, sendo incapazes de dirigir seu comportamento de apego à outra pessoa e aqueles que mantêm o apego aos pais, mas o vínculo com outras pessoas também é importante (Bowlby, 1969/1990).

No decorrer da adolescência e da vida adulta várias são as mudanças que acontecem, inclusive em relação às figuras para quem o comportamento de apego é dirigido (Bowlby, 1969/1990).

O desenvolvimento desse comportamento em seres humanos foi resumido por Bowlby (1969/1990) em oito itens:

- 1) Em bebês humanos, respostas sociais de todos os tipos são eliciadas no início por uma vasta gama de estímulos e, mais tarde, por uma gama muito mais limitada, que ficará confinada, após alguns meses, a estímulos provenientes de um número restrito de indivíduos.
- 2) Há provas de uma acentuada tendência para responder socialmente a certos tipos de estímulos e a outros não.
- 3) Quanto mais experiência de interação social um bebê tiver com uma pessoa, mais forte se tornará o apego a essa pessoa.
- 4) O fato de que aprender a discriminar diferentes rostos segue-se comumente a períodos de atenta observação visual e escuta sugere que a aprendizagem por exposição pode desempenhar um importante papel.

- 5) Na maioria dos bebês, o comportamento de apego dirigido a uma figura preferida desenvolve-se durante o primeiro ano de vida. Parece provável a existência de um período sensível nesse ano, durante o qual esse comportamento se desenvolve mais prontamente.
- 6) É improvável que qualquer fase sensível comece antes das seis semanas e pode ser que ocorra algumas semanas mais tarde.
- 7) Após seis meses, aproximadamente, e de um modo mais acentuado após oito ou nove meses, é maior a probabilidade de que os bebês reajam a figuras estranhas com respostas de medo, e também mais provável que reajam com respostas mais vigorosas do que quando eram mais jovens. Por causa da frequência e força de tais reações, o desenvolvimento do apego a uma nova figura torna-se cada vez mais difícil no final do primeiro ano de vida e subsequente.
- 8) Desde que uma criança tenha ficado fortemente apegada a uma determinada figura, ela tende a preferi-la a todas as outras, e tal preferência tende a persistir apesar da separação. (pp. 238, 239).

3.4 Desenvolvimento da vinculação

3.4.1 Aspectos da gravidez, parto e puerpério

É importante destacar, no desenvolvimento da vinculação, os aspectos emocionais relacionados à gravidez, parto e puerpério, visto serem fases bastante representativas na saúde mental do bebê, influenciando no desenvolvimento das relações familiares (Bowlby, 1973a/1998a).

“O período de gestação é crítico para a saúde do feto e do futuro bebê.” Nesse período, a gestante “encontra-se em meio a um turbilhão de emoções”. Está alegre por estar conseguindo satisfazer seus instintos maternos, mas, em contrapartida, preocupa-se com a proximidade do parto e reativa os medos de ser mutilada e morrer. É nessa fase que a gestante adquire a consciência da responsabilidade de ser mãe (Zimmermann, Zimmermann, Zimmermann, Tatsch, & Bassols, 2001, p. 33).

Durante a gravidez, a mãe identifica-se cada vez mais com o filho, associando-o a um objeto interno, que lhe desperta alguns elementos persecutórios. O bebê também ocupa outros espaços na fantasia inconsciente da mãe, mas acredita-se que o traço predominante na mãe seja a vontade e a capacidade de desviar o interesse do seu próprio *self* para o bebê, manifestando, assim, a sua primeira preocupação materna (Winnicott, 1965/1993).

O bebê começa a comunicar-se no período em que ainda se encontra no útero materno, através de ritmos, pontapés, ou através de um sintoma obstétrico, fazendo com que a mãe já o conheça, mesmo antes de nascer. A relação estabelecida entre eles, no período gestacional, não se trata apenas de uma relação biológica, mas sim de uma relação na qual se condensam repercussões emocionais, com ritmos próprios, porém com assimetrias relacionais que dão espaço para medo, angústia, sonhos e perplexidades (Biscaia & Sá, 1996).

A vinculação peri-natal está relacionada com as ocorrências interagentes no trabalho de parto, desde o momento da dor, até o contato direto pele-a-pele mãe-bebê. A partir daí, os processos vinculativos peri-natais podem ser fatores determinantes para uma boa vinculação ou não (Sá, 1996b).

A vinculação pós-natal é bem mais relevante quanto aos níveis de complexidade do sistema nervoso, pois apelam para a função essencial das interações precoces na organização neurobiológica do tecido nervoso e no metabolismo mental (Sá, 1996b).

O processo de amamentação é o elemento que estabelece e organiza a evolução afetiva normal da relação mãe-bebê, mas se a mãe se mostrar inadequada afetivamente, poderá esta relação ser prejudicada, devido à fragilidade constitucional da criança⁶³ (Bowlby, 1969/1990).

Deutsch (1951 in Zimmermann et al., 2001) defendia a ideia de que durante o período de lactação “um cordão umbilical psíquico liga o seio da mãe à boca do bebê,” e, a partir daí, instala-se “o conflito entre as tendências egoístas e altruístas da maternidade” (p. 37), que irá determinar se a amamentação poderá ou não ser realizada.

No período do puerpério, a mãe pode regredir e repetir, em seu comportamento materno, suas experiências infantis, o que irá influenciar para uma compreensão do recém-nascido e no estabelecimento dos vínculos com ele (Zimmermann, et al., 2001).

3.4.2 Aspectos relacionais

Os construtos e as teorias pessoais se dão como resultado da constante integração pessoal, no decorrer do desenvolvimento, das vivências, representações,

⁶³ A qualidade do vínculo estabelecido nesta relação afetiva mãe bebê não depende apenas das características de personalidade da mãe, mas também daquelas trazidas pelo bebê já ao nascer (Rappaport, 1981).

normas, valores e estratégias de ação do indivíduo, bem como das variações cognitivas, afetivas e sociais que colaboram para a construção dessas teorias. São construídas pelo próprio sujeito, com o propósito de lhe ajudar a avaliar, compreender e explicar o seu funcionamento numa determinada situação, e também para orientar, organizar e implementar sua ação (Fonataine & Faria, 1989 in Soares, 1996).

Segundo Sá (1996b), a necessidade de não separar a realidade do bebê, da mãe, permite observar que um feto emociona-se, reage, comunica-se, ficando essas experiências emocionais guardadas dentro de si, manifestando-se, posteriormente, através de um conjunto de sinais que lhe permitem interagir com a realidade, organizando um pensamento que, inicialmente, parece ser apenas feito de um estado de espírito.

Os bebês manifestam a sua capacidade de discriminação e, através das relações fora do útero, retomam os ritmos relacionais que tinham na vida uterina. Pode-se aprovar isso quando se observa que alguns nenês só conseguem ser amamentados quando, entre o olhar deles e o da mãe, é colocada uma fralda, ou quando o aleitamento acontece no escuro. Isso revela que nessas situações o bebê não é uma tábua rasa, mas, ao contrário, mostra de forma precoce a sua competência relacional (Sá, 1996b).

A mãe, antes de ser um objeto interno, é um esquema mental, pois é ela que dá condições, através de um processo filogenético, da criança estabelecer relações. Antes de o bebê organizar uma representação mental, já existe uma proto-representação de forma mais elaborada dos esquemas mentais, o que se assemelha à tolerância inata à frustração de que Bion falava (Sá, 1996b).

Inicialmente, a mãe pode envolver-se com o seu bebê de maneira integral,⁶⁴ chegando a funcionar como um *ego auxiliar*. Isso promove um sentimento de segurança, permitindo-lhe construir uma representação mental de si mesmo e dos outros (Zavaschi, Costa, & Brunstein, 2001).

Apesar de o bebê ser visto como um sujeito passivo, dependente, desde o momento em que nasce apresenta características físicas e comportamentais direcionadas a atividades de outras pessoas. Demonstra que, apesar de sua fragilidade, ele é um sujeito ativo desde o momento do nascimento.⁶⁵ O nascimento do bebê causa algumas alterações na família, pois tem que haver uma adaptação emocional e comportamental, baseada nas características de personalidade dos adultos, das outras crianças existentes no grupo familiar e também daquelas já presentes no bebê (Rappaport, 1981).

O pensamento dos bebês representa um mundo mais ou menos enigmático para as mães, principalmente quando percebem, através do olhar, que existe alguém intuitivo e atento. Porém, diferentes modelos e estratégias clínicas foram surgindo com diferentes entendimentos sobre uma mesma experiência. De um lado a curiosidade empática das mães ao *adivinharem os bebês* – o que lhes permite ver e entender a presença de uma realidade mental –; e de outro a ausência macroscópica de manifestações que pudessem ser avaliadas clinicamente, não permitindo uma compreensão da vida mental dos bebês para além da “clivagem entre a sua existência cerebral e da realidade emocional.” Logo, era aceita a ideia de que fetos e bebês eram *tábuas rasas* sem competência relacional e de discriminação, permanecendo

⁶⁴ Os comportamentos do bebê estão tão intimamente ligados à relação materna, a ponto de dizer que “isso a que chamamos bebês não existe” (Stern, s.d. in Sá, 1996a, p. 56).

⁶⁵ Ferenczi (s.d. in Sá, 1996c) considerou o nascimento como “um verdadeiro triunfo exemplar para toda vida” (p. 8).

dúvidas em volta de sua vida emocional e das repercussões desta a nível mental (Sá, 1996b, p. 82).

Ninguém nasce com a capacidade de regular suas próprias reações emocionais. As crianças variam seus estados emocionais de momento a momento, necessitando serem assistidas pelo cuidador. A ativação neurovegetativa na presença dele evita uma desorganização que possa afetar a sua capacidade de enfrentar uma situação ansiogênica, pois o cuidador estará ali para restabelecer o equilíbrio perdido. Nos casos em que o descontrole emocional prevalece, a criança irá buscar a proximidade do cuidador com a esperança de ser acalmado, reencontrando a homeostasia. As experiências vividas pela criança com o seu cuidador são incorporadas em seus sistemas de representação (Fonagy, 1999).

O processo de desenvolvimento da vinculação se forma através das relações estabelecidas entre o bebê e os seus pais, através de percepções fortes como a fome e o desconforto; a saciedade e o prazer; de sentimentos de frustração e ódio e de amor e gratidão, de sentimentos de abandono e desamparo alternados com o conforto e a sensação de segurança. Porém isso só acontece se um dos pais estiver presente, interagindo com o bebê (Zavaschi et al., 2001).

Lewis e Wolkmar (1990/1993), baseados na teoria de Bowlby, destacaram as condições necessárias para o desenvolvimento da vinculação. Entre elas, a suficiente interação com a mãe; a capacidade do bebê para discriminar a figura de apego; e a capacidade do bebê em começar a notar que a outra pessoa tem existência permanente e independente, mesmo estando fora de sua percepção. Para que fortes vínculos se formem são necessários: interação do bebê com a figura materna, havendo um certo grau de intensidade, sensibilidade e receptividade; que a figura materna reconheça e atenda de forma espontânea e regular as necessidades que a

criança sinaliza; e um pequeno número de pessoas que atendam o bebê. Quando a criança contribui de forma significativa, apresentando sinais e mostrando suas necessidades e, quando tudo isso ocorre num período sensitivo, é que se dá, no início da vida do bebê (nos dois primeiros anos), a formação de tais vínculos.

Winnicott (1965/1993) postulou que o bebê começa a vida num estado de desintegração, com experiências desconectadas e difusas, e que a mãe oferece relacionamentos que lhe possibilitam o surgimento do *self* incipiente. A mãe mostra-se continente às suas necessidades, oferecendo-lhe um ambiente acolhedor e seguro, permitindo que ele sintasse acolhido e acarinhado.

A mãe não precisa se mostrar perfeita, mas deve oferecer à criança uma *maternagem* suficientemente boa, pois, assim, fornecerá ao bebê condições de desenvolver um *self verdadeiro* (Winnicott, 1965/1993).

Existe algo na mãe de um bebê que a torna capaz de proteger seu filho no primeiro ano de vida – *fase de vulnerabilidade* –, colaborando de maneira positiva com as necessidades da criança (Winnicott, 1965/1993).

Winnicott (1965/1993) afirmou que, ao nascer, o indivíduo sintoniza-se com a interação social e interpessoal, expressando com certa rapidez uma resposta ao meio. Apresenta uma capacidade para formar um relacionamento especial com os progenitores.

Segundo Bleichmar (1999), o que impulsiona o apego⁶⁶ são os distintos sistemas emocionais que mobilizam o psiquismo, visto que o objeto de apego é

⁶⁶ O apego se realiza com um objeto de autoconservação, com um objeto de narcisismo, com um objeto de sexualidade, com um objeto de regulação das necessidades psicobiológicas. Alguns sujeitos não buscam o objeto como meio de proteção, nem como uma gratificação sexual, nem como um regulador psicobiológico e nem como um equilíbrio da auto-estima. A necessidade que tem é de sentir-se no mesmo espaço que o outro, sentir que há um encontro de mentes. Consequentemente, assim como a psicanálise descreveu um objeto de sexualidade, de autoconservação, um objeto de narcisismo e de regulação psicobiológica, é importante reconhecer um objeto de intimidade (Bleichmar, 1999).

aquele que permite obter um sentimento de segurança e autoconservação. Pode ser aquele que contribui na regulação psíquica do sujeito, a diminuir sua angústia; a organizar sua mente; prover um sentimento de vitalidade e de entusiasmo. O sentimento de desvitalização, de vazio, de aborrecimento frente à ausência do objeto de apego faz com que a criança o busque compulsivamente.

Rappaport (1981) mencionou que, por meio das interações sociais e afetivas do bebê com as pessoas do seu meio, destaca-se a relação estabelecida do bebê com a mãe, visto esta lhe ajudar a desenvolver uma confiança básica no mundo e em si mesmo. Esta confiança se forma através da incorporação que a criança faz do afeto e do amor que a mãe lhe transmite, introjetando em seu interior o sentimento de que o mundo é um lugar bom.

O comportamento do bebê serve para controlar o comportamento da mãe, que irá regular o comportamento do filho (Kaplan et al., 1994/1997). A mãe que consegue transmitir segurança para o bebê e atender as suas necessidades terá uma criança calma, sorridente e tranquila. O mesmo já não acontece com a criança que tem uma mãe com capacidade de abnegação limitada, visto manter-se mais afastada do filho, fazendo com que o início de sua vida seja inadequado (Winnicott, 1965/1993).

Segundo Spitz (s.d. in Sá, 1996b), a função da presença materna é vital desde o período da maturação mental e, quando interrompida essa relação, pode levar o bebê a desenvolver um quadro depressivo invasivo e brutal – depressão anaclítica – caracterizado por uma posição patognomônica, podendo evoluir para um estágio de marasmo e mesmo chegar à morte.

A separação da figura materna conduz à tristeza, à raiva e à angústia nas crianças com mais de dois anos de idade, assim como a reações comparáveis,

embora não tão diferenciadas, nas crianças com menos de dois anos. Portanto, a separação da figura materna é uma variável-chave na determinação do estado emocional e do comportamento infantil (Bowlby, 1973a/1998a).

A criança que consegue estabelecer uma boa relação com a mãe e tem o apoio de seu ego apresentará mais facilidade de organizar suas defesas, conseguindo desenvolver padrões pessoais fortes. O mesmo não acontece com as crianças com uma estrutura egóica fraca, que acabam se mostrando mais regressivas, não conseguindo desenvolver uma trilha pessoal, passando, então, o desenvolvimento a ser uma sucessão de reações e colapsos ambientais com urgências internas e fatores genéticos. Bebês bem cuidados conseguem se estabelecer como pessoas de maneira bem rápida, ao passo que os bebês que recebem apoio egóico inadequado ou patológico tendem a desenvolver os padrões de comportamento que lhe foram apresentados (Winnicott, 1965/1993).

Spitz (1975/1979) registrou o grande retardo evolutivo que acompanha a rejeição ou a negligência materna. Observou que as crianças que estão institucionalizadas, onde a taxa de funcionários é inadequada ou existe uma rotatividade entre eles, apresentam um retardo no desenvolvimento, mesmo que tenham cuidados físicos adequados. Enquanto que crianças adotadas, ou mesmo colocadas numa instituição mais bem estruturada, apresentam um desenvolvimento rápido.⁶⁷

Através de estudo longitudinal, Fonagy, Steele, Moran, Steele, e Higgitt (1991) observaram que tanto os pais como as mães que obtiveram pontuações altas na avaliação de capacidade reflexiva apresentaram uma chance 3 ou 4 vezes maior

⁶⁷ Marrone (2001) refere que uma criança pode ser segura com os pais, ou seguro com um e inseguro com o outro, ou até mesmo inseguro com ambos. Podendo ocorrer também que a criança sintá-se segura com uma figura secundária de apego.

de ter filhos com apego tipo seguro que aqueles pais cuja capacidade reflexiva era pobre. Logo, tanto a capacidade reflexiva do pai quanto a da mãe têm importante influência sobre o desenvolvimento de apego seguro no filho.

3.4.3 Fases do desenvolvimento da vinculação

Numa visão cognitivista sobre os sistemas de representação, Johnson-Laird (1985 in Soares, 1996) defende a ideia de que seres humanos compreendem o mundo à medida que constroem modelos mentais sobre ele. Além desse modelo representacional do mundo, o indivíduo constrói e utiliza um modelo do *self* para orientar suas decisões. Na sua perspectiva, os seres humanos e os primatas superiores se diferenciam dos outros animais devido à complexidade existente na construção de modelos diversos e modelos internos de si próprios – incluindo os seus próprios processos representacionais e os dos seus parceiros. Essa capacidade encontra-se subjacente ao desenvolvimento do autoconhecimento reflexivo de si próprio e, assim como Bowlby, destacou que os processos representacionais oferecem ao organismo vantagens de sobrevivência, visto lhe permitirem refletir e antecipar acontecimentos do mundo externo. Logo, o potencial do organismo para planejar e responder acontecerá melhor ou pior de acordo com o desempenho desses modelos ao simularem as relações estruturais-causais que se encontram no mundo.

Segundo Bowlby (1969/1990), o desenvolvimento da vinculação se dá em quatro fases:

Fase 1 - *Orientação e sinais com discriminação limitada de figura* (0 a 8/12 semanas de vida). Apesar de o bebê ainda não ser capaz de diferenciar uma pessoa

da outra, dirige-se a elas, acompanhando-as com os olhos, procurando segurá-las, sorrindo e parando de chorar ao ouvir uma voz ou ver um rosto.

Fase 2 - *Orientação e sinais dirigidos para uma figura discriminada* (ou mais de uma), ocorre até cerca dos 6 meses de vida. Esta fase se dá através de um comportamento diferenciado a certas figuras, de modo acentuado à mãe. No decorrer desse período, o bebê vai apresentando comportamentos diferentes para com as pessoas e, ao final, os comportamentos de procura de proximidade são bem evidenciados. Essa etapa oferece ao bebê condições para que ele se oriente através de certo tipo de estímulos, facilitando-lhe aproximar-se do que lhe é familiar.

Fase 3 - *Manutenção da proximidade com uma figura discriminada por meio da locomoção ou de sinais*. Em torno dos 6/7 meses até os 24 meses (podendo esta faixa etária variar conforme o contato com a figura principal), o bebê vivencia a terceira fase do desenvolvimento da vinculação. Essa fase permite ao bebê o desenvolvimento da locomoção, evidenciando, então, a procura de proximidade de uma figura preferencial, que lhe transmite segurança ou refúgio junto ao meio. Apesar de a criança ter mais de uma figura de apoio, essas figuras não têm o mesmo significado para ela – tornando-se figuras subsidiárias de apego – reforçando a ideia de que a criança está vinculada apenas a uma figura. Atribui esse fato ao princípio de monotropia, ou seja, à possibilidade de a criança desenvolver uma hierarquia de figuras de vinculação, escolhendo uma principal e uma ou mais secundárias.

Fase 4 - *Formação de uma parceria corrigida para a meta*. Nessa etapa, que inicia em torno dos 24 meses, a criança atinge a capacidade de perceber o ponto de vista do outro de maneira mais rebuscada nos sistemas comportamentais por objetivos. Observa-se, como característica desse período, a capacidade que a criança tem em aceitar por um tempo mais prolongado a separação das figuras de vinculação

– apesar de demonstrar de formas diversas que o seu sentimento de segurança está diretamente ligado às figuras parentais.

3.4.4 Modelos de vinculação

O tipo de relacionamento estabelecido durante o período de desenvolvimento do bebê com as figuras parentais é de suma importância, visto servir como modelo para interações interiores, desenvolvendo-se sobre bases psíquicas saudáveis ou comprometidas em diferentes graus. Independente da qualidade das experiências vivenciadas nas relações iniciais, existe uma disposição para que essas relações sejam repetidas posteriormente, fazendo com que o indivíduo mantenha tais modelos relacionais no decorrer de sua vida (Zavaschi et al., 2001).

Sendo assim, o tipo de relação que a criança estabelece com a mãe no início da vida, somado às demais figuras parentais e às experiências vividas no meio familiar, levam-na a construir modelos de como deverá comportar-se em variadas situações, criando, então, experiências interativas que lhe permitirão elaborar planos de comportamento frente a situações futuras (Zavasch et al., 2001).

Na opinião de Bowlby (1982/2001), existe uma relação causal muito forte nas experiências vividas entre um indivíduo e seus pais e a sua posterior capacidade para estabelecer vínculos afetivos. O autor (1988/1989, 1969/1990) salienta que os modelos internos ativos do *self* influenciam em todas as relações estabelecidas no ciclo vital. As experiências vivenciadas com os seus próprios sentimentos estão relacionadas à teoria de apego. O sentimento autônomo do *self* surge a partir das relações seguras estabelecidas entre os pais e a criança.

Com base nos seus postulados, Bowlby (1988/1989) descreve os três modelos principais de apego, que se formam a partir das relações familiares:

1. Apego seguro: a criança está confiante de que as figuras de vinculação (pais ou cuidadores) estarão sempre disponíveis para atender às suas necessidades (proteção, conforto, etc.). Essa segurança lhe traz coragem e audácia na exploração do ambiente. Os pais facilitam a construção de um modelo funcional de relacionamento ao conseguir atender às necessidades da criança.

2. Apego resistente ou ansioso: a criança não possui certeza quanto à disponibilidade de seus pais (ou cuidadores) e, por essa razão, seu comportamento poderá ser ansioso com relação à separação e inseguro em explorar o mundo. Ocorre principalmente em razão de separações sucessivas e ameaças de abandono empregadas como meio de controle.

3. Apego com evitação: não há qualquer confiança da criança em ser atendida nas suas necessidades (cuidados paternos, proteção, afeto, etc.). Em geral ocorre após uma série de rejeições sucessivas. O indivíduo busca, neste caso, desenvolver uma atitude autossuficiente na qual o conflito permanece escondido. Muito evidenciado nos tipos de personalidade narcisista ou falso *self*.⁶⁸

Ainsworth (1969), em estudos sobre os *modelos internos ativos* das crianças, observou que as separadas precocemente de seus cuidadores apresentaram quatro padrões de conduta. As classificadas como *seguras*⁶⁹ exploram rapidamente a presença de seu cuidador primário, ficando ansiosas frente à presença de estranhos,

⁶⁸ Termo proposto por Winnicot (1993): “Se a maternagem não for boa o suficiente, a criança torna-se um acumulado de reações à violação;” (p. 24) conseqüentemente “o *self* verdadeiro da criança não consegue formar-se, ou permanece oculto por trás de um falso *self* que a um só tempo quer evitar e compactuar com as bofetadas do mundo.” (p.24).

⁶⁹ A criança *segura* consegue compreender-se, bem como compreender os outros como seres intencionais cuja conduta está organizada por estados mentais, pensamentos, sentimentos, crenças e desejos (Fonagy et al., 1995b; Sroufe, 1990 in Fonagy, 1999).

sentindo-se perturbadas com a ausência do cuidador – mesmo que esta seja breve – tornando a sentirem-se confortadas quando ele retorna. As que se mostram menos ansiosas com a separação podem não desejar a volta do cuidador, após um período de separação, preferindo um estranho; a estas se classifica como *ansiosos/evitativos*. Os *ansiosos resistentes* apresentam uma limitação para explorar o cuidador, ficando altamente perturbados quando há a separação, apresentando dificuldades de se controlarem quando o cuidador retorna (continuam chorando, apresentam agitação motora e tensão). Segundo Main e Solomon (1990 in Fonagy, 1999), as crianças que, ao se separarem do cuidador, debatem-se com as mãos, atirando a cabeça para trás, mostrando o desejo de escapar da situação que vivem com a ausência do cuidador, são denominadas de *desorganizados/desorientados*.

Fonagy (1999) mencionou que, em estudos longitudinais realizados por Hamilton (1994), Main (1997) e Watwers et al. (1995), 68% a 75% dos tipos de apego estabelecidos na infância estão relacionados aos da vida adulta, sendo que as diferenças individuais puderam ser mantidas tanto pelo ambiente que permaneceu invariável, quanto pelos padrões estabelecidos no primeiro ano de vida.

3.4.5 Aspectos da vinculação na adolescência e na vida adulta

A habilidade que um indivíduo possui para manter suas capacidades adaptativas e utilizar seus recursos internos de forma competente, frente aos problemas evolutivos do ciclo vital e das adversidades, dependerá, fundamentalmente, da segurança estabelecida na relação de apego durante a infância e a adolescência. A cada momento de sua vida, o sujeito irá funcionar nos níveis psicológico, psicossomático e psicossocial dependentemente do modo como a

interação entre a capacidade de latência do indivíduo e dos fatores protetores e desestabilizadores do meio social e ambiental em que está inserido irá acontecer (Marrone, 2001).

Segundo Soares (1996), no começo da adolescência, as relações com os pares tomam uma outra forma, passando a ser enquadradas num contexto genuíno de conforto e apoio psicológico para o jovem, pois em situações mais ansiogênicas é nesse parceiro que busca o apoio.

Weiss (1982 in Soares, 1996) referiu que o adolescente procura apoio parental, mas, ao mesmo tempo, quer sair desse controle, conseguindo a sua liberdade, ficando os pais como *figuras de vinculação na reserva*, pois sabe que em situações muito estressantes ou de perigo, pode contar com eles.

Geralmente, a maioria dos indivíduos mantém o vínculo estabelecido com os pais no decorrer da vida adulta, influenciando no comportamento de várias formas. Somente na velhice, quando o comportamento de apego não pode ser mais dirigido para uma geração mais velha ou para a sua mesma geração, é que então esse comportamento é direcionado para membros de gerações mais novas (Zavaschi et al., 2001).

O processo de vinculação na vida adulta apresenta diferenças daquele que ocorre nas crianças, visto que as figuras de vinculação dos adultos surgem geralmente de suas relações com os pares, quando alguém entre eles é considerado como único. O mesmo não acontece com a vinculação das crianças, pois normalmente são os adultos que lhes oferecem cuidados. Sendo assim, pode-se notar que a vinculação nos adultos envolve reciprocidade ou alternância no desempenho dos cuidados, podendo, então, tornar o funcionamento da vinculação menos evidente (Soares, 1996).

Na idade adulta, o sistema de vinculação é bem menos frequente do que na infância, apesar de os adultos terem a mesma capacidade que as crianças de monitorarem o paradeiro e os planos do outro. Porém, em princípio, o adulto tem uma maior capacidade de suportar a separação, principalmente se conseguir ver essa situação como gratificante para si e para o outro. Nos casos de uma separação definitiva (morte, divórcio, etc.) o adulto tem mais condições de procurar segurança em outros adultos (Soares, 1996).

Segundo Bowlby (1973b/1998b), o adulto passa por quatro fases durante esse processo:

1. Breve fase do embotamento: pode durar minutos, horas e até alguns dias. É uma forma de tentar frear as emoções que desencadeiam a perda. Pode aparentar uma certa calma e incluir momentos de euforia. Outros ainda podem apresentar ataques de pânico ou passar por estado de ira. Uma forma do duelo patológico tem a ver com a solidificação desta fase, que pode manter esta anestesia afetiva durante meses, anos e até a vida toda.

2. Fase da perda e da busca da pessoa querida: o morto é buscado de forma consciente ou inconsciente naqueles lugares que costumava frequentar, sendo possível confundir uma pessoa com a que morreu ou mesmo sonhar que a pessoa encontra-se viva. Este reencontro com a pessoa que morreu não pertence a uma fase patológica e faz parte de um quadro normal de tentar recuperar o vínculo perdido. A raiva e ódio se alternam como forma de protestar frente à perda ou por frustração de não reencontrar o objeto perdido.

3. Fase da desorganização e da desesperança: momento em que imerge a esperança de recuperar o ser amado. Esta fase pode durar meses, não raramente havendo a presença de sintomas depressivos.

4. Fase da maior ou menor reorganização: a reconstrução dos modelos representacionais conduzem o indivíduo a enfrentar uma dolorosa mudança de identidade. Esta fase exige o renúncio definitivo da esperança de restabelecer a situação anterior.

3.5 Vinculação e desenvolvimento da personalidade

Freud (1905d/1974h) apresentou uma teoria de interação entre constituição de sequências maturacionais inatas e experiências que influenciam no desenvolvimento da personalidade. Segundo o autor, as principais etapas do desenvolvimento infantil são as fases oral, anal e fálica, pois as considerava como o principal organizador do funcionamento mental, visto que influenciam de forma significativa no desenvolvimento da personalidade.

Segundo Bowlby (1973a/1998a), o modelo mais prestigiado do desenvolvimento da personalidade se originaria da teoria freudiana, na qual os avanços da personalidade se dão através de diversas fases, até atingirem a maturidade. Quando surge uma falha em uma dessas fases (oral, anal e fálica), apesar de o desenvolvimento prosseguir de uma maneira aparentemente satisfatória, pode ocorrer um colapso. O indivíduo pode, então, regredir para o estágio em que ocorreu a falha, ficando fixado nele, o que contribuiria para o desenvolvimento de uma personalidade perturbada.

Baseando-se em Abraham (1924), Bowlby (1973a/1998a) referia que a desordem da personalidade, neurose ou psicose estaria associada a certa quantidade de fixação ocorrida em uma das fases do desenvolvimento. Bowlby (1973a/1998a) salientou que Anna Freud, em 1965, concordando com a teoria de Abraham,

acrescentou que “as diferenças individuais ainda são medidas em termos de graus de progressão, fixação ou regressão, que supõem manifestos.” (p. 380). O autor considerou que a diferença que existe entre essas teorias é que Anna Freud não defende somente a ideia de que o desenvolvimento da personalidade está relacionado apenas ao desenvolvimento da libido. Para ela, as fases de desenvolvimento que se postula acontecem em diferentes áreas do funcionamento da personalidade.

Inspirado na teoria da epigênese de Waddington (1957), Bowlby (1973a/1998a) concebe a personalidade como uma estrutura que se desenvolve continuamente ao longo de um percurso, que foi escolhido a partir da interação entre o organismo e o meio em diferentes etapas da evolução. No momento da concepção, por exemplo, dependeria da interação entre genoma e ambiente intrauterino. Nas etapas após o nascimento, dependeria da interação entre a estrutura de personalidade e os contextos sociais (família e outros).

Nesse âmbito, Bowlby (1973a/1998a) defendeu que o desenvolvimento da personalidade possuiria um razoável grau de sensibilidade ao ambiente, de modo especial ao ambiente familiar nos primeiros anos de vida, diminuindo no decorrer do crescimento. Considerou então, a partir dessa teoria, que o desenvolvimento pode variar quanto ao grau de adaptação ao longo da vida, conforme o meio em que ocorre.

Segundo o autor (1973a/1998a), a personalidade seria uma estrutura que vai se desenvolvendo continuamente ao longo de um caminho. A escolha do caminho a ser seguido inicialmente dependerá da forma como foi vivenciada cada fase do desenvolvimento e da sua interação com o meio. Num segundo momento, essa escolha dependerá da estruturação da personalidade, da organização da estrutura familiar e do contexto social em que está inserido. Sendo assim, o processo de

desenvolvimento poderá variar ao longo do seu curso de forma adaptativa, dependendo do meio, mas com a redução da sensibilidade ao meio, o percurso escolhido torna-se limitado.

Sendo assim, o desenvolvimento da personalidade está relacionado às pressões do meio e do organismo. Essas pressões do meio estão ligadas ao contexto familiar, no qual a criança se desenvolve e que dificilmente será alterado. Portanto, as características estruturais de personalidade, uma vez desenvolvidas, adquirem a sua própria forma de autorregulação, como forma de manter o indivíduo como um agente ativo, organizador do meio (Bowlby, 1973a/1998a).

Quando o indivíduo consegue explorar o mundo com confiança e segurança em si próprio, isto se dá em função da existência de uma relação estabelecida com outra figura que se mostra acessível e disponível, que apóia quando necessário, mas que não interfere na individualidade. Outro ponto que cabe ser destacado é que o indivíduo confiante tem condições de mudar de papel toda vez que a situação exige: ora comandando-se com uma base segura, a partir da qual o outro pode operar; ora aceitando o outro como base segura para si, quando as situações exigem (Bowlby, 1988/1989).

Na concepção de Balint (1968/1993), a origem da *falha básica*⁷⁰ pode ser identificada nas fases formativas do indivíduo, quando a discrepância entre as necessidades do sujeito e o cuidado material, psicológico e afetivo que lhe é oferecido em momentos relevantes podem criar um estado de deficiência. Na opinião do autor, o que é essencial para o bem-estar e para o desenvolvimento ordenado do indivíduo, é a existência de uma relação na qual o seu entorno (aqui visto como

⁷⁰ O conceito de *falha básica*, segundo Balint (1968/1993), permite compreender os transtornos emocionais como *sintomas de uma mesma entidade etiológica*, na qual “por influência de diversas experiências emocionais, entre elas o tratamento clínico, uma doença ‘clínica’ pode desaparecer, dando origem a um distúrbio psicológico específico e vice-versa.” (p. 20).

figuras de vinculação) esteja muito próximo das necessidades do feto, reforçando novamente o fato de que, caso haja discrepâncias entre as necessidades do bebê e o seu suprimento, grandes repercussões podem vir a ocorrer, inclusive podendo levar à ameaça da vida.

Na opinião de McDougall (1986/2002), a criança irá construir através de processos de internalização, a identificação com a imagem interna de sua mãe, a qual é “essencial à estruturação psíquica e que permitirá à criança auto-afirmar as funções maternas introjetadas.” (p. 10). Qualquer fracasso ocorrido nesse processo poderá comprometer a capacidade da criança “de integrar e de reconhecer, como próprios, o seu corpo, os seus pensamentos, os seus afetos.” (p. 10).

Na visão de Bion (s.d in Eizirik, Kapczinski, & Bassols, 2001), o desenvolvimento psíquico se daria a partir das experiências emocionais vividas nos vínculos humanos, tendo início na relação mãe/bebê, na qual a mãe *emprestaria* sua mente e sua capacidade de pensar, para compreender e transformar as emoções brutas do bebê em elementos psíquicos com significado. Assim, a mãe estaria sendo continente às emoções do bebê, estabelecendo uma relação transformadora continente/conteúdo. Isso permitiria que o bebê se identificasse com essa função desenvolvida pela mãe, tornando-se capaz não só de conter suas próprias emoções, mas também de transformá-las em elementos psíquicos capazes de serem memorizados, sonhados e armazenados.

Erikson (1968/1976) defendeu em sua teoria que o desenvolvimento do bebê não se limita aos laços da família nuclear e valoriza as experiências vividas num mundo mais amplo, a sociedade, na qual a criança interage com amigos, professores e outros, dentro do contexto em que está inserida. Para ele, a experiência infantil não

é o único fator determinante dos padrões de personalidade e considera que a pessoa evolui durante toda a vida, interagindo constantemente com o meio ambiente.

Para Mahler (1979/1982), a forma como a criança evolui de um estado autístico para um simbiótico (período em que o bebê ainda está ligado psicologicamente à mãe como se fosse um só) influenciará no desenvolvimento da personalidade da criança. Segundo essa psicanalista, a criança, no seu desenvolvimento, passa por vários subestágios, que lhe permitem adquirir capacidade para construir uma estrutura egóica mais forte, necessária para adaptar-se ao meio. Em torno dos 36 meses de idade, a criança adquire a constância objetal, conseguindo independizar-se em parte da mãe e permanecendo com uma imagem mental dela. Nos casos em que o processo de separação/individuação não consegue se estabelecer, mantendo-se uma relação simbiótica mãe/bebê, este influenciará de forma negativa no desenvolvimento da personalidade da criança.

Segundo Winnicott (1965/1993), a mãe e o bebê formam inicialmente um todo indiferenciado, no qual o bebê ainda não se sente integrado. Neste estágio, o indivíduo fica fundido ao *self* da mãe. Gradualmente, vão separando-se, e a criança adquire a capacidade de demonstrar ao ambiente as suas necessidades de atenção. Sendo assim, desde a fase inicial da ilusão estabelecida pela adaptação ativa da mãe até as necessidades da criança, ocorre um processo de abandono progressivo, que vai permitindo à criança se tornar capaz de tolerar a frustração e lidar com as falhas na adaptação materna. É através da presença de uma *mãe suficientemente boa* que a criança irá desenvolver-se e, se esta maternagem não oferecer as condições necessárias para um bom desenvolvimento, o *self* verdadeiro não conseguirá formar-se.

A expressão *mãe suficientemente boa* – não se tratando aqui obrigatoriamente da mãe –, na visão winnicottiana, não implica uma mãe que não falha, mas sim em uma que busca atender de forma ativa as necessidades do bebê, sustentando o processo de ilusão e de desilusão. É ela quem provê as experiências de presença e ausência, que se opõe quando necessário, que satisfaz as necessidades da criança num grau razoável – o que não significa satisfazer totalmente –, entre outras características (Amorim, 1999).

Baseado nessas considerações, Winnicott (1965/1993) categorizou a função da *mãe suficientemente boa* em três estágios: *holding*, manipulação e apresentação de objetos.

A função de *holding* se dá através da capacidade da mãe em identificar-se com o bebê. Trata-se de um processo contínuo que tem início no começo da vida, sendo facilitado pelo próprio bebê, através de suas urgências instintivas ou de sua agressividade e pelo que provém da mãe. É este processo de cuidado que permite que a criança passe do estado de não-integração para integração. O *holding* deficiente pode produzir extrema aflição na criança (Winnicott, 1965/1993).

A manipulação colabora para a formação de uma *parceria psicossomática na criança*. Contribui para a aprendizagem do que é real e do que é irreal. Capacidade materna que ajuda o bebê a perceber seu corpo, via processos como o da higienização, de vestir, etc. A deficiência nesse momento pode provocar problemas futuros de coordenação e de percepção sobre o próprio corpo e seu funcionamento (Winnicott, 1965/1993).

Já a apresentação de objetos ou *realização* se refere ao momento em que a criança começa a relacionar-se com os objetos. Possibilita que o impulso criativo da criança se realize. As falhas nessa função dificultam o “desenvolvimento da

capacidade da criança de sentir-se real em sua realização com o mundo dos objetos e dos fenômenos.” (Winnicott, 1965/1993, p. 27).

É importante ressaltar que, para Winnicott, alguns requisitos são necessários para a evolução emocional normal da criança:

1. Capacidade de estar só: o estar só, sem ansiedade pela ausência do objeto, indica que o objeto ou figura de vinculação está internalizado, o que lhe dá uma sensação de bem-estar psíquico (Winnicott, 1958/1983).

2. Capacidade de brincar: para Winnicott (1971/1975), o brincar está relacionado à construção gradativa do objeto com sua localização no mundo exterior e a delimitação do *self*, permitindo a construção e a apropriação da realidade interna e externa, que leva à apreensão da expressão da vida real, das fantasias inconscientes, da forma de experimentar e controlar a dolorosa realidade.

3. Capacidade de envolvimento: trata da capacidade de preocupar-se com o outro. O indivíduo começa a se importar com o outro, bem como a sentir e a aceitar responsabilidades. Porém, para que isso ocorra, faz-se necessária uma organização do ego, que se dá nos cuidados maternos oferecidos ao bebê. Acredita-se que é nesse período que se forma a socialização inata da criança. Para que a capacidade de envolvimento seja substituída pela angústia e defesas primitivas, como a clivagem e a desintegração, a vivência de um ambiente suficientemente bom não deve ter acontecido (Winnicott, 1963/1987a).

4. Capacidade de desenvolver sentimento de culpa: à medida que a criança vai integrando os aspectos da *mãe-objeto* e *mãe-ambiente*, é envolvida por uma espécie particular de angústia chamada de *sentimento de culpa*, que se equivale à posição depressiva de Melanie Klein. Nesse período, a criança aprende que pode fundir as ideias de destruição e de amor ao mesmo objeto – elaboração da

ambivalência. A ausência do sentimento de culpa pode ser uma consequência da inconfiabilidade da figura materna (Winnicott, 1966/1987b).

O desenvolvimento emocional da criança se dá de forma progressiva, marcado, inicialmente, pelo narcisismo primário, pela inexistência da relação dos objetos ou da própria estrutura psíquica. A esta fase, Winnicott (1965/1993) chamou de estado de não integração, visto o bebê necessitar do ambiente (mãe) e das interações primárias para poder integrar-se e organizar-se.

Nessa mesma perspectiva, se não houver uma adaptação da mãe à criança, esta abandona precoce e bruscamente a ilusão, em benefício de um hiperinvestimento da realidade externa, não havendo espaço para a criação de fenômenos transicionais. Nesses casos em que a mãe sobrepõe o seu desejo ao do bebê, este organiza um *falso self*, sendo esta a maneira que encontra para satisfazer suas necessidades e adaptar-se às exigências do ambiente (Winnicott, 1965/1993).

Muitas das alterações do funcionamento da personalidade podem ser atribuídas a perturbações do desenvolvimento do comportamento no processo de vinculação (Soares, 1996).

As dificuldades de estabelecer ligações afetivas podem estar relacionadas à forma como os pais desenvolveram seus papéis. Pais que desempenham suas funções com uma atitude compreensiva e estimulante irão promover na criança a autoconfiança necessária para exploração do mundo. Logo, a criança poderá ser autônoma à medida em que tiver um adulto em quem confiar e que a faça sentir-se segura (Zavaschi et al., 2001).

Através de sua experiência clínica e de pesquisas, Bowlby (1982/2001) identificou alguns padrões de parentalidade patogênica. Entre esses padrões, estão:

- a) ausência persistente de respostas de um ou ambos os pais ao comportamento eliciador de cuidados, da criança, e/ou depreciação e rejeição marcada;
- b) descontinuidades da parentalidade, ocorrendo mais ou menos freqüentemente, incluindo períodos em hospital ou instituição;
- c) ameaças persistentes por parte dos pais de não amar a criança, usadas como um meio para controlá-la;
- d) ameaças, por parte dos pais, de abandonar a família, usadas ou como um método de disciplinar a criança ou como uma forma de coagir o cônjuge;
- e) ameaças por parte de um dos pais de abandonar ou mesmo matar o outro, ou então de cometer suicídio (estas ameaças são mais comuns do que se poderia supor);
- f) indução de culpa à criança, afirmando que o comportamento dela é ou será responsável pela doença ou morte de um dos pais. (p. 180).

Refere, ainda, que qualquer uma dessas experiências pode desencadear uma vinculação ansiosa, caracterizada por uma ansiedade constante – devido ao medo de perder a figura de vinculação, e por um baixo limiar de ativação desse comportamento. Isso pode acontecer não apenas na criança ou no adolescente, mas também no adulto (Bowlby, 1977).

Bowlby (1969/1990) resumia sua teoria do desenvolvimento da personalidade referindo que um bom modelo para a formação de futuros relacionamentos é aquele no qual acontece a experiência de uma criança com uma mãe estimulante, que apoia e coopera e, pouco depois, com o pai, que dá um senso de dignidade e uma crença na utilidade dos outros.

Segundo Rivière (1980/1995), para compreender-se o vínculo normal, faz-se necessário analisar as principais características das relações de objeto, ou seja, o objeto diferenciado e o objeto não-diferenciado, das relações de dependência e de independência. Numa relação adulta normal, o objeto é diferenciado, ao passo que, num outro extremo, uma situação de máxima não-diferenciação estabeleceria uma relação simbiótico - patológica.

Quando uma criança não consegue independizar-se da mãe, está depositando nela suas partes internas, e, ao mesmo tempo, recebendo as partes internas da mãe, que usa a criança como seu depositário, o que dificultaria a capacidade de cada uma reconhecer o que é propriamente seu – configurando a relação patológica descrita anteriormente (Rivière, 1980/1995).

As relações de apego possuem um papel decisivo na questão transgeracional. Os adultos seguros têm de três a quatro vezes mais chance de ter crianças apegadas com segurança a eles – isso ao avaliar o apego antes do nascimento do bebê (Fonagy, 1999).

Tendo a intenção de obter uma visão global do conteúdo exposto neste capítulo, optou-se em reunir o apanhado teórico em forma de síntese, conforme apresentado na Tabela 3.

TABELA 3

Síntese da vinculação

| | |
|------------------------|---|
| Referências históricas | <ul style="list-style-type: none"> ▶ No início do séc. XX, Freud introduz compreensão de que a vida emocional infantil fornece as bases para a vida emocional adulta. ▶ Na década de 40, Anna Freud, Bowlby e Spitz estudam a importância da privação materna no desenvolvimento da personalidade da criança. ▶ Bowlby, nos anos 50, afirma que o apego é a motivação primária e independente da alimentação e da sexualidade. ▶ Em 1958, Bowlby publica <i>A Natureza da Ligação com a Mãe</i>, em que propõe o termo <i>attachment</i>. ▶ Ainsworth (1969), desenvolve o conceito de <i>base segura</i>. |
|------------------------|---|

| | |
|--------------------------|---|
| Enquadramento conceitual | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Vinculação: sentimento de ligação de uma pessoa em relação à outra. ▶ Apego: laço afetivo formado entre duas pessoas. ▶ Vínculo: sinônimo de apego, eventualmente visto como conceito diferente; ligação seletiva mantida na ausência da pessoa com quem se está unido. |
|--------------------------|---|

| | |
|-------------------------------|--|
| Modelo teórico de John Bowlby | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Categorias dos sistemas de comportamento de vinculação: <ul style="list-style-type: none"> ⇒ orientação ⇒ sinalização ⇒ execução. ▶ Modelo de Apego: ⇒ apego seguro ⇒ apego resistente e ansioso. <ul style="list-style-type: none"> ⇒ apego ansioso com evitação. ▶ Valorização das bases biológicas e etológicas da espécie. |
|-------------------------------|--|

Continua

Síntese da vinculação

Comportamento de vinculação

- ▶ Conjunto de respostas instintivas.
- ▶ Comportamento de apego = busca e manutenção da proximidade de um outro indivíduo.

Desenvolvimento da vinculação

- ▶ Winnicott e outros autores: relação já se inicia durante a gestação.
- ▶ Bowlby: identifica 4 fases do desenvolvimento da vinculação.

Vinculação e desenvolvimento da personalidade

- ▶ Modelo freudiano: neurose ou desordem da personalidade \Leftrightarrow fixação em determinada fase do desenvolvimento.
- ▶ Bion: desenvolvimento psíquico \Leftrightarrow experiências emocionais vividas nos vínculos humanos.
- ▶ Bowlby: desenvolvimento da personalidade \Leftrightarrow pressões do meio e do organismo.

Outras perspectivas teóricas

- ▶ Waddington: personalidade = estrutura desenvolvida continuamente a partir da interação entre organismo e meio em diferentes etapas.
- ▶ Winnicott: processo da organização do *self* – função de *mãe suficientemente boa*.
- ▶ Balint: enfoca a origem da *falha básica*.
- ▶ McDougall: através de processos de internalização a criança constrói a identificação com a imagem da mãe – essencial à estruturação psíquica.

4 Toxicodependência, psicossomática e vinculação

Tens como Hamlet, o pavor do desconhecido? Mas o que é conhecido? O que é que tu conheces para que chames de desconhecido a qualquer coisa em especial?

Fernando Pessoa

De acordo com o Conselho Estadual de Entorpecentes do Rio Grande do Sul (CONEN, 1996), as epidemias sociais de farmacodependência, observadas principalmente nas áreas urbanas, constituem um problema novo para a sociedade, dando origem, sobretudo desde os anos 60, a crescentes estudos e investigações, devido às suas implicações sanitárias, judiciais (violência urbana, transgressões e crimes), ocupacionais e familiares.

Constata-se que o uso de substâncias psicoativas sempre existiu em todas as culturas humanas das quais se tem registro, mas geralmente era limitado, por regras sociais, a determinadas circunstâncias, o que leva a relacioná-lo o uso com os fatores culturais ligados à disponibilidade da substância, entre outros.

Consequentemente, existem inúmeras teorias que se reportam aos diversos fatores que influenciam na formação da personalidade do drogadito, mostrando-nos que o campo é amplo e complexo, estando distante de uma única concepção (Grissolia & Torres Sobrinho, 2000).

No entendimento de Kalina e Kovadloff (1988), o núcleo conflitivo do drogadito desenvolve-se a partir das vivências precoces (na primeira infância), resultantes de “relações precárias e insatisfatórias com os pais e o meio” (p. 41),

desencadeadoras de intensas frustrações, o que incide no desenvolvimento de uma personalidade frágil, com recursos limitados para enfrentar as ansiedades básicas inerentes à realidade da vida. Na opinião dos autores, esse tipo de personalidade apresenta necessidade de compensações acessórias, ou seja, esse seria o tipo de personalidade susceptível à drogadição. Nesse caso, mesmo que temporariamente, a droga ocupa o papel de aliviar as tensões, e, possibilita a sensação de equilíbrio e tranquilidade.

O drogadito não consegue conviver com a solidão, pois o seu ego fica sem suporte, ou seja, a solidão o reporta à falta de apoio recebido na infância, e a reedição dessa falta de afetos causa-lhe um desconforto insuportável, fazendo-o perceber o vazio de seu ego e de sua inconsistência. Torna-se um sentimento de impotência irreversível, causando-lhe sofrimento, pois percebe que não tem a quem ou a que recorrer para suportá-lo e muito menos para superá-lo (Kalina & Kovadloff, 1988).

Na adolescência (entre os doze e os vinte anos) é o período crítico de iniciação às drogas. Nesse período, o indivíduo sente-se bastante pressionado pelo meio, tanto pelos pais quanto pela sociedade, e ambos, de certa forma, fazem exigências referentes a definições e determinações de rumos de vida. Se ele não tiver uma personalidade tolerante e paciente, ou seja, se ele não tiver uma boa estrutura para tolerar frustrações, terá provavelmente uma maior predisposição a tornar-se um drogadito. Ponderam, ainda, que o fato de o adolescente experimentar a droga, não o obriga a tornar-se um adicto. O que irá determinar são as bases predisponentes – individuais, familiares e sociais – que condicionam a possibilidade de uma adição (Kalina et al., 1999).

Acredita-se que o indivíduo que vai ser adicto é o resultado de uma evolução, na qual sofre influência dos fatores genéticos e/ou hereditários, dos fatores verbais e dos códigos comunicacionais não-verbais, com dupla mensagem e também com características inversas às da lógica formal (Kalina, 2001). Segundo Kalina (1996), “não adianta nada dizer em público seus problemas, se em casa não forem mantidos os cuidados necessários.” (p. 18).

Entretanto, Olievenstein (1987/1990) referiu que não existe uma infância específica do toxicômano, mas que existem fatos e acontecimentos específicos, na infância, que contribuem para que sejam produzidas uma ou várias rachaduras na sua estrutura de personalidade. Poderão essas rachaduras ser vistas, localizadas e apontadas, mas nem sempre encontra-se o porquê delas.

O dependente, no caminho de busca de identidade, procura na droga um estado de bem-estar, que o leva para longe da realidade lógica (relação conflituosa com o meio social, família, etc.); mesmo que patológica, parece trazer a sensação de equilíbrio externo e interno, real e imaginário, em que a memória do prazer ocupa um papel determinante (Olievenstein, 1987/1990).

Na opinião de Bucher (1992), existir é sinônimo de dependência. Inexoravelmente, todos dependem, de alguma forma, da natureza e/ou das estruturas humanas, em suas mais variadas configurações simbólicas, às quais a criança aprende a se submeter.

O toxicômano é “o sujeito que, por excelência, se revolta contra as contingências que, existencialmente, vêm a limitar a expansão humana”. A ânsia de onipotência, o ideal de auto-suficiência, de gozo total, que só na morte se cumpre, seduz a todos. O mito bíblico de Adão e Eva, em que o comer a maçã era condição para ser como deus, traz em seu bojo o ideal da não-dependência, mas também a

morte. A proibição trazia o germe que incitava à transgressão. O homem, sem acesso ao saber total nem ao gozo absoluto, além de estar submisso ao tempo, “num gesto lúdico que desafia o inexorável”, muitas vezes voluntariamente, precipita seu final, buscando a morte⁷¹ (Bucher, 1992, pp. 299, 300).

Nessa visão, a toxicodependência é resultante da estruturação da personalidade, do produto, bem como do momento sociocultural. Acredita-se também que “não é possível estipular, de antemão, a partir de quando, a partir de que limiar o uso de drogas se torna patológico.” (Bucher, 1988, p. IX).

Contextualizando o fenômeno da toxicodependência, a presidente do NIDA, Prof^a Doutora Nora Volkow (2006) relata que é fundamentalmente necessário ampliar a busca sobre as bases etiológicas desse problema, dada à complexidade psicológica e social em que está inserido. Acredita que, se os conflitos psicológicos, geradores ou resultantes do consumo, não forem resolvidos, não se chegará a lugar nenhum, mas há que se resolver também os problemas biológicos.

Conclui afirmando que o ambiente, principalmente o ambiente familiar, com elevados níveis de *stress*, estimula a vulnerabilidade ao uso de drogas e à dependência. Considera a adolescência como a fase de maior vulnerabilidade, e que pelo menos 50% dessa vulnerabilidade e de suas diferenças são geneticamente determinadas; que os fatores ambientais, especialmente “os agentes stressantes e os efeitos desses agentes no cérebro, químicos e funcionais provavelmente variam em função do estágio de desenvolvimento e da idade em que surgem esses agentes stressantes e isso pode facilitar ou proteger relativamente à dependência.” (Volkow, 2006, ¶ 15).

⁷¹ Hoirisch (1985) relatou que “em cada homem há um Adão expulso do paraíso” (p. 72). Portanto, “ao abrir os olhos para a realidade da vida, busca na droga a volta ao paraíso, recria a fantasia do super-homem e arroja com força vulcânica o usuário de cocaína ao êxtase e não lhe permite notar que a distância para o inferno é muito pequena” (p. 72).

Parafrazeando Bucher (1992), “eis o paradoxo da droga: o toxicômano, simultaneamente, é doente e não doente; não há toxicomania sem prazer – e esta dimensão de prazer não se deixa reduzir a uma fantasia a ser enxertada em uma estrutura doente.” (p. XI). Hoje ainda permanece um mistério diante do fato de que um produto inerte possa afetar a libido e o imaginário de um sujeito, a ponto que pouco importa a estrutura de partida, pois o encontro do produto e da personalidade cria um fato específico.

Como tema principal deste estudo, a compreensão da toxicodependência e da psicossomática no âmbito da vinculação, com ênfase nos modelos de Sami-Ali e de John Bowlby, torna-se necessário o estabelecimento de uma breve retomada acerca de alguns aspectos básicos nos quais estes contributos tomaram forma.

No modelo psicossomático de Sami-Ali (1971/1988, 1989, 1987a/1992, 1977/1993, 1987b/1995, 1997, 2001/2004; Sami-Ali et al.,1992), observa-se que o imaginário é considerado o centro das perturbações afetivas e efetivo na elaboração da personalidade. O autor refere-se ao imaginário (sonho, equivalentes e a própria subjetividade), num contexto simultaneamente psicológico e biológico, no âmbito relacional, decisivo na saúde e na doença. Os ritmos biológicos (que alternam entre o sonho e a vigília) são os que primeiramente determinam essa questão. Também considerou o imaginário, instalado no psicossomático, enquanto função que se constitui, sendo esta constituição mediatizada pela relação precoce mãe-filho (ver p. 125); entendendo-se que a qualidade dessa relação seria determinante no desenvolvimento da personalidade e na vulnerabilidade para a doença. No caso da patologia, a criança experimentaria sentimentos de privação, ocasionados pela insuficiência na qualidade dos cuidados a ela dispensados (relação reduzida a imperativos, subjetividade ausente), havendo alteração nos ritmos, o que poderia

ocasionar a patologia da adaptação – recalçamento inconsciente do imaginário (sonhos e equivalentes), subjetividade suprimida e conseqüente domínio do banal, precedida de situação de impasse (ver pp. 23, 126 e 127).

Entretanto, no que tange ao contexto da relação precoce mãe-filho, o modelo teórico de Bowlby (1958, 1977, 1988/1989, 1969/1990, 1973a/1998a, 1973b/1998b, 1982/2001), numa dimensão relacional, especifica a importância do vínculo estabelecido entre eles (a forma com se estabelece, se desenvolve e/ou se rompe) na formação da personalidade. Na teoria da vinculação de Bowlby, o comportamento de vinculação (de base biológica) da criança precisa ser correspondido pelo comportamento do adulto para que ela se sinta seguro, sendo normalmente essa relação estabelecida com um adulto em particular, mãe ou cuidador. Afirmou, ainda, que a formação de um apego (vínculo) normal é fundamental para o desenvolvimento saudável. Conforme o autor, a experiência de segurança vivenciada pela criança é que irá determinar o sistema de apego (vínculo) que tem o papel de regulador das experiências emocionais. Entretanto, o rompimento do vínculo afetivo ou a ausência da oportunidade de estabelecê-lo pode desencadear patologia – a capacidade de estabelecer ou manter um vínculo fica desorganizada ou deteriorada.

No âmbito dos modelos em questão, observou-se que ambos valorizam os fatores biológicos e os relacionais no entendimento da patologia humana, na qual a qualidade da interação precoce mãe-bebê é considerada como fator determinante. Faz-se referência à qualidade da relação precoce mãe-bebê, no sentido da capacidade da mãe (ou quem representa o papel) para suprir as necessidades do filho, estando em sincronia com ele (Sami-Ali, 1987b/1995); o que significaria prepará-lo para a vida, no sentido em que Bowlby (1969/1990) referiu quando a criança sente-se segura e percebe, de maneira confiante, que a sua figura de vinculação está

disponível para quando ela necessitar e sente-se capaz de explorar o mundo que a rodeia. Essa capacidade de poder explorar o mundo de forma confiante e segura se dá devido a existir uma relação com outra figura que está acessível e disponível, que lhe oferece apoio quando necessário, sem interferir em sua individualidade.

Logo, observa-se, através da revisão de literatura, que o toxicodependente apresenta fragilidades na estrutura de seus vínculos e que esse paciente possui características que se assemelham às dos doentes psicossomáticos. Em relação à correlação entre esses fenômenos, Paixão (1998; Paixão et al., 2000), através de seu estudo, mostrou que os toxicodependentes apresentavam repressão sobre toda a função do imaginário, precedida de situação de impasse, conforme o modelo teórico de Sami-Ali (1987b/1995), bem como vivências traumáticas no contexto do relacionamento parental, no sentido de carência de figuras consistentes, capazes de estabelecer vínculos saudáveis com seus filhos, o que vem ao encontro com os pressupostos de Bowlby (1969/1990).

Sendo assim, este trabalho apresenta um estudo que se inscreve no âmbito da relação entre os fenômenos toxicodependência, doença psicossomática (aqui indicada pela alexitimia) e vinculação, cujo interesse de aprofundamento, tematizado anteriormente, procura incidir nas questões: (a) análise dos modelos de vinculação nos toxicodependentes e nos doentes psicossomáticos (b) exame da incidência de alexitimia nos toxicodependentes.

5 Material e métodos

*Si sólo existiera una verdad, no se podrían
pintar cientos de cuadros con el mismo tema.*

Pablo Picasso

5.1 Delineamento

Este trabalho, do tipo exploratório, possui um caráter de investigação sobre um tema pouco ou nada estudado por outros pesquisadores. Sendo assim, para o desenvolvimento das questões propostas, optou-se por realizar um estudo observacional com delineamento transversal, no qual as observações se dão em um momento determinado no tempo (Hulley et al., 2001/2003).

Considerou-se que, frente às questões de pesquisa e objetivos propostos, o estudo transversal responderia, num primeiro momento, adequadamente a essas inquietações.

5.2 Processo amostral

A amostra constituiu-se de três grupos: 50 dependentes de cocaína, 49 doentes psicossomáticos e 50 pacientes do grupo controle.

Foram incluídos, no primeiro grupo, pacientes com, no mínimo, 10 dias de internação, com idades correspondidas entre 18 e 48 anos, internados na Fazenda do Senhor Jesus (instituição regulamentada pela Secretaria Nacional Antidrogas [Senad]), localizada no município de Porto Alegre (RS, Brasil).

Para os segundo e terceiro grupos, todos os pacientes internados há, pelo menos, vinte e quatro horas no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas ([HE-UFPEL] RS, Brasil), com idades entre 18 e 63 anos, passaram por uma seleção a fim de identificar quais deles preenchiam os critérios citados a seguir.

5.2.1 Critério diagnóstico para o grupo dos doentes psicossomáticos

Este grupo foi definido a partir da presença de alexitimia⁷² – característica presente nos doentes psicossomáticos⁷³ – através do instrumento Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). Essa opção se deu devido ao fato de ser este um instrumento que reúne um maior consenso em relação ao seu rigor e eficácia para avaliar a dimensão da alexitimia. Para maior segurança, foram utilizados, como referência, os trabalhos de Cardoso (1995) e de Cerchiari (1998).

5.2.2 Critérios de exclusão do grupo de doentes psicossomáticos

Foram excluídos do estudo aqueles pacientes que não possuíam diagnóstico clínico do motivo de sua internação; que não apresentavam condições físicas e/ou mentais suficientes para compreensão dos questionários e que apresentavam escore ≤ 61 pontos na escala TAS-20.

⁷² Alexitimia vista no âmbito da banalização do pensamento e do sentimento: imaginação realista e conformismo social que substituem progressivamente a subjetividade.

⁷³ Mesmo tendo-se a noção de que estudos apontam a alexitimia como uma característica não exclusiva dos psicossomáticos, optou-se por arcar com os devidos riscos por entender-se que seria inviável aplicar um método de avaliação mais complexo, como do tipo projetivo, neste tipo de paciente – paciente acamado, geralmente com soro intravenoso, e outras limitações decorrentes de uma internação hospitalar.

5.2.3 Grupo controle

Aqueles pacientes com diagnóstico clínico sobre o motivo de sua internação, que responderam aos questionários e obtiveram escore ≤ 61 pontos na escala TAS-20, constituíram este grupo.

5.3 Variáveis

5.3.1 Variáveis de desfecho

Tipos de vinculação: ansiosa, segura e evitante.

5.3.2 Variável de exposição

Tipo de paciente: toxicod dependentes (dependentes de cocaína), doentes psicossomáticos e pacientes hospitalizados sem características alexitímicas e/ou de dependência de cocaína.

5.3.3 Co-variáveis

1. Idade
2. Sexo
3. Estado civil
4. Escolaridade
5. Renda familiar

6. Número e idade de filhos
7. Constelação familiar
8. Com quem coabita
9. Número de internações anteriores
10. Motivo da internação atual (diagnóstico)

5.4 Instrumentos

5.4.1 Formulário de Identificação

A fim de coletar informações sociodemográficas, foi criado um formulário com dados sobre as condições de vida em que os sujeitos estudados estavam inseridos (ver Apêndice A).

5.4.2 A Escala de Vinculação do Adulto

Originalmente esta escala é conhecida por *Adult Attachment Scale* (AAS-R). Foi criada e desenvolvida por Collins e Read em 1990. Após autorização dos autores, Canavarro (1997) traduziu, aplicou e validou o AAS-R na população portuguesa. Nessa versão, o instrumento passou a ser chamado por Escala de Vinculação do Adulto (EVA).

O EVA foi criado a fim de identificar padrões de vinculação nos adultos. Collins e Read (1990), inspirados em Hazan e Shaver (1987), desenvolveram uma escala na qual fosse possível identificar três padrões de vinculação: a ansiosa, a segura e a evitante.

A versão final possui 18 itens e, para quantificar o tipo de vinculação predominante, é utilizada uma escala de cinco pontos, variando de *nada característico em mim* a *extremamente característico em mim* (Collins & Read, 1990).

Cada dimensão de vinculação constitui-se por seis itens. A dimensão que designa a vinculação como *Close* avalia o quanto o indivíduo se sente confortável ao estabelecer suas relações próximas e íntimas. Já a segunda dimensão, a *Depend*, mede como os indivíduos se sentem sobre a possibilidade de depender dos outros e a terceira, *Anxiety*, avalia o quanto o indivíduo fica preocupado sobre a possibilidade de rejeição (Canavarro, 1997).

Conforme os dados apresentados por Canavarro (1997) sobre a validação do EVA para o português, a escala apresentou índices considerados adequados quanto à confiabilidade e validade do teste.

A partir desse trabalho, os fatores ou dimensões foram designados da seguinte maneira:

1. *Vinculação ansiosa*: este tipo de vinculação caracteriza-se pelo desejo de manter os parceiros próximos, existindo hipervigilância a aspectos ligados à separação; a presença e a disponibilidade dos parceiros são percebidas como incertas.
2. *Vinculação segura*: para este padrão de vinculação, as relações estabelecidas com os parceiros ocorrem facilmente; estes são percebidos como respondendo às necessidades de segurança e bem-estar.
3. *Vinculação evitante*: este tipo de vinculação é caracterizado por estratégias de diminuição da importância da relação; os parceiros são

percepcionados como fontes indutoras de *stress* e alvos de desconfiança (Canavarro, 1997, capítulo 5, seção 8.3.1 para 10).

A versão utilizada no presente estudo foi a validada por Canavarro (1997), que cedeu autorização para sua utilização, fornecendo todo o material necessário para a aplicação e levantamento dos dados. Não foram feitas traduções para o português utilizado no Brasil, por não se fazerem necessárias, visto que, através de estudo piloto, foi possível avaliar a compreensão dos indivíduos estudados sobre o instrumento.

5.4.3 A *Toronto Alexithymia Scale*

Desde a definição do termo *alexitimia* por Sifneos (1973), vários instrumentos têm surgido a fim de possibilitar a mensuração desse fenômeno.

Em 1973, Sifneos desenvolveu o *Beth Israel Questionnaire* (BIQ), que, segundo Prazeres (1996), serviu como referência para outros trabalhos, como o *Schalling Sifneos Personality Profile* (SSPP), criado por Sifneos e Appel no final da década de 70.

Outras escalas foram surgindo através dos anos, porém, dentre os instrumentos disponíveis, a Escala de Alexitimia de Toronto⁷⁴ parece ser a que apresenta qualidade satisfatória quanto à validade e fidelidade de seus itens (Cerchiari, 1998; Yoshida, 2000).

Cardoso (1995) traduziu a escala TAS-20, na sua versão 3, para a população portuguesa. A autora cedeu essa versão para Cerchiari, em 1998, que a utilizou no Brasil, mas com pequenas alterações linguísticas. No presente estudo, estas

⁷⁴ A versão mais recente deste instrumento é a TAS-20 (versão 3), desenvolvida por Taylor, Bagby e Parker em 1992.

alterações não se fizeram necessárias, tendo sido utilizada, então, a versão de Cardoso (1995).

A TAS-20 é uma escala de vinte itens cotados de 1 (nunca) a 5 (sempre). O escore é obtido através da soma de todos os itens, dos quais cinco deles (4, 5, 10, 18 e 19) têm sua contagem inversa às demais.

O escore ≥ 61 pontos indica a presença de alexitimia, e os valores ≤ 61 pontos apontam a ausência de alexitimia.

Segundo Taylor et al. (1992, Apêndice B, C), a escala divide-se em três fatores:

1. Fator 1: o indivíduo apresenta dificuldade de identificar e distinguir sentimentos;
2. Fator 2: o indivíduo possui dificuldade de descrever sentimentos;
3. Fator 3: o pensamento do indivíduo está orientado para o exterior.

Para os autores citados acima, os fatores 2 e 3 refletem o que Marty e M'Uzan (1962/1994), da escola francesa, chamam de *pensamento operatório*. Numa outra visão, a alexitimia pode ser pensada como o resultado de fenômenos aos quais Sami-Ali (1987b/1995) nomeia de *recalcamento do imaginário, subjetividade suprimida e domínio do banal* (ver p. 23). Nesse sentido, a escala TAS-20 se presta, então, também para uma investigação na qual o modelo de referência seja o de Sami-Ali.

5.5 Capacitação dos entrevistadores

Todos os entrevistadores eram estudantes de psicologia que passaram por um processo de seleção realizado pela pesquisadora responsável.

A fim de facilitar a compreensão sobre os objetivos do estudo e sua importância, todos os selecionados primeiramente estudaram sobre os assuntos abordados e inteiraram-se com o tema através de seminários.

Num segundo momento, as estagiárias foram apresentadas aos instrumentos a serem utilizados, e foram estimuladas a adquirir o conhecimento teórico-técnico necessário para sua aplicação, incluindo técnica de entrevista e abordagem ao paciente, baseada em Craig (1989/1991) e Bleger (1979/1987). Tendo então esses conhecimentos – obtidos inicialmente através de leituras e seminários – foram realizadas dramatizações das entrevistas nas quais eram simuladas diversas situações que poderiam ocorrer durante a aplicação.

Nessa etapa, já recebiam orientações sobre como deveriam se apresentar aos pacientes, sobre como deveriam reagir em diferentes situações, sobre como e onde buscar dados diagnósticos dos entrevistados e sobre a importância de serem claras e simples ao falar, entre outras. Dúvidas também eram sanadas durante esses encontros, junto à pesquisadora.⁷⁵

Somente após todas essas etapas é que, então, as estagiárias foram ou não consideradas aptas para o trabalho de campo.

5.6 Estudo piloto

O objetivo da realização do estudo piloto foi, entre outros, esclarecer, refinar e qualificar o processo de entrevista. Serviu ainda para medir a duração da aplicação e avaliar a aplicabilidade e compreensão dos instrumentos. Esse procedimento foi realizado no HE-UFPEL (RS, Brasil) com cinco pacientes.

⁷⁵ A pesquisadora responsável participou de todos os momentos envolvidos nessa etapa. Além disso, todas as entrevistadoras possuíam acesso para contatá-la sempre que necessário.

Através dessa amostra, foi possível observar que a autoaplicação dificultava o trabalho, devido à dificuldade de alguns pacientes em se movimentarem. A partir dessa constatação, optou-se por uma heteroavaliação, na qual a entrevistadora preenchia os formulários conforme a resposta fornecida pelo paciente. Não foram observados constrangimentos nesse sentido.

5.7 Aspectos éticos

As pesquisas que envolvem seres humanos implicam preocupações éticas, já que a participação é voluntária e, por vezes, oferece riscos e/ou inconveniências aos participantes do estudo.

Em outubro de 1996, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou uma nova versão de normas a respeito de pesquisas com seres humanos. As leis federais exigem que os projetos envolvendo pessoas sejam avaliados por um Comitê de Ética, o qual deve assegurar os direitos e o bem-estar dos participantes (CNS, 1996; Conselho Federal de Medicina [CFM], 1996; Lo, 2001/2003).

A fim de cumprir com esses propósitos, elaborou-se, então, um consentimento informado, aprovado pelo Comitê de Ética do HE-UFPEL (RS, Brasil) (ver Apêndice D). Nesse documento, constavam breves dados sobre o trabalho e seus objetivos, explicava ao paciente seus direitos, por quais procedimentos passaria caso concordasse em participar e, ainda, fornecia informações sobre onde poderia clarificar outras dúvidas sobre a pesquisa. Junto a esses dados, o paciente assinava um consentimento de sua participação voluntária no estudo, que era arquivado pela responsável e mantido em sigilo.

5.8 Coleta de dados

A coleta dos dados ocorreu no período compreendido entre setembro de 2003 e julho de 2004, através de formulário de identificação e das escalas descritas anteriormente (ver Apêndices A, B e C).

5.9 Processamento e análise de dados

Após a aplicação dos questionários, todas as respostas às questões fechadas (pré-codificadas) foram transcritas para a coluna da codificação. Em seguida, procedeu-se à tabulação das respostas às questões abertas, criando-se os códigos e voltando-se aos questionários para completar a codificação.

Uma vez codificados e revisados, os questionários foram duplamente digitados no programa EPI-INFO 6.04b (Dean et al., 1999). Foi criada uma estrutura própria para os questionários, com programação de amplitude e consistência das variáveis. A dupla digitação visa a reduzir a possibilidade de erros de digitação, imprimindo assim maior fidedignidade à análise dos dados.

Após a comparação e correção das diferenças entre os dois bancos de dados, as informações foram exportadas para o programa SPSS for Windows, versão 10.0, no qual foram obtidas, inicialmente, frequências simples de todas as variáveis. Em seguida, foram rotuladas apropriadamente e criadas novas variáveis.

Uma vez que as variáveis de desfecho eram quantitativas discretas (pontos nas escalas de vinculação) e a variável de exposição era qualitativa nominal (tipo de paciente: toxicodependente, doente psicossomático ou controle), a análise bivariada

foi feita através da análise de variância (ANOVA) e o nível de significância considerado foi de 95%, correspondendo a um p-valor de 0,05.

Quando foram analisadas as variações nas escalas de vinculação conforme as características sociodemográficas dos pacientes, utilizou-se o teste *t de Student* para variáveis dicotômicas e ANOVA para variáveis nominais. Quando a variável era ordinal, observou-se o teste para tendência linear (Altman, 1977).

Para a comparação entre proporções de pacientes com alexitimia dentre os toxicodependentes, foi utilizado o teste do qui-quadrado, com o mesmo nível de significância de 95%.

6 Resultados

A definição dos fenômenos científicos deve basear-se nos fenômenos tais como vemos. Não nos compete basear nossa definição em idéias daquilo que, em nossa opinião, os fenômenos deveriam ser. A busca dessas pedras de toque parece nascer de uma convicção pessoal de que as leis simples e as distinções absolutas sublinham necessariamente qualquer série interligada de fenômenos.

C. F. A. PANTIN, *The relation between the Sciences*

6.1 Características da amostra

A amostra constituiu-se de 149 pacientes subdivididos em três grupos: 50 toxicodependentes (dependentes de cocaína – CID-10 [1992/1993]: F14.21), 49 doentes psicossomáticos (alexitimia secundária – Sifneos [1979/1989, 1991]) e 50 pacientes do grupo controle.

Os dados obtidos através do Formulário de Identificação possibilitaram a visualização de alguns aspectos sociodemográficos característicos da amostra, tais como idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda familiar, número e idade de filhos, constelação familiar, com quem coabita, residência, número de internações hospitalares anteriores e motivo da internação atual (diagnóstico).

Na Tabela 4, é possível observar como as características sociodemográficas se apresentaram em cada grupo.

Quanto ao sexo, observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,001$), tendo o de toxicodependentes se constituído de maior

número de pacientes do sexo masculino do que feminino, contrastando com os demais, nos quais, que em sua maioria, predominaram mulheres.

A média de idade dos entrevistados foi igual a 39 anos, variando de 18 a 63 anos e a maioria (47%) entre 25 e 44 anos. A maior parte dos toxicodependentes (86%) encontrava-se nos grupos abaixo de 44 anos, sendo assim mais jovens do que os outros dois grupos, cujos componentes concentraram-se nas faixas acima de 25 anos. Essa diferença demonstrou-se estatisticamente significativa ($p < 0,001$), o que não ocorreu entre os grupos analisados quanto ao estado civil.

Quanto ao número de filhos, 42% dos entrevistados possuíam de um a três filhos, e 50% dos toxicodependentes não os possuíam, observando-se uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) em relação aos outros dois grupos.

Em relação ao fato de residir com a família e sobre como se apresentou a constelação familiar dos entrevistados, não foram observadas diferenças significativas entre os grupos ($p = 0,826$ e $p = 0,957$, respectivamente).

Na distribuição quanto à escolaridade, notou-se que 65% dos entrevistados não completaram o primeiro grau. Entretanto, enquanto o grupo de toxicodependentes e o de controle se comportaram de maneira semelhante neste aspecto, os doentes psicossomáticos apresentaram escolaridade muito inferior, sendo que apenas 10% completaram o primeiro grau ou mais, concorrendo para que essa diferença entre os grupos fosse estatisticamente significativa ($p < 0,001$). A grande maioria dos entrevistados (93%) não estava estudando no momento da entrevista, não tendo sido observadas diferenças importantes entre os grupos ($p = 0,06$).

A média de renda foi igual a R\$ 615,00 (desvio padrão=684,41). Contudo, essa distribuição não foi normal,⁷⁶ tendo tido uma variabilidade muito larga que foi

⁷⁶ Ver figura 1, p. 218.

de R\$ 0,00 a R\$ 4.800,00. A renda mais frequente foi de R\$ 240,00, valor relativo a um salário mínimo (sm) nacional.

Ainda sobre renda, observa-se que o grupo de toxicodependentes apresenta salários maiores que os demais. Enquanto que destes, 79% possuíam uma renda acima de 0,5 salário mínimo, 81% dos doentes psicossomáticos e 70% do grupo controle apresentaram renda inferior ou igual a 0,5 salário. Essa diferença mostrou-se estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

TABELA 4

Distribuição dos grupos estudados de acordo com características sociodemográficas.

Pelotas, RS, Brasil, 2004

| Variável | p-valor | Toxicode- pendentes | Doentes psicossomáticos | Controles | Total |
|----------------------|---------|------------------------|----------------------------|-----------|-----------|
| Sexo | < 0,001 | | | | |
| Masculino | | 49 (98%) | 6 (12%) | 8 (16%) | 63 (42%) |
| Feminino | | 1 (2%) | 43 (88%) | 42 (84%) | 86 (58%) |
| Idade (anos) | < 0,001 | | | | |
| 18 a 24 | | 19 (38%) | 3 (6%) | 9 (18%) | 31 (21%) |
| 25 a 44 | | 24 (48%) | 26 (53%) | 20 (40%) | 70 (47%) |
| 45 a 63 | | 7 (14%) | 20 (41%) | 21 (42%) | 48 (32%) |
| Estado civil | 0,583 | | | | |
| Sem companheiro(a) | | 29 (58%) | 24 (49%) | 29 (58%) | 82 (55%) |
| Com companheiro(a) | | 21 (42%) | 25 (51%) | 21 (42%) | 67 (45%) |
| Número de filhos | < 0,01 | | | | |
| Nenhum | | 25 (50%) | 8 (16%) | 16 (32%) | 49 (33%) |
| 1 a 3 | | 19 (38%) | 26 (53%) | 18 (36%) | 63 (42%) |
| 4 e mais | | 6 (12%) | 15 (31%) | 16 (32%) | 37 (25%) |
| Reside com a família | 0,826 | | | | |
| Sim | | 43 (86%) | 43 (88%) | 45 (90%) | 131 (88%) |
| Não | | 7 (14%) | 6 (12%) | 5 (10%) | 18 (12%) |
| Constelação familiar | 0,957 | | | | |
| Estruturada | | 43 (86%) | 43 (88%) | 43 (86%) | 129 (87%) |
| Não estruturada | | 7 (14%) | 6 (12%) | 7 (14%) | 20 (13%) |

Continua

| Variável | p-valor | Toxicode- pendentes | Doentes psicossomáticos | Controles | Total |
|---|---------|------------------------|----------------------------|-----------|-----------|
| Escolaridade | < 0,001 | | | | |
| Menos de 1º grau | | 26 (52%) | 44 (90%) | 27 (54%) | 97 (65%) |
| 1º grau ou mais | | 24 (48%) | 5 (10%) | 23 (46%) | 52 (35%) |
| Está estudando | 0,060 | | | | |
| Sim | | 1 (2%) | 3 (6%) | 7 (14%) | 11 (7%) |
| Não | | 49 (98%) | 46 (94%) | 43 (86%) | 138 (93%) |
| Renda <i>per capita</i> (sm) < 0,001 ^a | | | | | |
| Até 0,5 | | 10 (21%) | 39 (81%) | 33 (70%) | 82 (57%) |
| 0,51 a 1 | | 17 (35%) | 7 (15%) | 10 (21%) | 34 (24%) |
| Mais de 1 | | 21 (44%) | 2 (4%) | 4 (9%) | 27 (19%) |
| Total | | 50 (100%) | 49 (100%) | 50 (100%) | -- |

Nota. Dados Formulário de Identificação.

^a De seis entrevistados não foi possível obter informação sobre a renda.

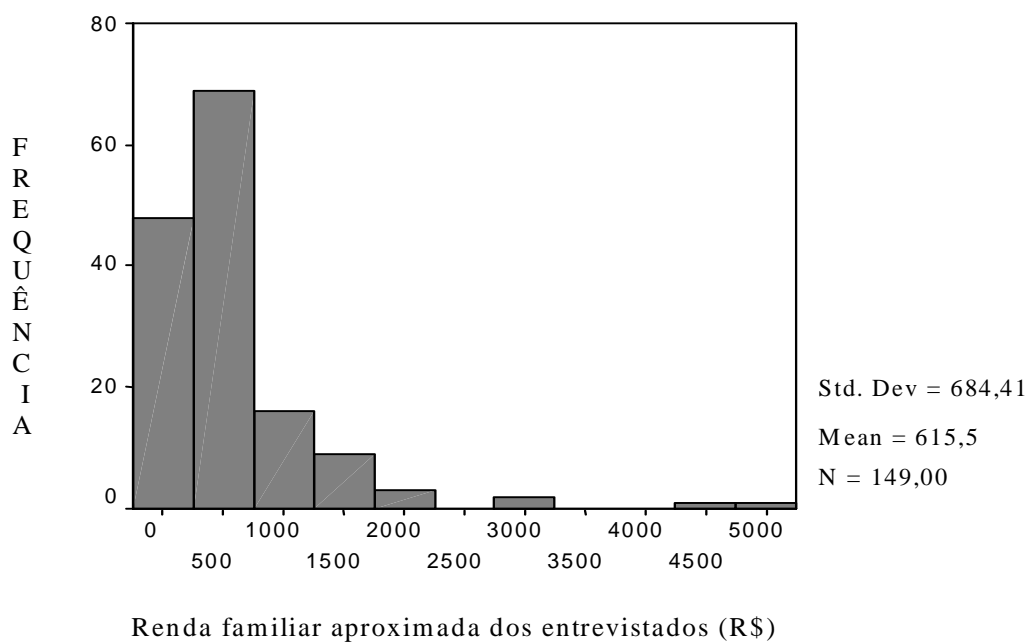


Figura 1. Histograma da renda familiar aproximada dos entrevistados

Na Tabela 5, estão apresentados os dados referentes ao número e proporção de sujeitos com, pelo menos, uma internação anterior. Enquanto que no grupo dos cocaína-dependentes 40% dos pacientes já haviam sofrido internação anterior, praticamente o dobro de pacientes nos outros dois grupos já havia passado por outra(s) internação(es).

TABELA 5

Número e proporção de sujeitos com internações anteriores conforme o tipo de paciente. Pelotas, RS, Brasil, 2004

| Sujeitos | Teve internações anteriores | |
|-------------------------|-----------------------------|-------|
| | n | % |
| Toxicodependentes | 20 | 40,0% |
| Doentes psicossomáticos | 38 | 77,6% |
| Controles | 40 | 80,0% |
| Total | 98 | 65,8% |

Nota. Dados Formulário de Identificação.

As tabelas a seguir apresentam o diagnóstico do paciente no momento da entrevista.

Entre os toxicodependentes, observa-se uma alta comorbidade entre dependência de cocaína e a dependência de outras substâncias.

TABELA 6

Diagnóstico na internação entre os pacientes toxicodependentes. Pelotas, RS, Brasil, 2004

| Diagnóstico | Pacientes | |
|---|-----------|------|
| | n | % |
| Dependência somente de cocaína | 15 | 30% |
| Dependência de cocaína e álcool | 20 | 40% |
| Dependência de cocaína e outras substâncias | 15 | 30% |
| Total | 50 | 100% |

Nota. Dados Formulário de Identificação.

Nas tabelas 7 e 8, estão apresentados os diagnósticos encontrados entre os doentes psicossomáticos e pacientes do grupo controle. O motivo de internação mais frequente nos dois grupos foi o seguimento pós-cirúrgico.

TABELA 7

Diagnóstico na internação entre os doentes psicossomáticos. Pelotas, RS, Brasil, 2004

| Diagnóstico | Pacientes | |
|------------------------------|-----------|------|
| | n | % |
| Seguimento pós-cirúrgico | 9 | 18,4 |
| Cirurgia profilática | 7 | 14,3 |
| Doença respiratória | 3 | 6,1 |
| Diabetes | 2 | 4,1 |
| Tuberculose | 1 | 2,0 |
| Anemia falciforme | 1 | 2,0 |
| Transtornos dos movimentos | 1 | 2,0 |
| Insuficiência cardíaca | 1 | 2,0 |
| Cardiopatia | 1 | 2,0 |
| Insuficiência vascular | 1 | 2,0 |
| Pneumonia | 1 | 2,0 |
| Bronquiolite | 1 | 2,0 |
| Enfisema | 1 | 2,0 |
| Asma | 1 | 2,0 |
| Úlcera gástrica | 1 | 2,0 |
| Hérnia abdominal | 1 | 2,0 |
| Artrite | 1 | 2,0 |
| Esclerose sistêmica | 1 | 2,0 |
| Nefrite aguda | 1 | 2,0 |
| Insuficiência renal aguda | 1 | 2,0 |
| Doença inflamatória do útero | 1 | 2,0 |
| Continua | | |

| Diagnóstico | Pacientes | |
|---------------------------------|-----------|------|
| | n | % |
| Endometriose | 1 | 2,0 |
| Mola hidatiforme | 1 | 2,0 |
| Problema urinário | 1 | 2,0 |
| Cirurgia reparadora | 1 | 2,0 |
| Exame de seguimento | 1 | 2,0 |
| HIV positivo | 1 | 2,0 |
| Seguimento ortopédico | 1 | 2,0 |
| Outro cuidado médico | 1 | 2,0 |
| Quimioterapia | 1 | 2,0 |
| Cuidado médico não especificado | 1 | 2,0 |
| Outro estado pós-cirúrgico | 1 | 2,0 |
| Total | 49 | 100% |

Nota. Dados Formulário de Identificação.

TABELA 8

Diagnóstico na internação entre os pacientes controles. Pelotas, RS, Brasil, 2004

| Diagnóstico | Pacientes | |
|------------------------------------|-----------|------|
| | n | % |
| Seguimento pós-cirúrgico | 8 | 16,0 |
| Infecção de vias aéreas superiores | 4 | 8,0 |
| Outro cuidado médico | 4 | 8,0 |
| Não informado | 2 | 4,0 |
| Cardiopatía | 2 | 4,0 |
| Asma | 2 | 4,0 |
| Cirurgia profilática | 2 | 4,0 |
| Câncer de pele | 1 | 2,0 |
| Câncer de mama | 1 | 2,0 |
| Afecção hemorrágica | 1 | 2,0 |
| Diabetes | 1 | 2,0 |
| Alta estatura constitucional | 1 | 2,0 |
| Transtorno delirante | 1 | 2,0 |
| Hipertensão | 1 | 2,0 |
| Angina | 1 | 2,0 |
| Cardiopatía isquêmica | 1 | 2,0 |
| Outra afecção cardíaca | 1 | 2,0 |
| Pneumonia bacteriana | 1 | 2,0 |
| Pneumonia em outra doença | 1 | 2,0 |
| Pneumonia | 1 | 2,0 |
| Bronquiolite | 1 | 2,0 |
| Continua | | |

| Diagnóstico | Pacientes | |
|-----------------------------------|-----------|------|
| | n | % |
| Doença das vias aéreas superiores | 1 | 2,0 |
| Doença respiratória | 1 | 2,0 |
| Hemorragia digestiva | 1 | 2,0 |
| Artrite reumatóide | 1 | 2,0 |
| Síndrome nefrítica aguda | 1 | 2,0 |
| Transtorno de bexiga | 1 | 2,0 |
| Infecção puerperal | 1 | 2,0 |
| Cisto do colédoco | 1 | 2,0 |
| Problema urinário | 1 | 2,0 |
| Exame ginecológico | 1 | 2,0 |
| HIV positivo | 1 | 2,0 |
| Seguimento de cirurgia plástica | 1 | 2,0 |
| Total | 50 | 100% |

Nota. Dados Formulário de Identificação.

6.2 Dados da Escala de Vinculação do Adulto

Ao compararem-se os resultados quanto ao tipo de vinculação entre os toxicodependentes e os doentes psicossomáticos, notou-se diferença significativa ($p < 0,001$) entre os tipos de vinculação segura e ansiosa. Na Tabela 9, é possível observar que o primeiro grupo está mais ansioso e menos seguro em relação ao grupo de psicossomáticos. Em ambos a vinculação mais frequente foi do tipo ansiosa.

TABELA 9

Pontuação (média e desvio-padrão) na escala de vinculação entre toxicodependentes e doentes psicossomáticos. Pelotas, RS, Brasil, 2004

| Grupo | Tipo de vinculação | | | Total |
|-------------------------|--------------------|-------------|-------------|-------------|
| | Ansiosa | Segura | Evitante | |
| Toxicodependentes | 25,2 (9,3) | 12,1 (4,5) | 13,9 (3,8) | 51,1 (10,3) |
| Doentes psicossomáticos | 18,7 (6,6) | 16,2 (3,1) | 13,1 (3,8) | 46,2 (10,8) |
| p-valor | $p < 0,001$ | $p < 0,001$ | $P = 0,259$ | – |

Nota. Dados EVA.

Na comparação entre o grupo de doentes psicossomáticos e o grupo controle (Tabela 10), não foram notadas diferenças entre ambos.

TABELA 10

Pontuação (média e desvio-padrão) na escala de vinculação entre doentes psicossomáticos e controles. Pelotas, RS, Brasil, 2004

| Grupo | Tipo de vinculação | | | Total |
|-------------------------|--------------------|------------|------------|-------------|
| | Ansiosa | Segura | Evitante | |
| Doentes psicossomáticos | 18,7 (6,6) | 16,2 (3,1) | 13,1 (3,8) | 46,2 (10,8) |
| Controles | 16,3 (5,3) | 17,0 (3,0) | 11,9 (3,3) | 42,6 (8,7) |
| p-valor | p=0,09 | p=0,135 | p=0,120 | – |

Nota. Dados EVA.

Já na comparação entre o grupo de toxicodependentes e grupo controle, houve diferença estatisticamente significativa em todos os tipos de vinculação. Os pacientes do primeiro grupo tiveram uma frequência maior nas vinculações dos tipos ansiosa e evitante, enquanto que os de controle demonstraram maior prevalência de vinculação do tipo segura.

TABELA 11

Pontuação (média e desvio-padrão) na escala de vinculação entre pacientes toxicodependentes e controles. Pelotas, RS, Brasil, 2004

| Grupo | Tipo de vinculação | | | Total |
|-------------------|--------------------|------------|------------|------------|
| | Ansiosa | Segura | Evitante | |
| Toxicodependentes | 25,2 (9,3) | 12,1 (4,5) | 13,9 (3,8) | 51,1 (8,8) |
| Controles | 16,3 (5,3) | 17,0 (3,0) | 11,9 (3,3) | 42,6 (8,7) |
| p-valor | p< 0,001 | p< 0,001 | p< 0,01 | – |

Nota. Dados EVA.

Quando reunidos os doentes psicossomáticos e toxicod dependentes em um único grupo, foi possível notar diferença estatisticamente significativa quanto a todos os tipos de vinculação. Através da Figura 2, é possível identificar esses dados.

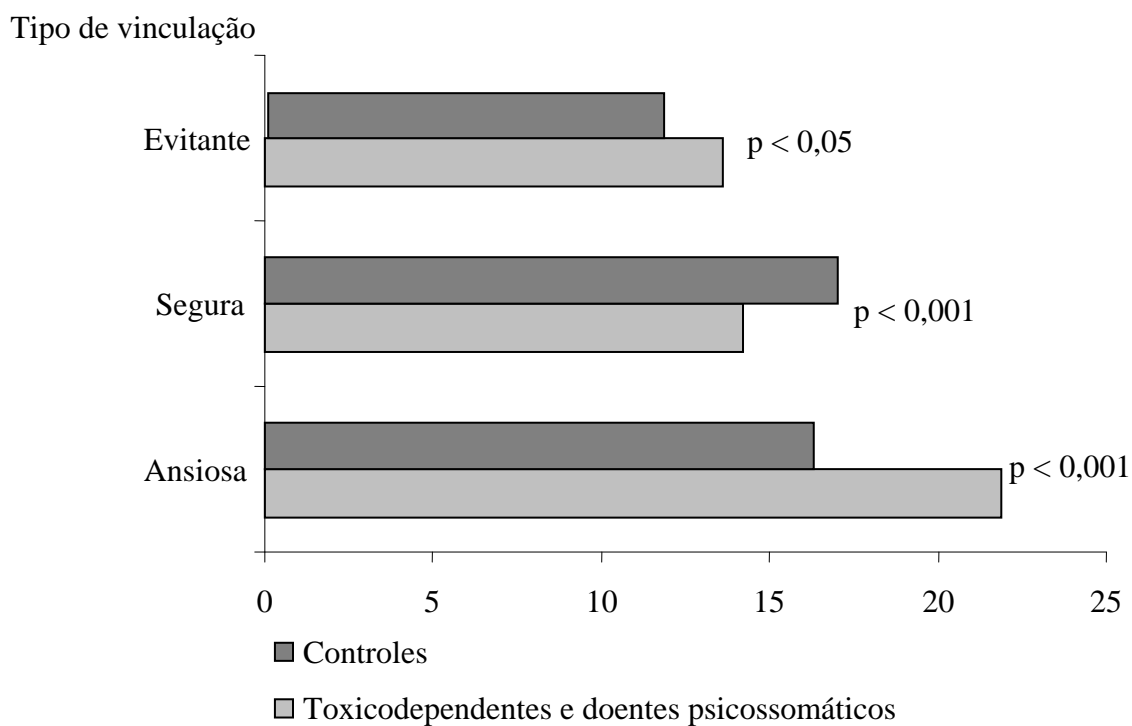


Figura 2. Médias nas escalas de vinculação de acordo com o tipo de paciente

Conforme descrito na Tabela 12, não foram encontradas diferenças significativas quanto ao tipo de vinculação, em nenhuma das características sociodemográficas, entre os toxicodependentes.

TABELA 12

Pontuação (média e desvio-padrão) na escala de vinculação de acordo com características sociodemográficas entre pacientes toxicodependentes. Pelotas, RS, Brasil, 2004

| Variável | Tipo de vinculação | | |
|---------------------|--------------------|-------------|-------------|
| | Ansiosa | Segura | Evitante |
| Sexo | | | |
| Masculino | 25,3 (9,3) | 12,1 (4,6) | 14,0 (3,8) |
| Feminino | 18,0 (----) | 16,0 (----) | 12,0 (----) |
| | p=0,441 | p=0,396 | p=0,604 |
| Idade | | | |
| 18 a 24 | 25,4 (8,7) | 11,8 (4,3) | 13,9 (3,5) |
| 25 a 44 | 25,6 (10,7) | 13,1 (5,1) | 13,5 (4,1) |
| 45 a 63 | 23,1 (6,5) | 10,0 (2,3) | 15,7 (3,1) |
| | p=0,681* | p=0,703* | p=0,553 |
| Estado civil | | | |
| Sem companheiro(a) | 23,3 (9,7) | 12,7 (5,0) | 13,9 (4,3) |
| Com companheiro(a) | 27,9 (8,1) | 11,4 (3,7) | 14,1 (2,9) |
| | p=0,084 | p=0,347 | p=0,830 |

Continua

| Variável | Tipo de vinculação | | |
|-------------------------------------|--------------------|-------------|-------------|
| | Ansiosa | Segura | Evitante |
| Reside com a família | | | |
| Sim | 26,0 (9,1) | 12,0 (4,5) | 14,2 (3,5) |
| Não | 20,1 (9,5) | 12,9 (5,3) | 12,7 (5,4) |
| | p=0,122 | p=0,658 | p=0,349 |
| Constelação familiar | | | |
| Estruturada | 25,8 (9,2) | 12,0 (4,4) | 14,1 (3,4) |
| Não estruturada | 21,3 (9,6) | 13,0 (5,5) | 13,0 (5,7) |
| | p=0,235 | p=0,595 | p=0,472 |
| Escolaridade | | | |
| Menos de 1º grau | 24,7 (8,5) | 11,9 (4,0) | 14,5 (3,7) |
| 1º grau ou mais | 28,3 (9,8) | 11,8 (4,5) | 13,3 (3,9) |
| | p=0,216 | p=0,934 | p=0,342 |
| Está estudando no momento | | | |
| Sim | 35,0 (----) | 11,0 (----) | 18,0 (----) |
| Não | 24,9 (9,3) | 12,2 (4,6) | 13,9 (3,8) |
| | p=0,291 | p=0,802 | p=0,282 |
| Renda <i>per capita</i> (sm) | | | |
| Até 0,5 | 23,4 (8,9) | 10,8 (4,8) | 15,4 (5,0) |
| 0,51 a 1 | 22,0 (9,3) | 14,8 (4,9) | 13,6 (3,8) |
| Mais de 1 | 28,6 (8,8) | 11,2 (2,9) | 13,0 (2,4) |
| | p=0,078 | p=0,690 | p=0,108 |
| Total | 25,2 (9,3) | 12,1 (4,5) | 13,9 (3,8) |

Nota. Dados Formulário de Identificação e EVA

* p-valor para tendência linear

Entre os doentes psicossomáticos, a pontuação na escala de vinculação, de acordo com as características sociodemográficas, revelou algumas diferenças.

Na Tabela 13, é possível notar que os pacientes do sexo masculino desenvolveram vinculações do tipo ansiosa e evitante com mais frequência que as mulheres, tendo sido esta diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$ e $p < 0,01$, respectivamente). Não houve diferenças nesse sentido quanto à vinculação do tipo segura.

Quanto à idade, observa-se uma tendência linear, pois, à medida que aumenta, a vinculação do tipo segura também se torna mais frequente. Esse dado demonstrou ser estatisticamente significativo ($p < 0,001$). Nos outros dois tipos de vinculação analisados, também há uma indicação de tendência linear, porém sem significância estatística.

Os pacientes que residiam com a família no momento da entrevista apresentaram uma prevalência significativamente menor de vinculação do tipo evitante em relação àqueles que não residiam ($p < 0,05$). Em todas as outras situações analisadas não foram detectadas diferenças significativas (Tabela 13).

TABELA 13

Pontuação (média e desvio-padrão) na escala de vinculação de acordo com características sociodemográficas entre doentes psicossomáticos. Pelotas, RS, Brasil, 2004

| Variável | Tipo de vinculação | | |
|-------------------------|--------------------|------------|------------|
| | Ansiosa | Segura | Evitante |
| Sexo | | | |
| Masculino | 26,0 (6,2) | 17,2 (1,9) | 16,7 (2,5) |
| Feminino | 17,7 (6,0) | 16,1 (3,2) | 12,5 (3,5) |
| | p < 0,05 | p=0,408 | p<0,01 |
| Idade (anos) | | | |
| 18 a 24 | 14,0 (4,6) | 13,3 (0,6) | 9,7 (1,2) |
| 25 a 44 | 18,9 (6,6) | 15,7 (2,8) | 13,3 (3,8) |
| 45 a 63 | 19,1 (6,9) | 17,4 (3,1) | 13,5 (3,9) |
| | p=0,429* | p < 0,01* | p=0,266* |
| Estado civil | | | |
| Sem companheiro(a) | 18,1 (6,7) | 15,8 (3,4) | 12,9 (3,9) |
| Com companheiro(a) | 19,3 (6,6) | 16,6 (2,7) | 13,4 (3,8) |
| | p=0,517 | p=0,386 | p=0,634 |
| Número de filhos | | | |
| Nenhum | 19,3 (9,2) | 17,5 (4,4) | 14,9 (3,9) |
| 1 a 3 | 18,2 (5,8) | 15,7 (3,1) | 12,9 (3,5) |
| 4 e mais | 19,3 (6,7) | 16,4 (1,9) | 12,6 (4,2) |
| | p=0,899* | p=0,614* | p=0,223 |

Continua

| Variável | Tipo de vinculação | | |
|-------------------------------------|--------------------|------------|------------|
| | Ansiosa | Segura | Evitante |
| Reside com a família | | | |
| Sim | 18,3 (6,5) | 16,0 (2,7) | 12,7 (3,7) |
| Não | 21,7 (7,3) | 17,7 (5,1) | 16,0 (3,8) |
| | p=0,246 | p=0,209 | p < 0,05 |
| Constelação familiar | | | |
| Estruturada | 18,9 (6,7) | 16,0 (2,7) | 13,1 (3,7) |
| Não estruturada | 16,8 (5,6) | 17,5 (5,2) | 13,7 (4,8) |
| | p=0,461 | p=0,266 | p=0,699 |
| Escolaridade | | | |
| Menos de 1º grau | 18,8 (6,4) | 16,5 (3,1) | 13,1 (3,8) |
| 1º grau ou mais | 17,8 (9,3) | 13,4 (0,9) | 13,2 (4,2) |
| | p=0,747 | p < 0,05 | p=0,972 |
| Está estudando no momento | | | |
| Sim | 15,0 (4,6) | 13,0 (0,0) | 10,3 (1,2) |
| Não | 18,9 (6,7) | 16,4 (3,1) | 13,3 (3,9) |
| | p=0,319 | p=0,063 | p=0,189 |
| Renda <i>per capita</i> (sm) | | | |
| Até 0,5 | 18,9 (6,7) | 15,8 (2,5) | 13,1 (3,9) |
| 0,51 a 1 | 16,3 (5,8) | 18,6 (4,5) | 13,3 (3,8) |
| Mais de 1 | 23,0 (9,9) | 17,0 (5,7) | 14,5 (4,9) |
| | p=0,993* | p=0,072* | p=0,669* |
| Total | 18,7 (6,6) | 16,2 (3,1) | 13,1 (3,8) |

Nota. Dados Formulário de Identificação e EVA

* p-valor para tendência linear

A Tabela 14 apresenta, ainda, as pontuações médias e desvios-padrão na escala de vinculação de acordo com as características sociodemográficas entre os pacientes do grupo controle.

Nessa análise, quatro itens demonstraram ser estatisticamente significativos.

O primeiro aponta que os homens desse grupo tiveram uma pontuação maior na escala de vinculação do tipo ansiosa em relação às mulheres: 20,6 no sexo masculino e 15,5 no sexo feminino ($p < 0,05$).

A idade foi o segundo item a demonstrar significância estatística. Observou-se aqui uma tendência linear, indicando que à medida que aumenta a idade dos entrevistados, diminui a frequência da vinculação do tipo ansiosa ($p < 0,05$). Quanto aos demais tipos de vinculação, a análise também indica uma tendência à linearidade, entretanto, com menor poder estatístico.

O terceiro item com diferença significativa foi o número de filhos. Aqueles que possuíam de um a três filhos apresentaram menor pontuação na escala de vinculação do tipo ansiosa em relação àqueles que possuíam quatro ou mais, ou que não possuíam filhos ($p < 0,05$).

Além disso, aqueles pacientes com escolaridade abaixo de primeiro grau apresentaram maior pontuação na escala de vinculação do tipo ansiosa em relação àqueles que possuíam primeiro grau completo ou maior nível de escolaridade ($p < 0,05$).

TABELA 14

Pontuação (média e desvio-padrão) na escala de vinculação de acordo com características sociodemográficas entre pacientes controles. Pelotas, RS, Brasil, 2004

| Variável | Tipo de vinculação | | |
|-------------------------|--------------------|------------|------------|
| | Ansiosa | Segura | Evitante |
| Sexo | | | |
| Masculino | 20,6 (3,3) | 17,3 (3,6) | 13,3 (1,7) |
| Feminino | 15,5 (5,3) | 17,0 (2,9) | 11,7 (3,5) |
| | p<0,05 | p=0,818 | p=0,239 |
| Idade (anos) | | | |
| 18 a 24 | 19,4 (5,3) | 16,7 (2,9) | 12,2 (2,8) |
| 25 a 44 | 16,7 (4,6) | 16,9 (2,4) | 11,9 (2,4) |
| 45 a 63 | 14,7 (5,6) | 17,2 (3,7) | 11,9 (4,3) |
| | p<0,05* | p=0,632* | p=0,874* |
| Estado civil | | | |
| Sem companheiro(a) | 16,8 (5,5) | 17,3 (3,5) | 12,0 (3,6) |
| Com companheiro(a) | 15,8 (5,1) | 16,6 (2,2) | 11,9 (2,9) |
| | p=0,519 | p=0,379 | p=0,959 |
| Número de filhos | | | |
| Nenhum | 19,8 (4,5) | 17,3 (2,8) | 12,6 (2,2) |
| 1 a 3 | 13,3 (4,6) | 16,5 (3,6) | 11,5 (4,3) |
| 4 e mais | 16,3 (4,9) | 17,3 (2,7) | 11,9 (3,0) |
| | p<0,05* | p=1,000* | p=0,521* |

Continua

| Variável | Tipo de vinculação | | |
|-------------------------------------|--------------------|------------|------------|
| | Ansiosa | Segura | Evitante |
| Reside com a família | | | |
| Sim | 16,4 (5,3) | 17,0 (3,0) | 11,8 (3,4) |
| Não | 15,6 (5,7) | 17,2 (3,8) | 13,2 (1,5) |
| | p=0,747 | p=0,890 | p=0,390 |
| Constelação familiar | | | |
| Estruturada | 16,1 (5,5) | 16,9 (2,9) | 11,9 (3,5) |
| Não estruturada | 18,0 (3,7) | 17,6 (3,7) | 12,0 (1,9) |
| | p=0,379 | p=0,609 | p=0,986 |
| Escolaridade | | | |
| Menos de 1º grau | 17,9 (5,5) | 16,6 (2,9) | 12,6 (2,4) |
| 1º grau ou mais | 14,6 (4,6) | 17,5 (3,1) | 11,3 (4,0) |
| | p<0,05 | p=0,329 | p=0,155 |
| Está estudando | | | |
| Sim | 14,9 (4,3) | 16,9 (2,3) | 11,7 (3,3) |
| Não | 16,6 (5,5) | 17,1 (3,2) | 12,0 (3,4) |
| | p=0,432 | p=0,880 | p=0,821 |
| Renda <i>per capita</i> (sm) | | | |
| Até 0,5 | 16,9 (5,6) | 16,7 (3,2) | 12,3 (3,5) |
| 0,51 a 1 | 15,6 (5,4) | 17,2 (2,3) | 10,9 (2,9) |
| Mais de 1 | 17,5 (2,4) | 19,0 (3,2) | 12,8 (1,5) |
| | p=0,883* | p=0,178* | p=0,743* |
| Total | 16,3 (5,3) | 17,0 (3,0) | 11,9 (3,3) |

Nota. Dados Formulário de Identificação e EVA

* p-valor para tendência linear

6.3 Dados da Toronto Alexithymia Scale

A Figura 3 ilustra a presença de alexitimia entre os pacientes toxicodependentes e doentes psicossomáticos. A partir dela, nota-se que não houve diferença estatisticamente significativa quanto à presença dessa característica entre os grupos.

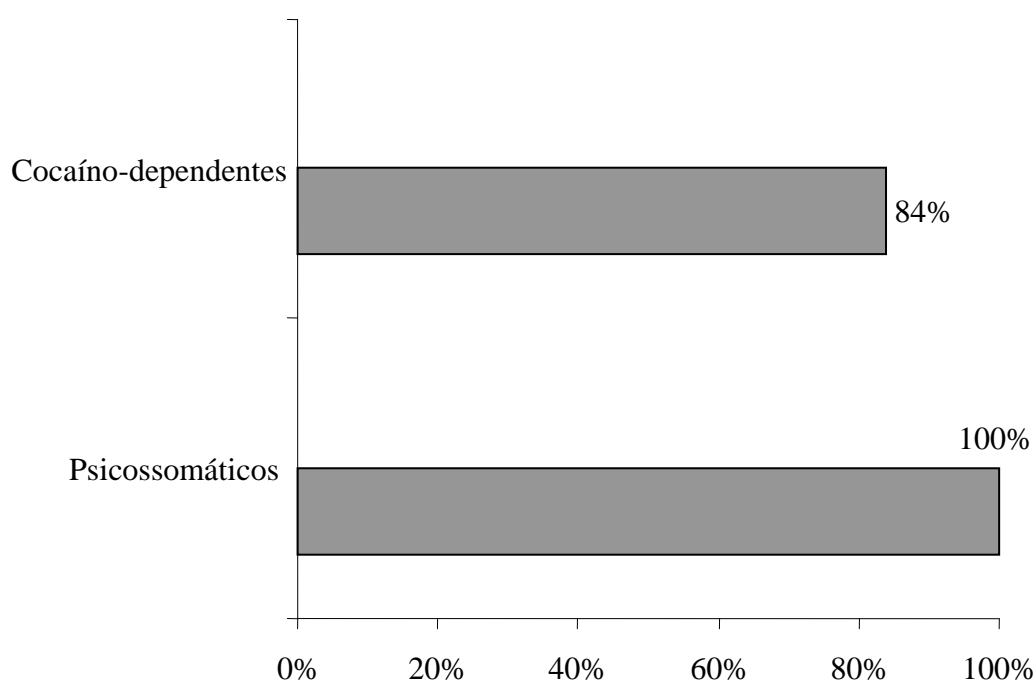


Figura 3. Prevalência de alexitimia conforme o tipo de paciente

A Tabela 15 apresenta a prevalência de alexitimia de acordo com as características sociodemográficas entre os toxicodependentes. Conforme apresentado, não foram observadas diferenças significativas entre os dados, ou seja, entre as categorias analisadas não houve diferenças que apontassem ter maior importância sobre a presença de alexitimia entre os toxicodependentes.

TABELA 15

Prevalência de alexitimia de acordo com características sociodemográficas entre pacientes toxicodependentes. Pelotas, RS, Brasil, 2004

| Variável | N (%) | p-valor |
|----------------------|----------|---------|
| Sexo | | 1,000 |
| Masculino | 41 (84%) | |
| Feminino | 1 (100%) | |
| Idade (anos) | | 0,243* |
| 18 a 24 | 15 (79%) | |
| 25 a 44 | 20 (83%) | |
| 45 a 63 | 7 (100%) | |
| Estado civil | | 0,146 |
| Sem companheiro(a) | 22 (76%) | |
| Com companheiro(a) | 20 (95%) | |
| Número de filhos | | 0,163* |
| Nenhum | 19 (76%) | |
| 1 a 3 | 17 (90%) | |
| 4 e mais | 6 (100%) | |
| Reside com a família | | 1,000 |
| Sim | 36 (84%) | |
| Não | 6 (86%) | |
| Constelação familiar | | 0,673 |
| Estruturada | 37 (86%) | |
| Não estruturada | 5 (71%) | |

Continua

| Variável | N (%) | p-valor |
|------------------------------|-----------|---------|
| Escolaridade | | 0,793 |
| Menos de 1º grau | 21 (81%) | |
| 1º grau ou mais | 21 (88%) | |
| Está estudando no momento | | 1,000 |
| Sim | 1 (100%) | |
| Não | 41 (84%) | |
| Renda <i>per capita</i> (sm) | | 0,678* |
| Até 0,5 | 10 (100%) | |
| 0,51 a 1 | 10 (59%) | |
| Mais de 1 | 20 (95%) | |
| Total | 42 (84%) | – |

Nota. Dados Formulário de Identificação e TAS- 20

* p-valor para tendência linear

Na Tabela 16, estão apresentados os dados de prevalência de alexitimia em toda a amostra quanto às características sociodemográficas dos pacientes.

Quanto ao sexo, observou-se que a prevalência de alexitimia foi mais frequente entre as mulheres, e esse dado demonstrou-se estatisticamente significativo ($p < 0,05$).

Em relação à idade dos entrevistados, notou-se uma diferença estatisticamente significativa entre as categorias, além de haver indicação para tendência linear. À medida que a idade aumentou, aumentou também a prevalência de alexitimia.

Outro dado que apresentou significância estatística refere-se ao número de filhos dos entrevistados. Quanto mais filhos os pacientes possuíam, maior foi a presença de alexitimia ($p < 0,05$).

Em nenhuma outra característica sociodemográfica encontrou-se diferença estatisticamente significativa.

TABELA 16

Prevalência de alexitimia de acordo com características sociodemográficas dos pacientes. Pelotas, RS, Brasil, 2004

| Variável | N (%) | p-valor |
|--------------------|-----------|---------|
| Sexo | | <0,05 |
| Masculino | 47 (86%) | |
| Feminino | 44 (100%) | |
| Idade (anos) | | <0,05* |
| 18 a 24 | 18 (82%) | |
| 25 a 44 | 46 (92%) | |
| 45 a 63 | 27 (100%) | |
| Estado civil | | 0,101 |
| Sem companheiro(a) | 46 (87%) | |
| Com companheiro(a) | 45 (98%) | |
| Número de filhos | | <0,05* |
| Nenhum | 27 (82%) | |
| 1 a 3 | 43 (96%) | |
| 4 e mais | 21 (100%) | |

Continua

| Variável | N (%) | p-valor |
|------------------------------|-----------|---------|
| Reside com a família | | 1,000 |
| Sim | 79 (92%) | |
| Não | 12 (92%) | |
| Constelação familiar | | 0,624 |
| Estruturada | 80 (93%) | |
| Não estruturada | 11 (85%) | |
| Escolaridade | | 0,899 |
| Menos de 1º grau | 65 (93%) | |
| 1º grau ou mais | 26 (90%) | |
| Está estudando no momento | | 1,000 |
| Sim | 4 (100%) | |
| Não | 87 (92%) | |
| Renda <i>per capita</i> (sm) | | 0,157* |
| Até 0,5 | 49 (100%) | |
| 0,51 a 1 | 17 (71%) | |
| Mais de 1 | 22 (96%) | |

Nota. Dados Formulário de Identificação e TAS-20

* p-valor para tendência linear

7 Análise dos resultados

No interior do corpo a treva é profunda, no entanto, o cérebro é cego e pode ver, é surdo e ouve, não tem mãos mas alcança. Claro está, o homem é o labirinto de si mesmo.

José Saramago

Conforme apresentado anteriormente na sessão de resultados, a amostra caracterizou-se por três diferentes grupos em cujas características, observou-se uma diferença significativa quanto ao sexo dos participantes. O grupo de toxicodependentes foi composto, em sua maioria, por pacientes do sexo masculino, diferentemente dos outros dois grupos. Esse fato veio ao encontro do esperado, já que estudos epidemiológicos (Feix, 1996; CID-10, 1992/1993)⁷⁷ vêm mostrando maior prevalência de abuso de cocaína entre os homens.

Em relação à idade, os toxicodependentes eram mais jovens do que os integrantes dos outros dois grupos,⁷⁸ dado consistente com os da literatura, ao mostrar que o início de uso de drogas costuma ocorrer na adolescência e, conseqüentemente, pode desencadear a dependência precocemente.

Sobre o número de filhos, os toxicodependentes diferenciaram-se em relação aos outros grupos. Metade não possui filhos, enquanto os outros pacientes, em sua maioria, pelo menos um filho. Esse dado pode estar associado à idade, por serem mais novos, e, ainda, pode-se ponderar a questão da estabilidade, tanto nos relacionamentos amorosos, quanto a questões profissionais – geradoras de sustento

⁷⁷ Referência dos estudos (DSM, CID, entre outros).

⁷⁸ Ver dados na sessão de resultados.

próprio –, do gerenciamento da vida adulta, o que nesse grupo é reconhecido como instável, entre outros (Kalina, 2001; Zavaschi et al., 2001).

Outro item que demonstrou diferenças importantes entre os grupos foi a escolaridade. Enquanto 90% dos doentes psicossomáticos não possuíam nem mesmo o primeiro grau completo, quase a metade dos pacientes controle e dos toxicodependentes possuíam primeiro grau ou mais. Pode-se inferir que essa importante diferença não se deva às diferenças de renda (discutidas a seguir), e sim que possa estar relacionada ao provável impedimento de estudar gerado pelos quadros psicossomáticos. Tal impedimento poderia ser atribuído às internações hospitalares, o que parece não ter ocorrido nesta amostra, já que tanto os doentes psicossomáticos quanto os do grupo controle apresentaram índices de internação semelhantes. Entretanto, a variabilidade do motivo da internação desses pacientes foi muito grande e, logo, pode ter interferido nesse resultado. Além disso, talvez o tamanho da amostra possa ter dificultado a verificação de maiores diferenças.

No momento da entrevista, 93% não estavam estudando, dado que pode ser justificado por se encontrarem em tratamento e também pelo fato de 47% dos pacientes terem de 25 a 44 anos, idade que possivelmente demande maior tempo para trabalhar e manter a família do que para estudar. São tarefas comuns a essa faixa etária – a dos indivíduos adultos jovens – individualizarem-se de seus pais – atingindo uma identidade própria –; escolher uma profissão e formar uma identidade profissional; desenvolver amizades adultas; manter um relacionamento amoroso estável – com capacidade para intimidade emocional e sexual –; e desempenhar a paternidade ou maternidade, entre outras (Katz & Costa, 2003; Zavaschi et al., 2001).

De acordo com os dados apresentados sobre a renda e a média de renda dos participantes do estudo, pôde-se notar que a distribuição dessa variável não foi normal, não sendo a média uma boa medida para revelar a realidade desses pacientes. Houve diferença significativa entre os grupos. A renda *per capita* foi maior entre os pacientes toxicodependentes, dos quais 44% possuíam renda acima de um salário mínimo, enquanto que 96 e 91% dos integrantes dos grupos de doentes psicossomáticos e do grupo controle, respectivamente, possuíam renda inferior a um salário mínimo. Pode-se inferir que esse resultado seja tão discrepante devido à diferença entre os locais de aplicação. Enquanto os pacientes do grupo controle e doentes psicossomáticos estavam internados em uma instituição pública mantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), os toxicodependentes precisavam colaborar com um pagamento mínimo à clínica onde se encontravam, para fins de manutenção própria e da instituição.

Ao comparar-se o tipo de vinculação estabelecida por doentes psicossomáticos e toxicodependentes, encontrou-se uma diferença importante entre eles. Embora em ambos os grupos a vinculação ansiosa tenha sido a mais frequente, os psicossomáticos demonstraram-se mais seguros e menos ansiosos. O fato de terem apresentado maior presença de vinculação ansiosa veio ao encontro com a revisão realizada, na qual Bowlby (1973a/1998a, 1973b/1998b), Sami-Ali (1989), Kalina (2001) e outros autores comentavam que alterações do funcionamento da personalidade poderiam ser atribuídas a perturbações do desenvolvimento da vinculação, perturbações essas aqui configuradas na doença psicossomática e na dependência de cocaína.

Ao pensar sobre a diferença observada entre esses grupos, é preciso considerar que os toxicodependentes encontravam-se em estado de abstinência, que

pode ser vista como uma situação de impasse, geradora de sonhos, angústias e frustrações. Após a abstinência, torna-se necessária uma refamiliarização progressiva e não-traumatizante para esses sujeitos, através da utilização de recursos psicoterápicos, próprios a ajudá-los a infligir feridas e suscitar angústias, já que ainda não dispõem de um imaginário operante, pois a droga ajuda a mantê-los distantes da interioridade inquietante (Danan, 2001/2004). Esses recursos não são utilizados pelo referido centro de recuperação.

Quando comparados os pacientes do grupo controle com os doentes psicossomáticos (Tabela 10), não foram observadas diferenças quanto ao tipo de vinculação estabelecido. Cabe aqui ressaltar que ambos os pacientes estavam sob os efeitos que uma hospitalização pode causar: angústias, fantasias, medos e incertezas sobre sua integridade física, além de promover no sujeito a sensação de ruptura com sua história e a ideia de que *não é mais o mesmo* (Campos, 1995). Exige ainda que o paciente defronte-se com sentimentos de impotência e de dependência de figuras até então desconhecidas. Ao considerar-se essa concepção e as fantasias que o indivíduo cria sobre sua sobrevivência durante a internação hospitalar, é possível questionar o quanto elas podem ter interferido na capacidade de vinculação do paciente.

Entre toxicodependentes e pacientes controle as diferenças foram significativas em todos os tipos de vinculação. Os pacientes controle se mostraram mais seguros, enquanto que os toxicodependentes apresentaram-se mais ansiosos e evitantes. Considerando-se alguns dos dados teóricos e práticos, já anteriormente mencionados, sobre as condições relacionadas ao abuso de cocaína, bem como à sua abstinência, este resultado está de acordo com a revisão apresentada. Conforme Pedro (1992), esse paciente fecha-se num círculo vicioso no qual busca distanciar-se de si mesmo e dos outros. Além disso, em pesquisa realizada por Paixão (1998;

Paixão et al., 2000) ficou evidenciado que os toxicodependentes limitam-se a uma vida social restrita a grupos de uso, mostrando desinteresse por todo o resto, drogando-se para fugir da realidade. No momento em que se encontram sem a droga, não é uma surpresa o fato de estarem ansiosos em relação a seus vínculos.

Ao reunirem-se as médias de toxicodependentes e doentes psicossomáticos obtidas no EVA e compará-las ao grupo controle, nota-se uma diferença estatisticamente significativa entre todos os tipos de vinculações estabelecidos. Dado todo o suporte teórico e também os dados sobre alexitimia nos dois primeiros grupos (discutidos mais à frente), tornou-se possível a união entre eles. Através da Figura 2, é possível observar com maior clareza o quanto esses grupos diferem sobre o modo como estabelecem suas relações. Parece que, de fato, aqueles participantes que não possuíam características alexitímicas mantêm vínculos frágeis em menores índices que os demais sujeitos.

A seguir, foram apresentados os resultados sobre as características sociodemográficas de acordo com o tipo de vinculação. Nenhuma dessas variáveis demonstrou estar associada ao tipo de vinculação estabelecida entre os toxicodependentes.

Já no grupo dos doentes psicossomáticos, algumas características apontaram diferenças importantes, que podem estar relacionadas ao modo de vinculação.

Uma delas refere-se ao sexo dos entrevistados. A frequência de vinculações não seguras foi maior entre os homens que nas mulheres. Não parece haver registros até o momento que possam explicar este achado e sugere-se aqui a exploração dessa variável de forma a aprofundar o tema e, então, observar se esse fato se deve ao acaso ou não. A partir desses estudos, poder-se-ia avaliar a necessidade de

realizarem-se trabalhos preventivos com meninos durante o processo inicial de vinculação.

A idade demonstrou estar relacionada com vinculações mais seguras entre os doentes psicossomáticos. À medida que esses pacientes vão envelhecendo, vão conseguindo manter uma vinculação mais segura. Soares (1996) comentou que o adulto possui mais recursos para buscar segurança em outros adultos, não reagindo tão ansiosamente frente a separações ou perdas de figuras de vinculação, o que, de certa forma, justifica os resultados encontrados.

A vinculação evitante foi mais frequente nos doentes psicossomáticos que não residiam com suas famílias. Esse achado pode estar associado ao fato de a pessoa não ter fisicamente alguém disponível, o que Bowlby (1969/1990) chamou de figura de ligação ou pessoa em quem se confia (pode ser considerada como quem fornece uma base segura ao indivíduo). Entretanto, nenhuma afirmação pode ser feita nesse sentido, já que esse dado não foi investigado no presente estudo.

Quando observadas as características sociodemográficas de acordo com o tipo de vinculação entre os pacientes do grupo controle, algumas diferenças e semelhanças puderam ser notadas em relação aos demais grupos. Os itens que demonstraram estar associados ao modo de vincular-se foram o sexo, a idade, o número de filhos e a escolaridade.

Nesse grupo, os homens mostraram-se mais ansiosos ao se relacionarem. Assim como no grupo analisado anteriormente, não se sabe as razões que possam ter gerado esse resultado.

No que diz respeito à idade, os pacientes mais jovens mostraram-se mais ansiosos, sendo que esse dado apresentou uma tendência linear, ou seja, à medida que aumentava a idade, diminuía a frequência de vinculação do tipo ansiosa.

Novamente, entende-se que isso pode estar relacionado com as questões já mencionadas no item referente ao grupo dos psicossomáticos.

Quanto ao número de filhos, os pacientes que possuíam de um a três tinham índices menores de vinculação do tipo ansiosa em relação aos demais participantes que, ou não tinham filhos, ou tinham quatro ou mais. O fato de ter filhos demanda no indivíduo a troca de papéis; logo, ter um filho representa uma das situações na qual adaptações se fazem necessárias (Bowlby, 1982/2001). Essas adaptações parecem ser positivas dentro de um limiar de exigências, no qual não sofrê-las ou sofrê-las demasiadamente pode gerar ansiedade.

A escolaridade demonstrou estar associada à presença de vinculação do tipo ansiosa. Aqueles pacientes que possuíam primeiro grau completo ou mais, estavam menos ansiosos em comparação aos que tinham menor escolaridade. Essa variável vem demonstrando, a cada estudo, ser um fator importante na presença de transtornos mentais. Em estudo realizado na cidade de Pelotas (RS, Brasil) o risco de apresentar transtorno mental aumentava à medida que a escolaridade era menor (Lima, 1995). Ao saber que o modo de vincular-se está relacionado ao bem-estar emocional, conforme aportes teóricos mencionados (Bowlby, 1973a/1998a; Winnicott, 1965/1993), já era esperado que os participantes desse grupo (que não apresentavam quadro psicossomático ou de abuso de cocaína) se comportassem de maneira semelhante a estudos epidemiológicos.

A respeito da prevalência de alexitimia entre os toxicodependentes e os doentes psicossomáticos, foi constatado que, de fato, não existem diferenças entre eles quanto à presença dessa característica, tendo vindo ao encontro dos referenciais estudados (Danan, 2001/2004; McDougall, 1989/1996; Paixão, 1998; Paixão et al.,

2000; Pedro, 1992; Sifneos, 1973, 1979/1989, entre outros), que já indicavam semelhanças entre esses grupos.

As características sociodemográficas não demonstraram estar relacionadas à presença de alexitimia nos toxicodependentes, dado que parece necessitar de estudos mais aprofundados ou mesmo com amostras maiores, a fim de confirmar esse fato ou ainda permitir que se descubra a presença de algum viés no presente estudo.

Já entre os doentes psicossomáticos, algumas variáveis sociodemográficas revelaram estar associadas à alexitimia.

Esse quadro demonstrou ser mais frequente entre as mulheres. Alguns autores também relataram esse fato (Brasil, 2003). Em contrapartida, estudo epidemiológico na população geral da Finlândia (Salminen, Saarijarvi, Aarela, Toikka, & Kauhanen, 1999) informou que a prevalência de alexitimia era quase duas vezes maior entre homens que em mulheres. É preciso considerar-se que o presente trabalho foi realizado em ambiente hospitalar, o que pode ter interferido neste resultado.

Sobre a idade, observou-se uma associação com tendência linear, o que significa que, quanto maior a idade, maior a prevalência de alexitimia. Parece apropriado que se discutam aqui as questões referentes às exigências feitas ao longo do desenvolvimento. À medida que o indivíduo vai amadurecendo, as demandas do mundo exterior vão se modificando, e o adulto parece estar mais exposto a pressões socioculturais e econômicas (Osório, 2001), que exigem recursos internos para enfrentá-las. Quando esses recursos são precários, pode então favorecer o desenvolvimento da alexitimia (Barros, 1994; Barros et al., 1996).

O número de filhos revelou ter relação linear com a alexitimia. Quanto maior esse número, maior a prevalência de doença. Igualmente às pressões referidas acima, entende-se que elas podem aumentar junto ao número de filhos, ou seja, estes

suscitam exigências. Logo, quanto menor forem os recursos internos e externos do indivíduo, maior será a vulnerabilidade de acometer alexitimia.

8 Conclusão

Vemos apenas aquilo que sabemos.

Goethe

A correlação entre o fenômeno toxicodependência e o fenômeno psicossomático no âmbito da vinculação não se mostra evidente. Entretanto, apesar de suas semelhanças não terem sido significativas, conforme o que foi analisado na seção anterior, alguns fatores podem ter interferido nesse resultado.

Refere-se aqui aos fatores ligados às condições que cercaram o toxicodependente no momento da avaliação, tais como o estado de abstinência, o tipo de tratamento utilizado e a condição de isolamento. Quanto ao estado de abstinência, pode-se refletir com base no modelo psicossomático de Sami-Ali, no qual Danan (2001/2004) expôs que a abstinência promove o re-contato com o sonho, a angústia e a frustração, antes evitados através do recalçamento farmacológico da função do imaginário (no qual o uso da droga auxilia o toxicodependente a manter-se distante de si mesmo). Na medida em que o toxicodependente se reapropria do imaginário, conflitos e tensões não elaboráveis vêm à tona, gerando ansiedades e angústias que recaem na questão do tratamento. Quanto a este, o referido autor ressaltou que, caso não haja um auxílio à reapropriação gradual do imaginário, o recalçamento pode ser mantido e reforçado, auxílio este não utilizado como regra na instituição em que se encontravam. Em relação à questão do isolamento, refere-se ao fato da internação suscitar distância de familiares ou de figuras de ligação. Mencionam-se os princípios propostos por Bowlby (1982/2001), nos quais o autor ressaltou a importância do outro (base segura) no estabelecimento do sentimento de

segurança, especialmente num momento de crise. Logo, todos esses fatores podem ter permitido a presença de um viés nos resultados.

Ademais, em ambos os grupos a prevalência mais alta foi na vinculação tipo ansiosa. Embora a diferença estatística encontrada não permita que se pense que os grupos se comportem de maneira semelhante, é preciso lembrar que, além das possíveis interferências citadas acima, esse dado também pode sofrer mudanças numa amostra maior.

Dentro desse contexto, pode-se concluir que os resultados encontrados não permitem afirmações definitivas quanto ao aspecto da vinculação nos pacientes estudados e, ainda, demandam um aprofundamento científico.

A respeito da investigação sobre o fato de que o toxicodependente pode apresentar alexitimia em índices semelhantes aos do doente psicossomático (aqui indicado pela alexitimia), os dados obtidos permitiram confirmar substancialmente essa ideia.

De fato, não houve diferença quanto à prevalência de alexitimia nos dois grupos. Ao se considerar que o grupo de toxicodependentes foi comparado a um outro grupo no qual a alexitimia era uma condição diagnóstica, é inevitável que se pense que a alexitimia pode ser vista como uma característica inerente desse grupo, o que vem ao encontro com a revisão da literatura exposta neste trabalho, tal como Sifneos (1973), nos seus primeiros estudos, e Krystal (1982) que já verificavam a presença dessa característica em pacientes toxicodependentes. Reportam-se aqui às diferenças teóricas dessa manifestação do fenômeno psicossomático nas diversas escolas, as quais diferem no entendimento de como ocorre o processo que a produz, mas que, no entanto, acredita-se que possam ser pensadas a partir de suas semelhanças. Ao se traçar um paralelo sobre essas visões, pode-se considerar que a

alexitimia, na visão de Sifneos (1973), o pensamento vazio, de Bion (1967/1994), o pensamento operatório, na concepção de Marty e M'Uzan (1962/1994), bem como a patologia da adaptação, relação negativa com o imaginário que culminam no ordinário e no banal, segundo Sami-Ali (1987a/1992), se referem ao mesmo fenômeno: ao de uma expressão patológica do funcionamento mental, na qual primam o pensamento concreto, a fantasia pobre e a subjetividade suprimida, mantendo o indivíduo preso a um mundo isento de imaginação e esperança.

Constata-se, então, que, assim como o doente psicossomático, o toxicodependente “fica inscrito em um funcionamento caracterial, no recalçamento da função do imaginário, sem deixar subsistir nenhum recurso elaborador, fantasmático e imaginativo” (Danan, 2001/2004, p. 125), em que o sonho desaparece completamente, ocasionando o predomínio do pensamento concreto, banal. Pedro (1992) referiu que o toxicodependente se fecha num círculo vicioso no qual a droga seria a alternativa para eliminar o conflito, oriundo de uma situação de impasse, e a consequente dor, através da ilusão de um mundo de prazer administrado. A droga, para o toxicodependente, seria a solução para todas as angústias não-elaboradas, mantendo o sujeito distante de si e dos outros, assim como a doença orgânica para o doente psicossomático.

Considerando-se todo o suporte teórico referido e também o fato de toxicodependentes e doentes psicossomáticos terem apresentado características alexitímicas semelhantes, foram reunidos, então, os dados desses grupos e comparados ao grupo controle. Os resultados permitiram identificar que os toxicodependentes e os doentes psicossomáticos apresentaram diferenças significativas quanto à vinculação. Entende-se, a partir disso, que os pacientes não-psicossomáticos mantêm vínculos frágeis em menores índices que aqueles com

alexitimia, mostrando o quanto esse fator está relacionado à maneira como as relações vinculares são estabelecidas.

Confirmando os dados da literatura, especificamente no que tange às três grandes áreas estudadas, parece existir um consenso na visão de que a vinculação possui um papel de fundamental importância na etiologia dessas patologias.

Na toxicodpendência, autores como Olievenstein (1933/1985), Geada (1996) e Kalina et al. (1999) apontaram a família como o meio mais influente e ocupante de um lugar primordial no desenvolvimento da dependência química. Kalina (1988) postulou que a constância do objeto (mãe), durante as primeiras trocas na relação mãe-bebê, possui um papel significativo na vida do toxicodpendente. Kalina e Kovadloff (1988) reforçaram a importância das relações, afirmando que, quando ocorrem de maneira precária e insatisfatória, com intensas frustrações e mesmo abandonos, colaboram para o desenvolvimento frágil da personalidade, determinando, por vezes, o caminho da drogadição. Ainda sob esse aspecto, Paixão (1998; Paixão et al., 2000) observou, em seu trabalho, uma alta porcentagem de carência de figuras parentais consistentes em pacientes toxicodpendentes, apontando para uma possível falta de suporte suficientemente sólido que permitisse um desenvolvimento psicológico entendido como adequado ou saudável.

Por sua vez, a psicossomática também frisa, em diversos momentos, o valor da vinculação, levando vários autores a relacionarem as perturbações afetivas às relações precoces mãe-bebê. Assim como Freud (1911/1974b), Bion (1967/1994) revelou que a frustração das necessidades básicas do bebê é determinante na saúde mental. Como McDougall (1989/1996), quando afirmou que as perturbações nesta relação geravam o fenômeno psicossomático; que o fracasso no processo de diferenciação entre mãe e filho – quando o bebê começa a reconhecer o próprio

corpo, o pensamento e o afeto – pode promover o prolongamento imaginário dessa vivência, regendo o funcionamento psicossomático. Ainda declarou que as experiências traumáticas ocorridas na primeira infância permitiriam o desenvolvimento da doença psicossomática. Sifneos (1979/1989, 1991), ao referir-se à alexitimia secundária, postulou que ela estaria ligada a fatores psicossociais decorrentes de bloqueios ocorridos na infância. Segundo Thompson (1988/1992), se a criança não desenvolver a capacidade de verbalizar as suas emoções, fixando-se no nível somático, estará propensa a usar o corpo para expressar suas dificuldades afetivas.

E, como uma das concepções enfatizada neste trabalho, Sami-Ali (1971/1988, 1989, 1987a/1992, 1977/1993, 1987b/1995, 1997, 2001/2004; Sami-Ali et al., 1992) afirmou que é na relação precoce mãe-bebê que se determina a patologia psicossomática. É nessa relação original existente desde a concepção que se estrutura o ego corporal, de forma que a mãe funciona como um sincronizador dos ritmos e que, quando deixa de estar em sincronia com seu filho, a criança passa a substituir a vivência subjetiva pelos esquemas banais, e as trocas relacionais, por comportamentos socialmente estereotipados, recalcando o imaginário. Nesse sentido, fica explícita a importância que esse autor confere à relação mãe-bebê no desenvolvimento da personalidade, através da qual (enquanto reguladora dos ritmos biológicos, fisiológicos e relacionais, dentro de um espaço e um tempo) o sujeito poderá desenvolver recursos para enfrentar situações de crise e/ou de impasse.

Assim, ambas as áreas confirmam alguns dos conceitos postulados por Bowlby, Winnicott e outros autores, quando já falavam da relação entre desenvolvimento da personalidade e relações de apego/vinculação.

Nesse âmbito, Bowlby (1958, 1977, 1988/1989, 1969/1990, 1973a/1998a, 1973b/1998b, 1982/2001), como o outro modelo teórico enfatizado neste estudo, apresentou postulados que valorizam o vínculo mãe-bebê como determinante no desenvolvimento da personalidade do indivíduo. “O que se acredita ser essencial para a saúde mental é que o bebê e a criança pequena experimentem um relacionamento carinhoso, íntimo e contínuo com a mãe (ou mãe-substituta permanente), no qual ambos encontrem satisfação e prazer.” (1969/1990, p. X). A perda ou separação da figura materna, acompanhada ou não por outros fatores, pode determinar e gerar processos e comportamentos patológicos que, por vezes, permanecem ativos mesmo em indivíduos mais velhos, ainda perturbados por essas experiências. Bowlby identificou e descreveu, em sua obra, padrões de parentalidade patogênica, que dizem respeito a comportamentos não-adequados dos pais que podem desencadear no indivíduo uma vinculação patológica, na qual, por vezes, verifica-se um bloqueio para estabelecer e manter relações profundas, devido ao medo de vivenciar a perda/separação novamente. Essa forma atrapalhada de relacionar-se seria o efeito de processos defensivos que buscam preencher as lacunas vivenciadas anteriormente. O autor sustenta que as experiências infantis, desde o nascimento, através da relação com a mãe, passando pelos posteriores anos nas relações com outras figuras de vinculação, constituem a variável com efeitos mais profundos sobre a construção da personalidade.

Partindo-se, então, de todas essas considerações, pode-se concluir que é possível ver a toxicod dependência e a psicossomática no âmbito da vinculação. Tendo em vista que os pacientes toxicod dependentes comportam-se de maneira semelhante aos doentes psicossomáticos quanto à presença de alexitimia, entendida aqui como uma expressão do banal, e que apresentam maior prevalência de vinculação tipo

ansiosa, o que apenas confirma a relação entre vínculo e patologia, fica claro que o fenômeno da toxicod dependência possui relação com o fenômeno psicossomático, e ambos com os modelos vinculares estabelecidos a partir das experiências relacionais desde a concepção. Logo, supõe-se que os pacientes estudados seguem mantendo esses modelos previamente internalizados, os quais aparentemente não forneceram os subsídios necessários para o desenvolvimento de recursos internos que teriam possibilitado um enfrentamento construtivo e mais saudável de situações de crise, vistas como situações de impasse. Isso talvez os esteja mantendo no círculo vicioso da doença no qual se encontram.

Algumas limitações foram encontradas ao longo do estudo, porém, por tratar-se de uma investigação exploratória, podem ter aqui um caráter instigador para o surgimento de novos trabalhos nas áreas propostas.

Seria interessante explorar melhor as implicações da separação da figura de vinculação nos resultados do instrumento EVA, já que esta pesquisa não teve, como objetivo no momento, investigar essa questão.

Outro elemento que deve ser lembrado é o fato de os toxicod dependentes estarem em abstinência no momento da avaliação, cujas implicações, assim como as da hospitalização, ainda são desconhecidas.

Mais um aspecto a ser considerado em estudos futuros é a provável influência dos dados sociodemográficos, em especial no que diz respeito às variáveis sexo, idade, renda, escolaridade e estrutura familiar.

Tendo em conta a dimensão deste estudo, entre outros, destaca-se, como contribuição, o alerta para o desenvolvimento de ações de prevenção, tais como a elaboração de programas de orientação junto a pais em instituições de saúde, em escolas, etc.

Sendo assim, para finalizar, pode-se dizer que, por um lado, “quanto mais prolongado o período de observação do paciente, mais se acentua a impressão de que a doença é uma condição quase tão característica como a forma de sua cabeça, sua altura ou a de seus olhos” (Balint, 1975, p. 213); e por outro, que “o conhecimento científico incrementa o nosso poder real sobre as coisas, mas diminui e lesiona nossa fantasia e nossa onipotência mágica.” (Bleger, 1984/1989, p. 14).

Referências

- Abraham, K. (1916/1970). *O primeiro estágio pré-genital da libido* (T. M. Zalberg, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1916).
- Ainsworth, M. D. S. (1969). Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969-1025.
- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709-716.
- Alexander, F. (1987/1989). *Medicina psicossomática: Princípios e aplicações*. (C. B. Fischmann, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1987).
- Altman, D. G. (1997). *Practical statistics for medical research*. United Kingdom: Chapman & Hall.
- Alves, H. N. P., & Duailibi, L. (2007). Boas práticas no tratamento de usuários e dependentes de cocaína e crack. In D. C. Cordeiro, N. B. Figlie, & R. Laranjeira (Orgs.), *Boas práticas no tratamento do uso e dependência de substâncias* (pp. 70-73). São Paulo: Roca.
- Amorim, S. M. F. (1999). *Vinculação e tendência anti-social: Um estudo exploratório*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Superior de Psicologia, Lisboa, Portugal.
- Associação Americana de Psiquiatria. (1994/1995). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4 ed.) (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1994).

Balint, M. (1975). *O médico, seu paciente e a doença* (R. O. Musachio, Trad.). São Paulo: Atheneu.

Balint, M. (1968/1993). *A falha básica* (F. F. Settineri, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1968).

Ballone G. J. (2000). Alexitimia. In *Psiquweb: Psiquiatria geral* [on line]. Disponível: <http://gballone.sites.uol.com.br/voce/alexitimia.htm>

Barros, C. A. (1994). *Alcoolismo, obesidade, consultoria psiquiátrica*. Porto Alegre: Movimento.

Barros, C. A. (1995, Junho/Dezembro). Hipocondria, somatização e transtornos psicossomáticos. *Aletheia: Revista do Curso de Psicologia da Universidade Luterana do Brasil*, 2, 71-78.

Barros, D. M. (2002). As bases neuroquímicas das drogas de abuso. In G. Pulcheiro, C. Bicca, F. A. Silva (Orgs.). *Álcool, outras drogas & informação: O que cada profissional precisa saber* (pp. 245-254). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Barros, S., Lobo, S., Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (1996, Junho/Setembro). Alexitimia, saúde e doença. *Análise Psicológica*, 14(2-3), 305-312.

Bee, H. (1975/1996). *A criança em desenvolvimento* (M. A. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1975).

Berenstein, I. (1988). *Família e doença mental* (A. Friedmann, Trad.). São Paulo: Escuta.

Berger, P. L., & Luckmann, T. (1966/1974). *A construção social da realidade: Tratado de sociologia do conhecimento* (F. S. Fernandes, Trad.). Petrópolis: Vozes. (Obra original publicada em 1966).

Bergeret, J. (1991). A personalidade do toxicômano (M. T. Batista, Trad.). In J. Bergeret, & J. Leblanc (Eds.), *Toxicomanias: Uma visão multidisciplinar* (pp. 91-106). Porto Alegre: Artes Médicas.

Bergeret, J., & Leblanc, J. (1991). Introdução (M. T. Batista). In J. Bergeret, & J. Leblanc (Eds.), *Toxicomanias - Uma visão multidisciplinar* (pp. 13-16). Porto Alegre: Artes Médicas.

Berridge, V. (1990/1994). Dependência: História dos conceitos e teorias (R. E. Starosta, Trad.). In E. Griffith, & L. Malcolm (Eds.), *A natureza da dependência de drogas* (pp. 13-34). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1990).

Berthoud, C. M. E. (1992). *Filhos do coração: O comportamento de apego em crianças adotivas*. Dissertação de mestrado não publicada, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil.

Bigras, M., & Paquette, D. (2007, Setembro/Outubro). Estudo pessoa-processo da qualidade das interações entre mãe-adolescente e seu bebê. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(5), 67-74.

Bion, W. R. (1978, 1980/1992). *Conversando com Bion: Quatro discussões com W. R. Bion, Bion em Nova Iorque e em São Paulo* (S. C. Paulo, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1978, 1980).

Bion, W. R. (1967/1994). *Estudos psicanalíticos revisados* (W. M. M. Dantas, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1967).

Bion, W. R. (1962/2003). *O aprender com a experiência* (2 ed.) (P. D. Corrêa, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1962).

Biscaia, J., & Sá, E. (1996). *Dinâmica emocional na gravidez: Contributo para uma estratégia de avaliação da personalidade através do desenho* (Texto utilizado na disciplina de Psicopatologia do Desenvolvimento do Mestrado Psicopatologia e Psicologia Clínica, Instituto Superior de Psicologia Aplicada em convênio com a Universidade Luterana do Brasil, Porto Alegre, RS).

Bleger, J. (1979/1987). *Temas de psicologia: Entrevista e grupos* (3 ed.) (R. M. M. Moraes, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1979).

Bleger, J. (1984/1989). *Psicologia da conduta* (2 ed.) (E. O. Diehl, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1984).

Bleger, J. (1988). *Simbiose e ambigüidade* (3 ed.) (M. L. X. A., Trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Bleichmar, H. (1999, Julho). Apego al deseo de intimidad: Lãs angustias del desencuentro. *Revista de Psicoanálisis* [on-line], 2. Disponível:

<http://www.aperturas.org/2bleichmar.html>

Boletim Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas (1996, Dezembro), (27).

Boletim Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas (2004, Dezembro), (54).

Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350-373.

Bowlby, J. (1969/1990). *Apego: A natureza do vínculo* (A. Cabral, Trad.) (2 ed., Vol.1). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1969).

Bowlby, J. (1973a/1998a). *Separação: Angústia e raiva* (A. Cabral, Trad.) (3 ed., Vol.2). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1973).

Bowlby, J. (1973b/1998b). *Perda: Tristeza e depressão* (A. Cabral, Trad.) (2 ed., Vol.3.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em1973).

Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. *British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210/421-431.

Bowlby, J. (1982/2001). *Formação e rompimento dos laços afetivos* (3 ed.) (A. Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1982).

Bowlby, J. (1988/1989). *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego* (A. Cabral, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em1988).

Brasil, M. A. (2003). Trantorno de somatização. In A. Cataldo Neto, J. G. C. Gauer, N. R. Furtado (Orgs.), *Psiquiatra para estudantes de medicina* (pp. 451-462). Porto Alegre: EDIPUCRS.

Brazelton, T. B. (1981/1988). *O desenvolvimento do apego: Uma família em formação* (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1981).

Bruner, J. S. (1969/1981). Prefácio. In T. Brazelton, *Bebês e mães* (D. Batista, Trad.) (pp. 15-17). Rio de Janeiro: Campos. (Obra original publicada em 1969).

Bucher, R. (1988). Apresentação. In R. Bucher (Org.), *As drogas e a vida* (pp. IX-XII). São Paulo: EPU.

Bucher, R. (1989). *Prevenção ao uso indevido de droga* (Vol. 1). Brasília: Ed. UNB.

Bucher, R. (1992). *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Byck, R. (1987). Cocaine use and research: Three stories. In S. Fischer, A. Raskin, & E. H. Uhlenhuth (Eds.), *Cocaine: clinical and behavioral aspects* (pp. 3-20). New York: Oxford University.

Calanca, A. (1991). A toxicomania entre doença e delinquência (A. Friedmann, Trad.). In J. Bergeret, & J. Leblanc (Eds.), *Toxicomanias: Uma visão multidisciplinar* (pp. 55-61). Porto Alegre: Artes Médicas.

Campos, T. C. P. (1995). *Psicologia hospitalar: A atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU.

Canavarro, M. C. (1997). *Relações afectivas ao longo do ciclo da vida e saúde mental*. Tese de doutorado não publicada, Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Portugal.

Cardoso, N. M. (1995). *Doença oncológica e alexitimia*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Portugal.

Carlini, E. A., Carlini-Contrim, B. H. R. S., & Silva-Filho, A. R. (1987). Dados sobre o consumo de drogas por adolescentes no Brasil. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria – Asociación Psiquiátrica de la América Latina*, 9(4), 99-102.

Carlini, E. A., Carlini-Contrim, B. H. R. S., & Silva-Filho, A. R. (1989). *Sugestões para programas de prevenção ao abuso de drogas no Brasil*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas, Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Departamento de Psicobiologia.

Carlini, E. A., Carlini-Contrim, B. H. R. S., & Silva-Filho, A. R. (1990). *Sugestões para programas de prevenção ao abuso de drogas no Brasil*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas, Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Departamento de Psicobiologia.

Carlini, E. A., Carlini-Contrim, B. H. R. S., & Silva-Filho, A. R., & Barbosa, M. T. (1989). *II Levantamento nacional sobre o uso de psicotrópicos em estudantes de 1º e 2º graus*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas, Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Departamento de Psicobiologia.

Carlini, E. A., Noto, A. R., Galduróz, J. C. F., & Nappo, S. A. (1996). Visão histórica sobre o uso de drogas: Passado e presente; Rio de Janeiro e São Paulo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45(4), 227-236.

Carlini, E. A., Galduróz, J. C. F., Noto, A. R., & Nappo, S. A. (2002). *I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país, 2001*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Departamento de Psicobiologia.

Carter, R. (2002/2003). *O livro de ouro da mente: O funcionamento e os mistérios do cérebro humano* (2 ed.) (V. P. Assis, Trad.). Rio de Janeiro: Ediouro. (Obra original publicada em 2002).

Castel, S., Hochgraf, P. B., & Andrade, A. G. (1995). Transtornos psiquiátricos ao uso substâncias psicoativas. In M. Louzã Neto, T. Motta, Y. Wang, & H. Elkis. (Orgs.), *Psiquiatria básica* (pp. 121-135). Porto Alegre: Artes Médicas.

Cavalcante, A. (1997). *Drogas: Esse barato sai caro* (2 ed.). Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.

Cazeto, S. J. (1997, Janeiro/Junho). Em que medida pode-se se falar em uma psicossomática psicanalítica. *Boletim de Psiquiatria*, 30(1), 29-31.

Cerchiari, E. A. N. (1998). *Uma contribuição ao estudo da relação câncer de mama e alexitimia*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Superior de Psicologia, Lisboa, Portugal.

Chequer, R. (1998). Apresentação. In: B. Francisco, M, Fabio, & M. Luiz (Orgs.), *Troca de seringas: Drogas e aids. Ciência, debate e saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação Nacional DST e Aids.

Chiattonne, H., & Sebastian, R. (1997). Ética em psicologia hospitalar. In V. A. Angerami-Canon (Org.), *A ética na saúde* (pp. 21-37). São Paulo: Pioneira.

Collins, N., & Read, S. (1990). Adult attachment, works models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4(58), 644-663.

Coelho, R., Milheiro, C., Cabral, F., Amaral, J., Brandão, J., & Horta, P. (1996, Dezembro). Delito, impasse e somatização. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 15, 39-53.

Conselho Estadual de Entorpecentes do Rio Grande do Sul (1996). *Prevenção do uso de drogas entre crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Governo do Estado do Rio Grande do Sul.

Conselho Federal de Medicina (1996). Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 196/96. *Bioética* 4(2).

Conselho Nacional de Saúde (1996). Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução CNS 196/96. *Bioética* 4(2).

Craig, R. J. (1989/1991). Processo clínico de entrevista (M. A. Veronese, Trad.). In R. J. Craig (Org.), *Entrevista clínica e diagnóstica* (pp. 25-43). Porto Alegre: ARTMED. (Obra original publicada em 1989).

Cunha, P. J., Nicastrí, S., Gomes, L. P., Moíno, R. M., & Peluso, M. A. (2004, Junho). Alterações neuropsicológicas em dependentes de cocaína/crack internados: Dados preliminares. *Revista de Psiquiatria*, 26(2), 103-106.

Danan, A. (2001/2004). A imaginação material: Uma outra abordagem da patologia orgânica (P. C. R. Reuillard, Trad.). In Sami-Ali (Org.), *Manual de terapias psicossomática* (pp. 106-132). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 2001).

David, D. L., Azeredo, E. C., Russi, E. M. S., Berthoud, E. C., & Oliveira, A. L. (2000). Tríade de contato íntimo: Apego entre mãe e filhos gêmeos. *Revista Biociências*, 6(1).

Dean, A. G., Dean, J. A., Coulombier, D., Brendel, K. A., Smith, D. C., Burton, A. H., Dicker, R. C., Sullivan, K., Fagan, R. F., & Arner T. G. (1999). *A database and statistics system for epidemiology on microcomputers*. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention (Epi info Release 6.04b).

Debray, R. (1983/1995). *O equilíbrio psicoossomático e um estudo sobre diabéticos* (J. Souza & M. Werneck, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo. (Obra original publicada em 1983).

Dejours, C. (1988). *O corpo: Entre a biologia e a psicanálise* (D. Vasconcellos, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Dias, C. A. (1988/1990). *Para uma psicanálise da relação* (Trindade J., Coord. ed. Brasileira). Porto Alegre: Sagra. (Obra original publicada em 1988).

- Dias, C. A. (1991). *Ali-Babá - Droga: Uma neurose diabólica do século vinte*. Lisboa: Escher, Fim de Século.
- Dias, C. A. (1992). *As aventuras de Ali-Babá nos túmulos de Ur: Ensaio psicanalítico sobre a somatopsicose*. Lisboa: Fenda.
- Dias, C. A., & Alves, F. (1995). *Avenida de Ceuta n.1*. Lisboa: Relógio d'água.
- Dias, C. A., & Monteiro, J. C. (1989). *Eu já posso imaginar que faço*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Dunbar, F. (1954). *Emotions and bodily changes* (4 ed.). New York: Columbia University.
- Duncan, B. B., Shmidt, M. I., & Giugliani, E. R. J. (1996). *Medicina ambulatorial: Condutas clínicas em atenção primária*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Eibl-Eibesfeldt, I. (1973/1977). *El hombre preprogramado* (P. Gálvez, Trad.). Madrid: Alianza. (Obra original publicada em 1973).
- Eizirik, C. L., Kapczinski, F., & Bassols, A. M. S. (2001). Noções básicas sobre o funcionamento psíquico. In C. L. Eizirik, F. Kapczinski, & A. M. S. Bassols (Orgs.), *O ciclo da vida humana: Uma perspectiva psicodinâmica* (pp. 15-27). Porto Alegre: ARTMED.
- Erikson, E. H. (1968/1976). *Identidade, juventude e crise* (2 ed.) (G. Amado, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1968).
- Escohotado, A. (1994). *Las drogas: De los orígenes a la prohibición*. Madrid: Alianza.
- Feix, R. (1996). Drogas: Uso, abuso e dependência. In B. Duncan, M. Schimdt, & E. Giugliani (Orgs.), *Medicina ambulatorial: Condutas clínicas em atenção primária* (pp. 537-549). Porto Alegre: Artes Médicas.

Ferraz, F. C. (1997). Das neuroses atuais à psicossomática. In F. C. Ferraz, & R. M Volich (Orgs.), *Psicossoma - psicossomática psicanalítica* (pp. 23-38). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ferreira, P. E. M. S., & Martini, R. K. (2001). Cocaína: Lendas, história e abuso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2), 96-99.

Ferreira, P. E. M. S., Escobar, B. T., & Sandri, A. (2003). Cocaína, ecstasy e outros psicoestimulantes. In A. Cataldo Neto, G. J. C. Gauer, & N. R. Furtado (Orgs.), *Psiquiatra para estudantes de medicina* (pp. 346-352). Porto Alegre: EDIPUCRS.

Ferreira, P. E. M. S., & Ferreira, P. S. (2003). Conceitos fundamentais de dependência às drogas. In A. Cataldo Neto, G. J. C. Gauer, & N. R. Furtado (Orgs.), *Psiquiatra para estudantes de medicina* (pp. 331-336). Porto Alegre: EDIPUCRS.

Folheto Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (2002, Junho) [on-line]. Disponível: http://www.cebrid.epm.br/folhetos/cocaina_.htm

Fonagy, P. (1999, Noviembre). Persistências transgeracionais del apego: Una nueva teoria. *Revista de Psicoanálisis* [on-line], 3. Disponível: <http://www.aperturas.org/3fonagy.html>

Fonagy, P., Steele, H., Moran, G., Steele, M., & Higgitt, A. (1991, April). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance of security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201-218.

Ford, C. V. (1983). *The somatization disorders: Illnes as a way of life*. New York: Elsevier.

Ford, C. V. (2000/2002). Transtornos somatoformes (M. C. Monteiro, Trad.). In M. H. Ebert, P. T. Loosen, & B. Nurcombe (Orgs.), *Psiquiatria diagnóstico e tratamento* (pp. 362-373). Porto Alegre: ARTMED. (Obra original publicada em 2000).

Frances, R. J., & Franklin, J. E., Jr (1988/1992). Transtornos por uso de álcool e outras substâncias psicoativas (M. C. M. Gouart & D. Batista, Trad.). In J. A. Talbott, R. E. Hales, & S. C. Yudofsky (Orgs.), *Tratado de psiquiatria* (pp. 235-266). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1988).

Freud, A. (1936/1986). *O ego e os mecanismos de defesa* (A. Cabral, Trad.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. (Obra original publicada em 1936).

Freud, S. (1905a/1974a). *Os chistes e sua relação com o inconsciente* (J. Salomão, Trad.). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol.7) (pp. 267-275). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1905a).

Freud, S. (1911/1974b). *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental* (J. Salomão, Trad.). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol.12) (pp. 277-286). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1911).

Freud, S. (1905b/1974c). *Fragmento da análise de um caso de histeria* (J. Salomão, Trad.). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol.7) (pp. 1-109). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1905b).

Freud, S. (1926/1974d). *Inibições, sintomas e ansiedade* (J. Salomão, Trad.). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol.20) (pp. 95-201). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1926).

Freud, S. (1905c/1974e). *Meus pontos de vista sobre o papel desempenhado pela sexualidade na etiologia das neuroses* (J. Salomão, Trad.). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol.20) (pp. 95-201). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1905c).

Freud, S. (1895/1974f). *Projeto para uma psicologia científica* (J. Salomão, Trad.). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol.1) (pp. 457-469). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1895).

Freud, S. (1914/1974g). *Sobre o narcisismo: Uma introdução* (J. Salomão, Trad.). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol.14) (pp. 89-135). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1914).

Freud, S. (1905d/1974h). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (J. Salomão, Trad.). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. (Vol. 7) (pp. 123-133). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1905d).

Gago, J., & Domingos Neto (2001, Setembro/Dezembro). Alexitimia e toxicodependência. *Revista Toxicodependências*, 7(3), 19-22.

Galduróz, J. C. F., D'Almeida, D. V., Carvalho, V., & Carlini, E. A. (1994). *III Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 cidades brasileiras – 1993*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Departamento de Psicobiologia.

Galduróz, J. C. F., Noto, A. R., Fonseca, A. M., & Carlini, E. A. (2004). *V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Departamento de Psicobiologia.

Galduróz, J. C. F., Noto, A. R., Nappo, A. S., Carlini, E. A. (2005). Household survey on drug abuse in Brazil: Study involving the 107 major cities of the country, 2001. *Addictive Behaviors*, 30 (3), 545-56.

Garcia-Roza, L. A. (2000). *Introdução a metapsicologia freudiana* (5 ed.). Rio de Janeiro: Zahar.

Gasparetto, S., & Bussab, V. S. R. (1994, Julho/Dezembro). A necessidade de um trabalho preventivo em maternidade: Instruções sobre o comportamento do recém-nascido. *Revista Brasileira de Crescimento Humano*, 4(2), 30-34.

Gasparetto, S., & Bussab, V. S. R. (2000, Janeiro/Junho). Padrões e estados comportamentais do recém-nascido durante o banho em maternidade: Possibilidades de regulação e trocas sociais. *Revista Brasileira de Crescimento Humano*, 10(1), 39-48.

Gawin, F. H., & Kleber, H. D. (1992). Envolving conceptualizations of cocaine dependence. In: T. R. Kosten, & H. D. Kleber (Eds.), *Clinicians guide to cocaine addiction* (pp. 32-52). New York: The Guilford Press.

Geada, M. (1996 Abril/Setembro). Sentido de coerência, clima familiar e comportamentos de risco de consumo de drogas na adolescência. *Análise Psicológica*, 12(2-3), 315-332.

Gelder, M., Mayou, R., & Geddes, J. (1999/2002). *Psiquiatria* (2 ed.) (M. L. Q. Alves, Trad.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. (Obra original publicada em 1999).

Gold, M. S. (1993). *Cocaine*. New York: Plenum Medical Book Company.

Golse, B. (1985/1998). *O desenvolvimento afetivo e intelectual da criança* (3 ed.) (M. L. Homem, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1985).

Gonçalves, E. C. (1988). Alguns conceitos referentes à toxicomania. In R. Bucher (Org.), *As drogas e a vida*. (pp. 9-14) São Paulo: EPU.

Goulão, J. (2008). Entrevista. In P. S. Ferreira. *Genética determina dependência de drogas*, *Destak* [on-line]. Disponível:
<http://www.destak.pt/artigos.php?art=7137>

Graeff, F. G., Brandão, M. L., Tomaz, C., & Guimarães, F. S. (1997). *Neurobiologia das doenças mentais* (4 ed.). São Paulo: Lemos.

Grispoon, L., & Bakalar, J. B. (1985). Drug dependence: Nonnarcotic agents. In: H. I. Kaplan, B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive text book of psychiatry* (pp. 1003-1015). Baltimore: Williams & Wilkins.

Grissolia, C. A., & Torres Sobrinho, L. S. (2000). *Viva livre das drogas: Conscientização e prevenção*. Porto Alegre: AGE.

Groddeck, G. (1969). *La maladie, l'art et le symbole*. Paris: Gallimard.

Harlow, H. F. (1958, August). The nature of the love. *American Psychological Association*, 13(12), 673-685.

Haynal, A., Pasini, W., & Archinard, M. (1978/1998). *Medicina psicossomática - Perspectivas psicossociais* (J. N. Almeida, Trad.). Lisboa: CLIMEPSI. (Obra original publicada em 1978).

- Haynal, A., Pasini, W., & Archinard, M. (1997/2001). *Medicina psicossomática - Abordagens psicossociais* (3 ed.) (J. P. Mendonça, Supervisor ed. brasileira). Rio de Janeiro: MEDSI. (Obra original publicada em 1997).
- Hazan, C., Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3(52), 511-524.
- Hoirisch, A. (1985). Cocaína. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2 (34): 71-72.
- Hulley, S. B, Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D., Hearst, N., & Newman, T. B. (2001/2003). *Delineando a pesquisa clínica: Uma abordagem epidemiológica* (2 ed.) (M. S. Duncan & A. R. Peres, Trads.). Porto Alegre: ARTMED. (Obra original publicada em 2001).
- Kalina, E. (1988). *Drogadição II* (M. L. A. Oliveira & M. V. Madalena, Trads.). Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Kalina, E. (1996, Março/Abril). A psiconeurobiologia no combate aos efeitos da cocaína. *Revista Diálogo Médico, Roche*, 2(11), 18-21.
- Kalina, E. (Ed.) (2001). *Clínica terapêutica de adicções* (F. F. Settineri, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kalina, E., & Kovadloff, S. (1988). *Drogadição - Indivíduo, família e sociedade* (4 ed.) (S. Kovadloff, Trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Kalina, E., Kovadloff, S., Roig, P. M., Serran, J. C., & Cesarman, F. (1999). *Drogadição hoje: Indivíduo, família e sociedade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1981/1984). *Compêndio de psiquiatria dinâmica* (3 ed.) (H. M. Souza, M. C. Schaun, M. C. Duarte, M. L. Silveira, & S. Ribeiro, Trads.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1981).

Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1988/1990). *Compêndio de psiquiatria* (2 ed.) (M. C. Monteiro & D. Batista, Trans.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1988).

Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1994/1997). *Compêndio de psiquiatria: Ciências comportamentais e psiquiatria clínica* (7 ed.) (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1994).

Katz, G., & Costa, G. (2003). O adulto jovem. In A. Cataldo Neto, J. G. C. Gauer, & N. R. Furtado (Orgs.), *Psiquiatria para estudantes de medicina* (pp. 234-241). Porto Alegre: EDIPUCRS.

Keller, D. S., Carrol, K. M., Nich, C., & Rounsaville, B. J. (1995, May/June) Alexithymia in cocaine abuser: Response to psychoterapy and pharmacotherapy. *American Journal on Addictions*, 4(3), 243-244.

Klein, M. (1932/1975). *Psicanálise da criança* (2 ed.) (P. Civelli, Trad.). São Paulo: Mestre Jou. (Obra original publicada em 1932).

Krystal, H. (1982, January/December). Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, (9), 353-378.

Lages, S. (1995, Janeiro/Junho). Repensando a somatopsicose. *Aletheia: Revista do Curso de Psicologia da Universidade Luterana do Brasil*, 1, 65-69.

Lambert, G., & Lambert, M. (2001). Drogas ilícitas. In M. Lambert (Ed.), *Drogas mitos e realidades* (pp. 31-74). Rio de Janeiro: MEDSI.

Lambert, M. (2001a). Conceito de dependência química ou drogadição e outros termos. In M. Lambert (Ed.), *Drogas mitos e realidades* (pp. 17-24). Rio de Janeiro: MEDSI.

Lambert, M. (2001b). Estudo epidemiológico sobre drogas em um festival de Rock. In M. Lambert (Ed.), *Drogas mitos e realidades* (pp. 141-154). Rio de Janeiro: MEDSI.

Leite, M. C. (1999). História da cocaína. In M. C. Leite, & A. G Andrade (Eds.), *Cocaína e crack: Dos fundamentos ao tratamento* (pp. 15-24). Porto Alegre: Artes Médicas.

Leite, M. C., & Andrade, A. G. (Eds.) (1999). Prefácio. In M. C. Leite, & A. G. Andrade (Eds.), *Cocaína e crack: Dos fundamentos ao tratamento* (pp. IX-X). Porto Alegre: Artes Médicas.

Lewis, M., & Wolkmar, F. (1990/1993). *Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência* (3 ed.) (G. Giacomet, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1990).

Lima, M. S. (1995). *Morbidade psiquiátrica menor e consumo de psicofármacos em Pelotas, RS*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Federal de Pelotas, Brasil.

Lima, S. (2002). *A clínica do possível: Tratando de dependentes de drogas na periferia de São Paulo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Liping, W. (2008). Entrevista. In P. S. Ferreira, Genética determina dependência de drogas, *Destak* [on-line], 7(876). Disponível: <http://www.destak.pt/artigos.php?art=7137>.

Lo, B. (2001/2003). Abordando questões éticas (M. S. Duncan & A. R. Peres, Trads.). In S. B. Hulley, S. R. Cummings, W. S. Browner, D. Grady, N. Hearst, & T. B. Newman (Orgs.). *Delineando a pesquisa clínica: Uma abordagem epidemiológica* (2 ed., 247-262). Porto Alegre: ARTMED. (Obra original publicada em 2001).

Lopes, A., & Fleming, M. (1996, Dezembro). Doença somática e organização psíquica: Reflexões a partir da polineuropatia amiloidótica familiar. *Análise Psicológica*, 15, 93-100.

Machado, R. A. (1993, Janeiro/Dezembro). Metapsicologia freudiana e o fenômeno psicossomático. *Revista Psicanálise*, 1, 71-84.

Magagnin, S. (1995a, Janeiro/Junho). Fantasia. *Aletheia: Revista do Curso de Psicologia da Universidade Luterana do Brasil*, 1(5), 5-10.

Magagnin, S. (1995b, Junho/Dezembro). O simbolismo. *Aletheia: Revista do Curso de Psicologia da Universidade Luterana do Brasil*, 2(5), 65-71.

Mahler, M. (1979/1982). *O processo de separação e individuação* (H. M. Souza, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1979).

Main, M. (2001, Julho). Las categorías organizadas del apego en infante, en el niño, y en el adulto: Atención flexible versus inflexible bajo estrés relacionado con el apego. *Revista de Psicoanálisis* [on-line], 8. Disponível:

<http://www.aperturas.org/8main.html>

Marazziti, D. (2002/2007). *A natureza do amor - Conhecendo os sentimentos para vivê-los melhor* (B. M. Cardoso, Trad.). São Paulo: Atheneu. (Obra original publicada em 2002).

Marques-Teixeira, J. (1998, Setembro/Dezembro). Factores biológicos e toxicodependência: Revisão de estudos no âmbito da neurobiologia das drogas. *Revista Toxicodependências*, 4(3), 3-26.

Marrone, M. (2001). *La teoria del apego - Um enfoque actual*. Madrid: Psimática.

Marty, P. (1985). *L'orde psychosomatique*. Paris: Payot.

Marty, P. (1990/1993). *A psicossomática do adulto* (P. C. Ramos, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1990).

Marty, P. (1984/1996, Julho/Dezembro). A propósito dos sonhos dos pacientes somáticos (D. Vasconcelos, Trad.). *Revista Aletheia: Revista do Curso de Psicologia da Universidade Luterana do Brasil*, 4, 5-15. (Obra original publicada em 1984).

Marty, P., M'Uzan, M. (1962/1994). O pensamento operatório. (V. A. C. Beusson, Trad.). *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, 28 (1), p. 165-174. (Obra original publicada em 1962).

Matos, A. C. (1986). A delinquência – perspectiva psicodinâmica. *Alter/Ego*, 2, 75-83.

McDougall, J. (1983/1989). *Em defesa de uma certa anormalidade* (C. A. Reis, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1983).

McDougall, J. (1989/1996). *Teatros do corpo - O psicossoma em psicanálise* (2 ed.) (P. H. B. Rondon, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1989).

McDougall, J. (1986/2002). Um corpo para dois (2 ed.) (L. Y. Massuh, Trad.). In: J. McDougall, G. Gachelin, P. Aulagnier, P. Marty, J. Loriod, & J. Caïn (Orgs.), *Corpo e história* (pp. 9-45). São Paulo: Casa do Psicólogo. (Obra original publicada em 1986).

Mello Filho, J. (1989). *O ser e o viver: Uma visão da obra de Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Miermont, J. (1993/1996). *Ecologia das relações afectivas* (F. Oliveira, Trad.). Lisboa: Instituto Piaget. (Obra original publicada em 1993).

Milheiro, J. (1996, Dezembro). Dor no corpo, dor moral. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 15, 75-81.

Morel, A., Hervé, F., & Fontaine, B. (1997/1998). *Cuidados ao toxicodependente: Alcoolismo e toxicomanias modernas* (B. Sousa, Trad.). Lisboa: CLIMEPSI. (Obra original publicada em 1997).

Motta, W. R. (1995). *Morbidade psiquiátrica na população urbana de Pelotas*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Motta, W. R. (1998, Maio). *Projeto previne Pelotas*. Universidade Federal de Pelotas, Departamento de Saúde Mental, Brasil.

Musto, D. (1992). Cocaine's history, especially the american experience. In G. Bock, & J. Whelan (Eds.), *Cocaine: Scientific and social dimensions* (pp. 7-14). New York: Wiley.

Narcotráfico: As principais rotas de distribuição (2002, Setembro 10). *Jornal Zero Hora*, pp. 42-43.

National Institute on Drug Abuse (2000, Março). *High school and youth trends*. Infobox, 1-9.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2002). *Relatório anual sobre a evolução do fenómeno da droga na União Européia e na Noruega* [on-line]. Disponível: <http://ar2002.emcdda.eu.int/pt/page4-pt.html>

Olievenstein, C. (1933/1985). *Destino do toxicômano* (M. D. Grandy, Trad.). São Paulo: ALMED. (Obra original publicada em 1933).

Olievenstein, C. (1987/1990). *A clínica do toxicômano - A falta da falta* (2 ed.) (F. F. Settineri, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1987).

Olievenstein, C. (1991). O toxicômano e sua infância. In J. Bergeret, & J. Leblanc (Eds.), *Toxicomanias - Uma visão multidisciplinar* (M. T. Baptista, Trad.) (pp. 78-90). Porto Alegre: Artes Médicas.

Olievenstein, C. (Dir.), Charles-Nícolas A., Geraud, B., Ingold, R., Sternschuss, S., Tonnerllier, H., & Valleur, M. (Col.) (1982). *La vie du toxicomane - Seminare de Marmottan*, Paris: PUF.

Oliveira, C. C. (2004). *Apego infantil* [on-line]. Disponível:
<http://www.cecasalihpg.ig.com.br/apego.html>

Organização Mundial de Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento* (1992/1993). (D. Caetano, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1992).

Osório, C. M. S. (2001). Adultos jovens, seus scripts e cenários. In C. L. Eizirik, F. Kapczinski, & A. M. S. Bassols (Orgs.), *O ciclo da vida humana: Uma perspectiva psicodinâmica* (pp. 141-158). Porto Alegre: ARTMED.

Outeiral, J. (2002). *Drogas - Uma conversa difícil, necessária e urgente* (2 ed.). São Leopoldo: Sinodal.

Paiva, C. C. (1988). Motivação para o uso de droga. In R. Bucher (Org.), *As drogas e a vida* (pp. 33-37). São Paulo: EPU.

Paixão, N. R. (1998). *Psicosomática e toxicodpendência: Um estudo exploratório*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Superior de Psicologia, Lisboa, Portugal.

Paixão, N. R., Soares, B. G. O., Lima, M. S., Motta, W. R., & Sá, J. E. (2000, Outubro). *Psychosomatic disorders x cocaine dependence: Similar?* Pôster apresentado no Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Regional Meeting da Associação Brasileira de Psiquiatria, Rio de Janeiro.

Pedro, A. M. (1992). Veille et revê chez lês toxicomanes. In Sami-Ali, S. Cady, G. Froli, J. M. Gauthier, J. Gorot, A. M. Pedro, & M. Robert (Orgs.), *Rêve e psychosomatique* (pp. 103-117). Paris: CIPS.

Pereira, F. (1987/1992). Sobre o corpo e o imaginário: Notas ao redor da psicossomática de Sami-Ali em forma de prefácio (M. E. Marques, Trad.). In Sami-Ali, *Pensar o somático* (p. XXVI). Lisboa: ISPA. (Obra original publicada em 1987).

Pinto, J. B. (1982, Janeiro/Junho). Sobre a concepção da vinculação. *Análise Psicológica*, 3(1-2), 47-66.

Ponczek, I. S. (1993). Considerações sobre o uso de drogas: Um caso clínico. *Caderno do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas*, 1(1), pp. 20-26.

Prazeres, N. L. (1996). *Ensaio de um estudo sobre alexitimia com Rorschach e a Escala de Alexitimia de Toronto*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Lisboa, Portugal.

Programa de Valorização da Vida (1995). *II Levantamento do perfil psicológico dos usuários de substâncias psicoativas em escolas estaduais de Porto Alegre -1994*. Porto Alegre: Governo do Estado do Rio Grande do Sul.

Queiroz, S., & Andrade, A. G. (1999). Uso de cocaína entre estudantes universitários. In A. G. Andrade, & M. C. Leite (Eds.), *Cocaína e crack: Dos fundamentos ao tratamento* (pp. 175-183). Porto Alegre: Artes Médicas.

Rado, S. (1926). The psychic effects of intoxication: attempts at a psychoanalytic theory of drug addiction. *International Journal of Psychoanalysis*, 7, 396-413.

Rappaport, C. R. (1981). Desenvolvimento emocional e social na primeira infância. In C. Rappaport, W. R. Fiori, & E. Herzberg, *A infância inicial: O bebê e sua mãe* (Vol. 2) (pp. 22-69). São Paulo: EPU.

Rebelo, L. (2006, Maio/Junho). Tabaco, cérebro e dependência: Cérebro toxicodependente. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 197-199.

Ribeiro, M., Dunn, J., Sesso, R., Dias, A. C., & Laranjeira, R. (2006, Setembro). Causes of death among crack cocaine user. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (3), 196-202.

Rivière, P. (1985/1991). *Psiquiatria - Uma nova problemática* (A. Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1985).

Rivière, P. (1980/1995). *Teoria do vínculo* (5 ed.) (E. T. Zamikhouwsky, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1980).

Rocha, F. (1990, Agosto). Introduzindo o tema: A linguagem do corpo. Reflexões 2. *Revista IDE*, 19, 102-109.

Rosenfeld, H. A. (1965/1968). Os estados psicóticos (J. Salomão & P. D. Correa, Trans.). Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1965).

Rotbard, S. (2001/2004). A imaginação material: Uma outra abordagem da patologia orgânica (P. C. R. Reuillard, Trad.). In Sami-Ali (Org.), *Manual de terapias psicossomática*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 2001).

Rundel, J. R., & Wise, M. G. (2000). *Concise guide to consultation psychiatry* (3 ed.). Washington: American Psychiatric Press.

Sá, J. E. (1996a, Dezembro). O pensamento – Da biologia à psicanálise. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 15, 53-54.

Sá, J. E. (1996b). Reflexões a propósito da vida emocional e do pensamento dos bebês. *Manual de psicologia da gravidez e de maternidade*. Lisboa: Fim do Século.

Sá, J. E. 1996(c). *Pensamento e relação em Ferenczi: Alguns apontamentos*. (Texto utilizado na disciplina de Psicopatologia do Desenvolvimento do Mestrado Psicopatologia e Psicologia Clínica, Instituto Superior de Psicologia Aplicada em convênio com a Universidade Luterana do Brasil, Porto Alegre, RS).

Sá, J. E., & Cunha, M. J. (1996). *Abandono e adoção: O nascimento da família*. Coimbra: Almedina.

Salminen, J. K., Saarijarvi, S., Aarela E., Toikka, T., & Kauhanen, J. (1999, January). Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(1), 75-82.

Sami-Ali (1980). *Le Banal*. Paris: Gallimard.

Sami-Ali (1971/1988). *Le haschisch en Egypte: Essai d'anthropologie psychanalytique*. Paris: Bordas, Dunod. (Obra original publicada em 1971).

Sami-Ali (1989, Janeiro/Setembro). Imaginaire et pathologie - Une théorie de la psychosomatique. *Análise Psicológica*, 7(1-3), 325-328.

Sami-Ali (1987a/1992). *Pensar o somático* (M. E. Marques, Trad.). Lisboa: ISPA. (Obra original publicada em 1987a).

Sami-Ali (1992). Revê et fonctionnement onirique (1992). In Sami-Ali, S. Cady, G. Froli, J. M. Gauthier, J. Gorot, A. M. Pedro, & M. Robert (Orgs.). *Rêve e psychosomatique* (pp. 11-30). Paris: CIPS.

Sami-Ali (1977/1993). *Corpo real corpo imaginário* (S. Cassal, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1977).

Sami-Ali (1987b/1995). *Pensar o somático: Imaginário e patologia* (J. Briant, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1987b).

Sami-Ali (1997). *Le revê et l' affect, une théorie du somatique*. Paris: Dunod.

Sami-Ali (2001/2004). Apresentação: A teoria relacional (P. C. R. Reuillard, Trad.). In Sami-Ali (Org.), *Manual de terapias psicossomática* (pp. 15-24). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 2001).

Savitt, R. A. (1966, julho/setembro). Estudios psicoanalíticos sobre la adicción : La estructura del yo en la adicción a narcóticos, *Revista de Psicoanálisis, Buenos Aires*, 23(3), p. 334-344.

Sears, R. R. (1972). Attachment dependency and frustration. In: J. L. Gewirtz (Org.), *Attachment and dependency*. New York and London: Wiley.

Sebastião, A. (2008). *Impacto neurbiológico dos consumos* [on-line].

Disponível:

http://www.dianova.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=435&Itemid=77

Segal, H. (1964/1975). *Introdução à obra de Melanie Klein* (J. C. Guimarães, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1964).

Sifneos, P. E. (1973, March/April). The prevalence of alexithymic: Characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.

Sifneos, P. E. (1979/1989). *Psicoterapia dinâmica breve* (A. E. Fillmann, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1979).

Sifneos, P. E. (1991, May/June). Affect, emotional conflict, and deficit: An overview. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 56(3), 116-122.

Silva, A. F. R., & Caldeira, G. (1992). Alexitimia e pensamento operatório: A questão do afeto na psicossomática. In J. Mello Filho (Ed.), *Psicossomática hoje* (pp. 113-118). Porto Alegre: Artes Médicas.

Silva, M. A. (1994). *Quem ama não adocece - O papel das emoções na prevenção e cura das doenças* (13 ed.). São Paulo: Best Seller.

Silva, O. A., & Odo, S. A. (1999). Toxicologia da cocaína. In M. C. Leite, & A. G. Andrade (Eds.), *Cocaína e crack: Dos fundamentos ao tratamento* (pp. 79-95). Porto Alegre: Artes Médicas.

Silveira, D. X. (1996). Dependências: De que estamos falando, afinal?. In D. X. Silveira Filho, & M. Gorgulho (Eds.), *Dependência: Compreensão e assistência às toxicomanias* (pp. 1-14). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Silveira Filho, D. X. (2002). *Drogas - Uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências* (3 ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Simmel, E. (1929). Psychoanalytic treatment in a sanatorium. *International Journal of Psychoanalysis*, 10, 70-82.

Soares, I. (1996). *Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência*. Braga, Portugal: Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.

Spitz, R. (1975/1979). *O primeiro ano de vida: Um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais* (E. M. B. Rocha, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1975).

Stempliuk, V. A., & Bursztein, P. (1999). A cocaína e a família. In: M. C. Leite & A. G. Andrade (Eds.), *Cocaína e crack: Dos fundamentos ao tratamento* (pp. 155-164). Porto Alegre: Artes Médicas.

Tavares, B. F., Béria, J. H., & Lima, M. S. (2001, Abril). Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, 35(2), 150-158.

Taylor, G. J. (1988/1990, Juillet/Septembre). La pensée opératoire et le concept d'alexithymie (J. D. Guelfi, Trad.). *Revue Francaise Psychanalyse*, 3, 769-784. (Obra original publicada em 1988).

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1992). The revised Toronto Alexitimia Scale: Some reability, validity and normative data. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57, 34-41.

Teixeira, J. A. C. (1996, Abril/Agosto). Alexitimia, saúde e doença: Estudo da alexitimia em sujeitos obesos. *Análise Psicológica*, 14(2-3), 381-386.

Thompson, T. L., II (1988/1992). Transtornos psicossomáticos (M. C. M. Gouart & D. Batista, Trad.). In J. A. Talbott, R. E. Hales, & S. C. Yudofsky (Orgs.), *Tratado de psiquiatria* (pp. 365-456). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1988).

Vaillant, G. E. (1997). As adições ao longo da vida: Implicações terapêuticas. In E. Griffith & C. Dare (Orgs.), *Psicoterapia e tratamento de adições* (pp. 5-18). Porto Alegre: Artes Médicas.

Vieira, W. C. (1997). A psicossomática de Pierre Marty. In F. C. Ferraz, & R. M. Volich (Orgs.), *Psicossoma: Psicossomática psicanalítica* (pp. 15-22). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Volkow, N. (2006). *Adição: O fim da neurobiologia do livre arbítrio* [online]. Disponível: <http://www.saude-mental.net/index.php?article=756&visual=2>

Weiss, E., & English, O. S. (1943/1946). *Medicina psicossomática* (E. Arruda, Trad.). Rio de Janeiro: Guanabara. (Obra original publicada em 1943).

- Weiss, R. D., Mirin, S. M., & Bartel, R. L. (1994). *Cocaine* (2 ed.). Washington-DC: American Psychiatric Press.
- Winnicott, D. W. (1971/1975). *O brincar e a realidade* (J. O. Aguiar & V. Nobre, Trans.). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1971).
- Winnicott, D. W. (1949/1978). A mente e sua relação com o psique-soma (J. Russo Trad.). In D. W. Winnicott (Ed.), *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (pp. 409-425). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Obra original publicada em 1949).
- Winnicott, D. W. (1958/1983). A capacidade para estar só (I. C. S. Ortiz Trad.). In: D. W. Winnicott (Ed.), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1958).
- Winnicott, D. W. (1963/1987a). *Privação e Delinqüência*. (A. Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1963).
- Winnicott, D. W. (1966/1987b). Ausência de sentimento de culpa (A. Cabral, Trad.). In: D. W. Winnicott (Ed.), *Privação e Delinqüência*. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1966).
- Winnicott, D. W. (1965/1993). *A família e o desenvolvimento individual* (M. B. Cipolla, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1965).
- Yoshida, E. M. P. (2000, Janeiro/Julho). Toronto Alexthymia Scale -TAS: Precisão e validade da versão em português. *Psicologia Teoria e Prática*, 2(1), 59-74.
- Zavaschi, M. L. S., Costa, F., & Brunstein, C. (2001). O bebê e os pais. In C. L. Eizirik, F. Kapczinski, & A. M. S. Bassols (Orgs.), *O ciclo da vida humana: Uma perspectiva psicodinâmica* (pp. 41-57). Porto Alegre: ARTMED.

- Zazzo, B. (1972). *La psychologie différentielle de l' adolescence*. Paris: P.U.F.
- Zimerman, D. (1995). *Bion da teoria à prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Zimmermann, A., Zimmermann, H., Zimmermann, J., Tatsch, F., & Santos, C. (2001). Gestação, parto e puerpério. In C. L. Eizirik, F. Kapczinski, & A. M. S. Bassols (Orgs.), *O ciclo da vida humana: Uma perspectiva psicodinâmica* (pp. 29-40). Porto Alegre: ARTMED.
- Zusman, W. (1994, Abril). A opção sgnica e o processo simbólico. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28(1), 153-164.

Apêndices

Apêndice A – Formulário de Identificação

Apêndice B – Toronto Alexithymia Scale

Apêndice C – Escala de Vinculação do Adulto

Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecimentos para Participação
em um Estudo de Pesquisa Exploratório

Apêndice E – Matriz de Dados da Pesquisa

Apêndice A

Formulário de Identificação

Estas informações que a seguir lhes solicitamos, imprescindíveis para nossa investigação (caracterização da nossa amostra), são de caráter anônimo e sujeitos a um tratamento absolutamente confidencial.

Nº DE IDENTIFICAÇÃO: DIAGNÓSTICO MÉDICO:

DATA: TEMPO DE INTERNAÇÃO:

1. IDADE: 2. SEXO: () M () F

3. ESTADO CIVIL: 4. Nº E IDADE DOS FILHOS:

5. ESCOLARIDADE: NÃO ALFABETIZADO ()

1º GRAU INCOMPLETO () SÉRIE CURSADA:
COMPLETO ()

2º GRAU INCOMPLETO () SÉRIE CURSADA:
COMPLETO ()

3º GRAU INCOMPLETO () SÉRIE CURSADA:
COMPLETO () CURSO:

6. ESTÁ ESTUDANDO NO MOMENTO: () NÃO

() SIM - NOME DO CURSO:

7. RESIDE: () COM A FAMÍLIA

() OUTROS:

8. RENDA FAMILIAR APROXIMADA (EM SALÁRIOS MÍNIMOS):

9. CONSTELAÇÃO FAMILIAR:

10. INTERNAÇÕES ANTERIORES: NÃO () SIM () Nº

MOTIVO DE CADA INTERNAÇÃO:

11. MOTIVO DA INTERNAÇÃO ATUAL:

12. SOFRE OU SOFREU DE ALGUMA DOENÇA DE CARÁTER CRÔNICO:

() NÃO () SIM – QUAL / QUAIS:

.....

Apêndice B

Toronto Alexithymia Scale

Sexo: F / M

Idade:

Data:

N.º

A escala que a seguir lhe apresentamos (Toronto Alexithymia Scale[®]), pretende avaliar a forma como, no geral, lida com as emoções. Pedimos-lhe que indique, por favor, para cada questão, o seu modo habitual de resposta ou a sua opinião: Assinale o **1** se a situação **nunca** lhe acontece

Assinale o **2** se lhe acontece **raramente**

Assinale o **3** se **às vezes** lhe acontece

Assinale o **4** se lhe acontece **com frequência**

Assinale o **5** se lhe acontece **sempre**

- | | Nunca | Raramente | Às vezes | Com frequência | Sempre |
|---|---------|-----------|----------|----------------|---------|
| 1. Acontece-me ficar confuso à cerca da emoção que estou a sentir. | 1 _____ | 2 _____ | 3 _____ | 4 _____ | 5 _____ |
| 2. É-me difícil encontrar as palavras certas para os meus sentimentos. | 1 _____ | 2 _____ | 3 _____ | 4 _____ | 5 _____ |
| 3. Tenho sensações físicas que mesmo os médicos não entendem. | 1 _____ | 2 _____ | 3 _____ | 4 _____ | 5 _____ |
| 4. Sou capaz de descrever os meus sentimentos com facilidade. | 1 _____ | 2 _____ | 3 _____ | 4 _____ | 5 _____ |
| 5. Prefiro analisar os problemas, a simplesmente descrevê-los. | 1 _____ | 2 _____ | 3 _____ | 4 _____ | 5 _____ |
| 6. Quando estou perturbado(a), não sei se estou triste, assustado(a) ou zangado(a). | 1 _____ | 2 _____ | 3 _____ | 4 _____ | 5 _____ |
| 7. Fico confundido à cerca das sensações no meu corpo. | 1 _____ | 2 _____ | 3 _____ | 4 _____ | 5 _____ |
| 8. Prefiro deixar as coisas simplesmente acontecerem, a tentar perceber porque é que aconteceram assim. | 1 _____ | 2 _____ | 3 _____ | 4 _____ | 5 _____ |

- | | Nunca | Raramente | Às vezes | Com frequência | Sempre |
|--|---------|-----------|----------|----------------|---------|
| 9. Tenho sentimentos que não consigo realmente identificar. | 1 _____ | 2 _____ | 3 _____ | 4 _____ | 5 _____ |
| 10. Estar em contacto com as emoções é essencial. | 1 _____ | 2 _____ | 3 _____ | 4 _____ | 5 _____ |
| 11. Acho difícil descrever o que sinto pelas pessoas. | 1 _____ | 2 _____ | 3 _____ | 4 _____ | 5 _____ |
| 12. Os outros pedem-me que descreva melhor os meus sentimentos. | 1 _____ | 2 _____ | 3 _____ | 4 _____ | 5 _____ |
| 13. Não sei o que se passa dentro de mim. | 1 _____ | 2 _____ | 3 _____ | 4 _____ | 5 _____ |
| 14. Acontece-me não saber porque é que estou zangado. | 1 _____ | 2 _____ | 3 _____ | 4 _____ | 5 _____ |
| 15. Prefiro falar com as pessoas acerca das suas atividades diárias, a falar dos seus sentimentos. | 1 _____ | 2 _____ | 3 _____ | 4 _____ | 5 _____ |
| 16. Prefiro espetáculos de entretenimento ligeiro, a dramas psicológicos. | 1 _____ | 2 _____ | 3 _____ | 4 _____ | 5 _____ |
| 17. É-me difícil revelar os meus sentimentos íntimos, mesmo aos amigos mais próximos. | 1 _____ | 2 _____ | 3 _____ | 4 _____ | 5 _____ |
| 18. Sou capaz de me sentir próximo de alguém mesmo em momentos de silêncio. | 1 _____ | 2 _____ | 3 _____ | 4 _____ | 5 _____ |
| 19. Acho a análise dos meus sentimentos útil para a resolução de problemas pessoais. | 1 _____ | 2 _____ | 3 _____ | 4 _____ | 5 _____ |
| 20. Procurar o sentido mais profundo dos filmes ou peças, não nos deixa divertir tanto. | 1 _____ | 2 _____ | 3 _____ | 4 _____ | 5 _____ |

Nota. De *Doença oncológica e alexitimia*, de N.M. Cardoso, (1995). Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Portugal. Direitos Autorais de 1998 por E. A. Cerchiari.

Apêndice C

Escala de Vinculação do Adulto

Sexo:

Idade:

Data:

N.º

ESCALA DE VINCULAÇÃO DO ADULTO

EVA – M.C. Canavarro, 1995; Versão Portuguesa da *Adult Attachment Scale-R*; Collins & Read, 1990

Por favor leia com atenção cada uma das afirmações que se seguem e assinale o grau em que cada uma descreve a forma como se sente em relação às relações afectivas que estabelece. Pense em todas as relações (passadas e presentes) e responda de acordo com o que geralmente sente. Se nunca esteve afectivamente envolvido com um parceiro, responda de acordo com o que pensa que sentiria nesse tipo de situação.

| | Nada característico em mim | Pouco característico em mim | Característico em mim | Muito característico em mim | Extremamente característico em mim |
|---|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--|
| 1. Estabeleço, com facilidade, relações com as pessoas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Tenho dificuldade em sentir-me dependente dos outros. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Costumo preocupar-me com a possibilidade dos meus parceiros não gostarem verdadeiramente de mim. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. As outras pessoas não se aproximam de mim tanto quanto eu gostaria. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sinto-me bem dependendo dos outros. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. <u>Não</u> me preocupo pelo facto das pessoas se aproximarem muito de mim. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Acho que as pessoas nunca estão presentes quando são necessárias.
8. Sinto-me de alguma forma desconfortável quando me aproximo das pessoas.
9. Preocupo-me frequentemente com a possibilidade dos meus parceiros me deixarem.
10. Quando mostro os meus sentimentos, tenho medo que os outros não sintam o mesmo por mim.
11. Pergunto frequentemente a mim mesmo se os meus parceiros realmente se importam comigo.
12. Sinto-me bem quando me relaciono de forma próxima com outras pessoas.
13. Fico incomodado quando alguém se aproxima emocionalmente de mim.
14. Quando precisar, sinto que posso contar as pessoas.
15. Quero aproximar-me das pessoas mas tenho medo de ser magoado(a).
16. Acho difícil confiar completamente nos outros.

17. Os meus parceiros desejam
freqüentemente que eu esteja
mais próximo deles do que eu
me sinto confortável em estar.

18. Não tenho a certeza de
poder contar com as pessoas
quando precisar delas.

Nota. De *EVA*, de M. C. Canavarro, 1995; Versão Portuguesa da Adult Attachment Scale-R Direitos Autorais de 2000 por M. C. Canavarro.

Apêndice D

*Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento para Participação em um Estudo de
Pesquisa Exploratório*

INVESTIGADOR: PSIC. NINA ROSA D'AVILA PAIXÃO

**TITULO DO ESTUDO: UM ESTUDO
EXPLORATÓRIO: BUSCA DA COMPREENSÃO
DA TOXICODEPENDÊNCIA E DA
PSICOSSOMÁTICA NO ÂMBITO DA
VINCULAÇÃO**

NÚMERO DO PACIENTE:

INICIAIS DO PACIENTE:

DATA DO NASCIMENTO DO PACIENTE:

1. OBJETIVO / DESCRIÇÃO / PROCEDIMENTO DO ESTUDO

Este é um estudo de pesquisa, que tem o objetivo de detectar se existe alguma semelhança entre a estrutura vincular (traço de personalidade) nos pacientes psicossomáticos (indicados pela presença de alexitimia) e nos dependentes de cocaína.

Se você está internado numa Unidade para Tratamento de Dependentes Químicos, fará parte do grupo dos dependentes químicos. Se você está internado numa Unidade de Clínica Médica, fará parte do grupo dos psicossomáticos, mesmo que você não sofra da doença psicossomática. A doença psicossomática é descrita, como: *presença de influências psicológicas ou de comportamento*

que desempenham um papel importante na etiologia dos transtornos físicos (CID-10, 1992/1993).

Durante a sua participação, você será designado a responder algumas perguntas objetivas, referentes a dois questionários: um com vinte (20) itens e o outro com dezoito (18) itens, e uma ficha de identificação composta por doze (12) itens.

Para participar deste estudo, você deve estar internado a, no mínimo, 24 horas, e, deve ter, 18 anos de idade ou mais. A sua participação neste estudo é voluntária.

2. BENEFÍCIOS ASSOCIADOS AO ESTUDO

As pesquisas têm o intuito de buscar novas descobertas que possam beneficiar a construção do conhecimento. Seus resultados poderão facilitar na concepção das patologias e abrir novos referenciais de busca científica.

3. ANÁLISE DE REGISTRO E CONFIABILIDADE

Será permitido que a equipe de pesquisa, comitê de ética de seu hospital / clínica, analise seu prontuário. Sua identidade será mantida confidencial.

4. DIREITO DE FAZER PERGUNTAS

Se você tiver qualquer dúvida, com relação aos seus direitos como um participante deste estudo, ligue para Dr. José Augusto Assumpção Ribeiro (Presidente do Comitê de Ética) no telefone 3229-1341.

Se você tiver qualquer dúvida sobre o estudo, ligue para Psicóloga Nina Rosa d'Ávila Paixão (investigadora) no telefone 3225-8891.

5. PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA E CONDIÇÃO DE RETIRADA

Sua participação no estudo é voluntária.

Você pode recusar a participar deste estudo ou você pode se retirar a qualquer momento sem nenhuma punição ou perda de benefícios aos quais você tem direito.

Apêndice E

Matriz de Dados da Pesquisa

TOXICODDEPENDENTES (N=50)

| Número de identificação do questionário | Sexo do entrevistado | Idade do entrevistado | Estado civil agrupado | N filhos agrupado | Escolaridade agrupada |
|---|-------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| 1 | masculino | 46 | Com companheiro | 1 a 3 | 1º grau e mais |
| 2 | masculino | 30 | Com companheiro | Nenhum | Menos de 1º grau |
| 3 | masculino | 27 | Com companheiro | 1 a 3 | 1º grau e mais |
| 4 | masculino | 47 | Com companheiro | 4 e mais | Menos de 1º grau |
| 5 | masculino | 18 | Sem companheiro | Nenhum | 1º grau e mais |
| 6 | masculino | 43 | Sem companheiro | 1 a 3 | 1º grau e mais |
| 7 | masculino | 33 | Sem companheiro | 1 a 3 | 1º grau e mais |
| 8 | masculino | 18 | Sem companheiro | Nenhum | Menos de 1º grau |
| 9 | masculino | 42 | Com companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 10 | masculino | 23 | Sem companheiro | Nenhum | 1º grau e mais |
| 11 | feminino | 23 | Sem companheiro | Nenhum | 1º grau e mais |
| 12 | masculino | 45 | Sem companheiro | 4 e mais | Menos de 1º grau |
| 13 | masculino | 48 | Com companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 14 | masculino | 18 | Sem companheiro | Nenhum | 1º grau e mais |
| 15 | masculino | 48 | Com companheiro | Nenhum | 1º grau e mais |
| 16 | masculino | 22 | Sem companheiro | Nenhum | Menos de 1º grau |
| 17 | masculino | 20 | Sem companheiro | Nenhum | Menos de 1º grau |
| 18 | masculino | 24 | Com companheiro | Nenhum | Menos de 1º grau |
| 19 | masculino | 22 | Sem companheiro | Nenhum | Menos de 1º grau |
| 20 | masculino | 20 | Sem companheiro | Nenhum | 1º grau e mais |
| 21 | masculino | 20 | Sem companheiro | Nenhum | 1º grau e mais |
| 22 | masculino | 41 | Sem companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 23 | masculino | 35 | Sem companheiro | Nenhum | Menos de 1º grau |

| | | | | | |
|----|-----------|----|-----------------|----------|------------------|
| 24 | masculino | 29 | Sem companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 25 | masculino | 26 | Com companheiro | 4 e mais | Menos de 1º grau |
| 26 | masculino | 39 | Com companheiro | 1 a 3 | 1º grau e mais |
| 27 | masculino | 31 | Com companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 28 | masculino | 40 | Com companheiro | 1 a 3 | 1º grau e mais |
| 29 | masculino | 21 | Sem companheiro | Nenhum | Menos de 1º grau |
| 30 | masculino | 45 | Com companheiro | 4 e mais | Menos de 1º grau |
| 31 | masculino | 25 | Sem companheiro | Nenhum | Menos de 1º grau |
| 32 | masculino | 25 | Com companheiro | 1 a 3 | 1º grau e mais |
| 33 | masculino | 37 | Com companheiro | 1 a 3 | 1º grau e mais |
| 34 | masculino | 23 | Sem companheiro | Nenhum | Menos de 1º grau |
| 35 | masculino | 40 | Com companheiro | 1 a 3 | 1º grau e mais |
| 36 | masculino | 23 | Sem companheiro | Nenhum | Menos de 1º grau |
| 37 | masculino | 21 | Sem companheiro | 1 a 3 | 1º grau e mais |
| 38 | masculino | 31 | Com companheiro | 1 a 3 | 1º grau e mais |
| 39 | masculino | 18 | Sem companheiro | Nenhum | 1º grau e mais |
| 40 | masculino | 19 | Sem companheiro | Nenhum | 1º grau e mais |
| 41 | masculino | 42 | Com companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 42 | masculino | 22 | Sem companheiro | Nenhum | 1º grau e mais |
| 43 | masculino | 19 | Sem companheiro | Nenhum | Menos de 1º grau |
| 44 | masculino | 29 | Sem companheiro | Nenhum | Menos de 1º grau |
| 45 | masculino | 25 | Sem companheiro | Nenhum | 1º grau e mais |
| 46 | masculino | 29 | Sem companheiro | 4 e mais | Menos de 1º grau |
| 47 | masculino | 35 | Sem companheiro | Nenhum | Menos de 1º grau |
| 48 | masculino | 26 | Com companheiro | 1 a 3 | 1º grau e mais |
| 49 | masculino | 39 | Com companheiro | 1 a 3 | 1º grau e mais |
| 50 | masculino | 47 | Com companheiro | 4 e mais | Menos de 1º grau |

TOXICODPENDENTES (N=50)

| Número de identificação do questionário | O entrevistado está estudando no momento | Reside com família | Grupos de renda percapita em salários mínimos | Estrutura familiar do entrevistado |
|---|--|--------------------|---|------------------------------------|
| 1 | não | Sim | Mais de 1 | estruturada |
| 2 | não | Sim | Mais de 1 | estruturada |
| 3 | não | Sim | Mais de 1 | estruturada |
| 4 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 5 | não | Não | . | não estruturada |
| 6 | não | Não | . | não estruturada |
| 7 | não | Não | Até 0,5 | não estruturada |
| 8 | não | Sim | 0,51 a 1 | estruturada |
| 9 | não | Sim | 0,51 a 1 | estruturada |
| 10 | não | Sim | 0,51 a 1 | estruturada |
| 11 | não | Sim | Mais de 1 | estruturada |
| 12 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 13 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 14 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 15 | não | Sim | Mais de 1 | estruturada |
| 16 | não | Sim | Mais de 1 | estruturada |
| 17 | não | Sim | 0,51 a 1 | estruturada |
| 18 | não | Sim | Mais de 1 | estruturada |
| 19 | não | Sim | Mais de 1 | estruturada |
| 20 | não | Sim | Mais de 1 | estruturada |
| 21 | não | Sim | 0,51 a 1 | estruturada |
| 22 | não | Não | Mais de 1 | não estruturada |
| 23 | não | Sim | 0,51 a 1 | não estruturada |
| 24 | não | Não | Mais de 1 | não estruturada |
| 25 | não | Sim | 0,51 a 1 | estruturada |
| 26 | não | Sim | 0,51 a 1 | estruturada |

| | | | | |
|----|-----|-----|-----------|-----------------|
| 27 | não | Sim | 0,51 a 1 | estruturada |
| 28 | não | Sim | Mais de 1 | estruturada |
| 29 | não | Sim | Mais de 1 | não estruturada |
| 30 | não | Sim | 0,51 a 1 | estruturada |
| 31 | não | Sim | 0,51 a 1 | estruturada |
| 32 | não | Sim | Mais de 1 | estruturada |
| 33 | não | Sim | Mais de 1 | estruturada |
| 34 | não | Sim | Mais de 1 | estruturada |
| 35 | não | Sim | Mais de 1 | estruturada |
| 36 | não | Sim | Mais de 1 | estruturada |
| 37 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 38 | não | Sim | 0,51 a 1 | estruturada |
| 39 | não | Sim | 0,51 a 1 | estruturada |
| 40 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 41 | não | Sim | 0,51 a 1 | estruturada |
| 42 | não | Sim | 0,51 a 1 | estruturada |
| 43 | não | Sim | 0,51 a 1 | estruturada |
| 44 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 45 | sim | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 46 | não | Não | Mais de 1 | Estruturada |
| 47 | não | Não | Mais de 1 | estruturada |
| 48 | não | Sim | Mais de 1 | estruturada |
| 49 | não | Sim | 0,51 a 1 | estruturada |
| 50 | não | Sim | Até 0,5 | Estruturada |

TOXICODDEPENDENTES (N=50)

| Número de identificação do questionário | Diagnóstico médico na internação | Internações anteriores | Número de internações anteriores | Alexitimia |
|---|--|---------------------------|--|------------|
| 1 | f19 | Sim | 6 | Sim |
| 2 | f10, f14 | Não | 0 | Sim |
| 3 | f14 | Não | 0 | Sim |
| 4 | f14 | Não | 0 | Sim |
| 5 | f14, f10 | Não | 0 | Sim |
| 6 | f10, f14 | Sim | 3 | Sim |
| 7 | f14, f10 | Não | 0 | Sim |
| 8 | f14, f10 | Não | 0 | Sim |
| 9 | f14, f10 | Sim | 6 | Sim |
| 10 | f14 | Sim | 2 | Sim |
| 11 | f19 | Sim | 5 | Sim |
| 12 | f14 | Sim | 2 | Sim |
| 13 | f19 | Não | 0 | Sim |
| 14 | f14 | Não | 0 | Sim |
| 15 | f14, f10 | Sim | 8 | Sim |
| 16 | f14, f18 | Não | 0 | Sim |
| 17 | f19 | Sim | 2 | Não |
| 18 | f10, f12 | Sim | 1 | Sim |
| 19 | f14 | Sim | 1 | Sim |
| 20 | f14,f10 | Não | 0 | Sim |
| 21 | f14, f18 | Não | 0 | Não |
| 22 | f10, f14 | Sim | 4 | Sim |
| 23 | f14, f10 | Não | 0 | Não |
| 24 | f10, f14 | Não | 0 | Não |
| 25 | f19 | Não | 0 | Sim |
| 26 | f19 | Não | 0 | Não |

| | | | | |
|----|----------|-----|---|-----|
| 27 | f10, f14 | Sim | 1 | Sim |
| 28 | f10, f14 | Sim | 3 | Sim |
| 29 | f14 | Não | 0 | Sim |
| 30 | f10, f14 | Não | 0 | Sim |
| 31 | f19 | Não | 0 | Não |
| 32 | f14, f10 | Sim | 2 | Sim |
| 33 | f14 | Sim | 5 | Sim |
| 34 | f14, f16 | Não | 0 | Sim |
| 35 | f10, f14 | Não | 0 | Sim |
| 36 | f14 | Sim | 2 | Sim |
| 37 | f14, f10 | Não | 0 | Sim |
| 38 | f14 | Sim | 2 | Sim |
| 39 | f19 | Não | 0 | Sim |
| 40 | f19 | Não | 0 | Sim |
| 41 | f14, f10 | Sim | 2 | Sim |
| 42 | f19 | Não | 0 | Não |
| 43 | f19 | Não | 0 | Não |
| 44 | f14 | Não | 0 | Sim |
| 45 | f14 | Não | 0 | Sim |
| 46 | f10, f14 | Sim | 3 | Sim |
| 47 | f14 | Não | 0 | Sim |
| 48 | f14 | Sim | 2 | Sim |
| 49 | f14 | Não | 0 | Sim |
| 50 | f14, f10 | Não | 0 | Sim |

TOXICODEPENDENTES (N=50)

| Número de identificação do questionário | Vinculação ansiosa | Vinculação segura | Vinculação evitante | Total de pontos EVA |
|---|-----------------------|----------------------|------------------------|------------------------|
| 1 | 32 | 10 | . | . |
| 2 | 19 | 15 | 14 | 46 |
| 3 | . | 10 | 11 | . |
| 4 | 27 | 11 | 13 | 51 |
| 5 | 20 | 8 | 18 | 48 |
| 6 | 35 | 5 | 21 | 65 |
| 7 | 12 | 21 | 7 | 36 |
| 8 | 32 | 9 | 21 | 64 |
| 9 | 27 | 10 | 18 | 55 |
| 10 | 32 | 10 | 19 | 63 |
| 11 | 18 | 16 | 12 | 46 |
| 12 | 12 | 12 | 14 | 36 |
| 13 | 27 | 10 | 21 | 60 |
| 14 | 27 | 9 | 16 | 54 |
| 15 | 23 | 11 | 14 | 48 |
| 16 | 36 | 10 | 13 | 61 |
| 17 | 17 | 15 | 12 | 44 |
| 18 | 35 | 10 | 13 | 60 |
| 19 | 32 | 9 | 14 | 57 |
| 20 | 31 | 11 | 17 | 61 |
| 21 | 11 | 18 | 5 | 30 |
| 22 | 29 | 11 | 13 | 53 |
| 23 | 15 | 17 | 10 | 40 |
| 24 | 10 | 16 | 6 | 30 |
| 25 | 30 | 13 | 14 | 57 |
| 26 | 8 | 21 | 11 | 36 |
| 27 | 30 | 14 | 17 | 61 |
| 28 | 38 | 10 | 12 | 58 |
| 29 | 28 | 13 | 16 | 57 |

| | | | | |
|----|----|----|----|----|
| 30 | 22 | 11 | 14 | 47 |
| 31 | 8 | 25 | 13 | 42 |
| 32 | 40 | 9 | 10 | 55 |
| 33 | 37 | . | 13 | . |
| 34 | 28 | 10 | 15 | 53 |
| 35 | 37 | 11 | 16 | 64 |
| 36 | 38 | 7 | 12 | 61 |
| 37 | 26 | 7 | 12 | 47 |
| 38 | 37 | 13 | 15 | 67 |
| 39 | 24 | 11 | 12 | 51 |
| 40 | 13 | 16 | 11 | 38 |
| 41 | 22 | 11 | 13 | 44 |
| 42 | 8 | 24 | 13 | 41 |
| 43 | 27 | 11 | 14 | 52 |
| 44 | 36 | 6 | 24 | 70 |
| 45 | 35 | 11 | 18 | 68 |
| 46 | 23 | 15 | 12 | 46 |
| 47 | 12 | 14 | 12 | 36 |
| 48 | 25 | 5 | 15 | 49 |
| 49 | 24 | 18 | 10 | 48 |
| 50 | 19 | 5 | 18 | 46 |
| 50 | 49 | 49 | 49 | 47 |

PSICOSSOMÁTICOS (N=49)

| Número de identificação do questionário | Sexo do entrevistado | Idade do entrevistado | Estado civil agrupado | N filhos agrupado | Escolaridade agrupada |
|---|-------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| 1 | feminino | 48 | Com companheiro | 4 e mais | Menos de 1º grau |
| 2 | masculino | 45 | Com companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 6 | masculino | 30 | Sem companheiro | Nenhum | Menos de 1º grau |
| 11 | masculino | 45 | Com companheiro | Nenhum | 1º grau e mais |
| 17 | feminino | 48 | Sem companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 20 | feminino | 40 | Com companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 26 | feminino | 50 | Com companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 27 | masculino | 45 | Sem companheiro | 4 e mais | Menos de 1º grau |
| 30 | feminino | 45 | Com companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 31 | feminino | 38 | Sem companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 32 | feminino | 25 | Com companheiro | Nenhum | Menos de 1º grau |
| 33 | masculino | 38 | Com companheiro | 4 e mais | Menos de 1º grau |
| 34 | feminino | 38 | Sem companheiro | 4 e mais | Menos de 1º grau |
| 37 | masculino | 45 | Com companheiro | Nenhum | Menos de 1º grau |
| 41 | feminino | 50 | Sem companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 49 | feminino | 49 | Com companheiro | 4 e mais | Menos de 1º grau |
| 50 | feminino | 26 | Sem companheiro | Nenhum | Menos de 1º grau |
| 52 | feminino | 63 | Com companheiro | 4 e mais | Menos de 1º grau |
| 54 | feminino | 30 | Sem companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 64 | feminino | 58 | Com companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 66 | feminino | 34 | Sem companheiro | 4 e mais | Menos de 1º grau |
| 68 | feminino | 44 | Com companheiro | 4 e mais | Menos de 1º grau |
| 70 | feminino | 26 | Sem companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 72 | feminino | 53 | Sem companheiro | Nenhum | Menos de 1º grau |
| 75 | feminino | 46 | Sem companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 76 | feminino | 54 | Com companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 78 | feminino | 26 | Sem companheiro | 1 a 3 | 1º grau e mais |
| 82 | feminino | 22 | Sem companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 84 | feminino | 34 | Sem companheiro | 1 a 3 | 1º grau e mais |

| | | | | | |
|-----|----------|----|-----------------|----------|------------------|
| 85 | feminino | 31 | Com companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 87 | feminino | 43 | Sem companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 91 | feminino | 38 | Com companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 94 | feminino | 55 | Sem companheiro | 4 e mais | Menos de 1º grau |
| 96 | feminino | 35 | Com companheiro | 4 e mais | Menos de 1º grau |
| 97 | feminino | 32 | Sem companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 98 | feminino | 46 | Com companheiro | Nenhum | Menos de 1º grau |
| 99 | feminino | 39 | Com companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 103 | feminino | 19 | Sem companheiro | Nenhum | 1º grau e mais |
| 104 | feminino | 19 | Sem companheiro | 1 a 3 | 1º grau e mais |
| 106 | feminino | 39 | Sem companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 108 | feminino | 41 | Com companheiro | 4 e mais | Menos de 1º grau |
| 109 | feminino | 45 | Com companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 110 | feminino | 50 | Com companheiro | 4 e mais | Menos de 1º grau |
| 112 | feminino | 39 | Com companheiro | 4 e mais | Menos de 1º grau |
| 114 | feminino | 34 | Sem companheiro | 4 e mais | Menos de 1º grau |
| 115 | feminino | 28 | Sem companheiro | 4 e mais | Menos de 1º grau |
| 125 | feminino | 58 | Com companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 126 | feminino | 35 | Com companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 127 | feminino | 40 | Sem companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |

PSICOSSOMÁTICOS (N=49)

| Número de identificação do questionário | O entrevistado está estudando no momento | Reside com família | Grupos de renda percapita em salários mínimos | Estrutura familiar do entrevistado |
|---|--|--------------------|---|---------------------------------------|
| 1 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 2 | não | Sim | Mais de 1 | estruturada |
| 6 | não | Não | Até 0,5 | não estruturada |
| 11 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 17 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 20 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 26 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 27 | não | Não | Até 0,5 | estruturada |
| 30 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 31 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 32 | não | Não | Até 0,5 | estruturada |
| 33 | não | Sim | 0,51 a 1 | estruturada |
| 34 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 37 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 41 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 49 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 50 | não | Não | 0,51 a 1 | não estruturada |
| 52 | não | Sim | 0,51 a 1 | estruturada |
| 54 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 64 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 66 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 68 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 70 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 72 | não | Não | 0,51 a 1 | não estruturada |
| 75 | não | Sim | 0,51 a 1 | estruturada |
| 76 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 78 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 82 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 84 | sim | Sim | Mais de 1 | não estruturada |

| | | | | |
|-----|-----|-----|----------|-----------------|
| 85 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 87 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 91 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 94 | não | Sim | Até 0,5 | não estruturada |
| 96 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 97 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 98 | não | Sim | 0,51 a 1 | estruturada |
| 99 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 103 | sim | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 104 | sim | Não | . | não estruturada |
| 106 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 108 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 109 | não | Sim | 0,51 a 1 | estruturada |
| 110 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 112 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 114 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 115 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 125 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 126 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 127 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |

PSICOSSOMÁTICOS (N=49)

| Número de identificação do questionário | Diagnóstico médico na internação | Internações anteriores | Número de internações anteriores | Alexitimia |
|---|-------------------------------------|---------------------------|--|------------|
| 1 | N17 | Sim | 3 | Sim |
| 2 | J43 | Sim | 1 | Sim |
| 6 | J98.9 | Sim | 3 | Sim |
| 11 | A16.9 | Sim | 3 | Sim |
| 17 | N10 | Sim | 3 | Sim |
| 20 | G26 | Sim | 3 | Sim |
| 26 | J98.9 | Sim | 99 | Sim |
| 27 | Z47.9 | Sim | 5 | Sim |
| 30 | J21 | Sim | 99 | Sim |
| 31 | Z21 | Sim | 1 | Sim |
| 32 | E14 | Sim | 3 | Sim |
| 33 | K25 | Sim | 1 | Sim |
| 34 | R39.8 | Não | 0 | Sim |
| 37 | Z51 | Sim | 3 | Sim |
| 41 | E14 | Não | 0 | Sim |
| 49 | J45.9 | Sim | 16 | Sim |
| 50 | D57 | Sim | 99 | Sim |
| 52 | I50 | Sim | 10 | Sim |
| 54 | J18.9 | Sim | 1 | Sim |
| 64 | J98.9 | Sim | 1 | Sim |
| 66 | Z40 | Sim | 5 | Sim |
| 68 | Z40 | Não | 0 | Sim |
| 70 | Z40 | Não | 0 | Sim |
| 72 | I99 | Sim | 4 | Sim |
| 75 | M13.9 | Sim | 1 | Sim |
| 76 | M34.9 | Sim | 1 | Sim |
| 78 | Z40 | Sim | 1 | Sim |
| 82 | Z40 | Sim | 1 | Sim |
| 84 | Z40 | Não | 0 | Sim |

| | | | | |
|-----|-------|-----|---|-----|
| 85 | N80 | Sim | 1 | Sim |
| 87 | Z98 | Sim | 1 | Sim |
| 91 | K45 | Sim | 2 | Sim |
| 94 | Z48.8 | Sim | 1 | Sim |
| 96 | Z48.8 | Sim | 1 | Sim |
| 97 | Z48.8 | Não | 0 | Sim |
| 98 | Z51.9 | Sim | 1 | Sim |
| 99 | Z40 | Não | 0 | Sim |
| 103 | Z48.8 | Sim | 1 | Sim |
| 104 | O01 | Não | 0 | Sim |
| 106 | I51.9 | Sim | 3 | Sim |
| 108 | Z48.8 | Não | 0 | Sim |
| 109 | Z48.8 | Sim | 4 | Sim |
| 110 | Z48.8 | Não | 0 | Sim |
| 112 | Y83.4 | Sim | 1 | Sim |
| 114 | N71.0 | Sim | 2 | Sim |
| 115 | Z48.8 | Sim | 1 | Sim |
| 125 | Z51.2 | Sim | 2 | Sim |
| 126 | Z09.8 | Sim | 1 | Sim |
| 127 | Z48.8 | Não | 0 | Sim |

PSICOSSOMÁTICOS (N=49)

| Número de identificação do questionário | Vinculação ansiosa | Vinculação segura | Vinculação evitante | Total de pontos EVA |
|---|--------------------|-------------------|---------------------|------------------------|
| 1 | 20 | 15 | 18 | 55 |
| 2 | 30 | 21 | 18 | 73 |
| 6 | 27 | 16 | 20 | 65 |
| 11 | 33 | 15 | 19 | 65 |
| 17 | 19 | 16 | 17 | 52 |
| 20 | 17 | 17 | 20 | 52 |
| 26 | 22 | 21 | 14 | 53 |
| 27 | 27 | 16 | 19 | 62 |
| 30 | 27 | 14 | 17 | 58 |
| 31 | 14 | 18 | 15 | 43 |
| 32 | 30 | 13 | 14 | 53 |
| 33 | 24 | 17 | 17 | 58 |
| 34 | 32 | 13 | 16 | 59 |
| 37 | 15 | 18 | 13 | 42 |
| 41 | 18 | 14 | 15 | 49 |
| 49 | 25 | 18 | 10 | 51 |
| 50 | 14 | 23 | 19 | 52 |
| 52 | 11 | 19 | 9 | 35 |
| 54 | 9 | 17 | 6 | 28 |
| 64 | 15 | 18 | 14 | 43 |
| 66 | 24 | 18 | 13 | 51 |
| 68 | 20 | 15 | 15 | 52 |
| 70 | 20 | 14 | 11 | 45 |
| 72 | 13 | 25 | 13 | 47 |
| 75 | 15 | 18 | 9 | 38 |
| 76 | 10 | 17 | 5 | 28 |
| 78 | 11 | 13 | 16 | 40 |
| 82 | 13 | 14 | 9 | 32 |
| 84 | 16 | 13 | 11 | 36 |

| | | | | |
|-----|----|----|----|----|
| 85 | 19 | 17 | 14 | 48 |
| 87 | 18 | 16 | 11 | 43 |
| 91 | 13 | 11 | 11 | 35 |
| 94 | 12 | 15 | 8 | 33 |
| 96 | 21 | 15 | 13 | 47 |
| 97 | 24 | 15 | 14 | 49 |
| 98 | 12 | 17 | 12 | 37 |
| 99 | 13 | 15 | 10 | 34 |
| 103 | 10 | 13 | 9 | 32 |
| 104 | 19 | 13 | 11 | 43 |
| 106 | 29 | 9 | 15 | 55 |
| 108 | 10 | 17 | 5 | 28 |
| 109 | 25 | 11 | 14 | 52 |
| 110 | 20 | 20 | 13 | 49 |
| 112 | 19 | 18 | 15 | 52 |
| 114 | 15 | 14 | 11 | 36 |
| 115 | 9 | 16 | 7 | 28 |
| 125 | 13 | 20 | 13 | 42 |
| 126 | 19 | 15 | 12 | 46 |
| 127 | 26 | 20 | 14 | 58 |

CONTROLES (N=50)

| Número de identificação do questionário | Sexo do entrevistado | Idade do entrevistado | Estado civil agrupado | N filhos agrupado | Escolaridade agrupada |
|---|-------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| 3 | feminino | 49 | Sem companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 7 | masculino | 48 | Com companheiro | 4 e mais | Menos de 1º grau |
| 8 | masculino | 50 | Com companheiro | 4 e mais | Menos de 1º grau |
| 12 | masculino | 48 | Sem companheiro | Nenhum | Menos de 1º grau |
| 13 | feminino | 44 | Com companheiro | 4 e mais | Menos de 1º grau |
| 14 | feminino | 28 | Sem companheiro | Nenhum | 1º grau e mais |
| 18 | masculino | 20 | Sem companheiro | Nenhum | 1º grau e mais |
| 21 | feminino | 50 | Sem companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 22 | feminino | 48 | Sem companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 23 | masculino | 45 | Sem companheiro | Nenhum | Menos de 1º grau |
| 24 | feminino | 46 | Sem companheiro | 4 e mais | 1º grau e mais |
| 25 | feminino | 46 | Sem companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 28 | feminino | 50 | Com companheiro | 4 e mais | Menos de 1º grau |
| 39 | masculino | 20 | Sem companheiro | Nenhum | Menos de 1º grau |
| 40 | feminino | 41 | Sem companheiro | Nenhum | 1º grau e mais |
| 42 | feminino | 19 | Sem companheiro | Nenhum | Menos de 1º grau |
| 43 | feminino | 40 | Sem companheiro | 1 a 3 | 1º grau e mais |
| 44 | masculino | 55 | Com companheiro | 4 e mais | Menos de 1º grau |
| 48 | feminino | 18 | Sem companheiro | Nenhum | Menos de 1º grau |
| 51 | feminino | 27 | Com companheiro | Nenhum | Menos de 1º grau |
| 55 | masculino | 40 | Sem companheiro | Nenhum | Menos de 1º grau |
| 59 | feminino | 40 | Com companheiro | Nenhum | 1º grau e mais |
| 60 | feminino | 47 | Com companheiro | Nenhum | Menos de 1º grau |
| 62 | feminino | 26 | Sem companheiro | 4 e mais | Menos de 1º grau |
| 73 | feminino | 18 | Com companheiro | Nenhum | 1º grau e mais |
| 77 | feminino | 43 | Com companheiro | 4 e mais | Menos de 1º grau |
| 79 | feminino | 45 | Com companheiro | 1 a 3 | 1º grau e mais |
| 86 | feminino | 49 | Com companheiro | 4 e mais | Menos de 1º grau |
| 88 | feminino | 49 | Com companheiro | 4 e mais | 1º grau e mais |

| | | | | | |
|-----|----------|----|-----------------|----------|------------------|
| 89 | feminino | 54 | Sem companheiro | 1 a 3 | 1º grau e mais |
| 90 | feminino | 36 | Sem companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 92 | feminino | 21 | Sem companheiro | Nenhum | 1º grau e mais |
| 93 | feminino | 44 | Sem companheiro | 1 a 3 | 1º grau e mais |
| 95 | feminino | 49 | Com companheiro | 1 a 3 | 1º grau e mais |
| 101 | feminino | 26 | Sem companheiro | 1 a 3 | 1º grau e mais |
| 102 | feminino | 21 | Com companheiro | 1 a 3 | 1º grau e mais |
| 105 | feminino | 26 | Com companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 107 | feminino | 40 | Com companheiro | 4 e mais | Menos de 1º grau |
| 111 | feminino | 58 | Sem companheiro | 4 e mais | 1º grau e mais |
| 113 | feminino | 41 | Com companheiro | 1 a 3 | 1º grau e mais |
| 116 | feminino | 40 | Sem companheiro | 4 e mais | 1º grau e mais |
| 117 | feminino | 42 | Com companheiro | 4 e mais | 1º grau e mais |
| 119 | feminino | 50 | Com companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 120 | feminino | 45 | Sem companheiro | 1 a 3 | 1º grau e mais |
| 121 | feminino | 18 | Sem companheiro | Nenhum | Menos de 1º grau |
| 122 | feminino | 18 | Sem companheiro | Nenhum | 1º grau e mais |
| 123 | feminino | 44 | Sem companheiro | 4 e mais | Menos de 1º grau |
| 124 | feminino | 37 | Sem companheiro | 4 e mais | 1º grau e mais |
| 128 | feminino | 43 | Sem companheiro | 1 a 3 | Menos de 1º grau |
| 129 | feminino | 49 | Com companheiro | 1 a 3 | 1º grau e mais |

CONTROLES (N=50)

| Número de identificação do questionário | O entrevistado está estudando no momento | Reside com família | Grupos de renda percapita em salários mínimos | Estrutura familiar do entrevistado |
|---|--|--------------------|---|---------------------------------------|
| 3 | não | Não | 0,51 a 1 | não estruturada |
| 7 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 8 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 12 | não | Sim | Até 0,5 | não estruturada |
| 13 | não | Sim | Mais de 1 | estruturada |
| 14 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 18 | sim | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 21 | não | Não | Até 0,5 | estruturada |
| 22 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 23 | não | Não | Até 0,5 | não estruturada |
| 24 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 25 | não | Sim | . | estruturada |
| 28 | não | Sim | 0,51 a 1 | estruturada |
| 39 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 40 | não | Sim | Mais de 1 | não estruturada |
| 42 | não | Não | Até 0,5 | estruturada |
| 43 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 44 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 48 | não | Sim | 0,51 a 1 | estruturada |
| 51 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 55 | não | Não | Mais de 1 | não estruturada |
| 59 | sim | Sim | Mais de 1 | estruturada |
| 60 | não | Sim | 0,51 a 1 | estruturada |
| 62 | não | Sim | Até 0,5 | não estruturada |
| 73 | sim | Sim | 0,51 a 1 | estruturada |
| 77 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 79 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 86 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 88 | sim | Sim | Até 0,5 | estruturada |

| | | | | |
|-----|-----|-----|----------|-----------------|
| 89 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 90 | sim | Sim | 0,51 a 1 | estruturada |
| 92 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 93 | não | Sim | 0,51 a 1 | estruturada |
| 95 | não | Sim | . | estruturada |
| 101 | não | Sim | Até 0,5 | não estruturada |
| 102 | não | Sim | 0,51 a 1 | estruturada |
| 105 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 107 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 111 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 113 | não | Sim | 0,51 a 1 | estruturada |
| 116 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 117 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 119 | não | Sim | . | estruturada |
| 120 | sim | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 121 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 122 | sim | Sim | 0,51 a 1 | estruturada |
| 123 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 124 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 128 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |
| 129 | não | Sim | Até 0,5 | estruturada |

CONTROLES (N=50)

| Número de identificação do questionário | Diagnóstico médico na internação | Internações anteriores | Número de internações anteriores | Alexitimia |
|---|-------------------------------------|---------------------------|--|------------|
| 3 | I20 | Sim | 6 | Não |
| 7 | I52 | Sim | 99 | Não |
| 8 | J17.9 | Sim | 2 | Não |
| 12 | C44 | Não | 0 | Não |
| 13 | J22 | Sim | 1 | Não |
| 14 | N32 | Sim | 99 | Não |
| 18 | | Sim | 4 | Não |
| 21 | J22 | Sim | 3 | Não |
| 22 | J22 | Sim | 2 | Não |
| 23 | J39.9 | Sim | 1 | Não |
| 24 | J45.9 | Sim | 3 | Não |
| 25 | I10 | Sim | 2 | Não |
| 28 | F24 | Sim | 1 | Não |
| 39 | N00 | Não | 0 | Não |
| 40 | | Sim | 1 | Não |
| 42 | Z51 | Sim | 3 | Não |
| 43 | Z51 | Sim | 3 | Não |
| 44 | Z51 | Sim | 1 | Não |
| 48 | E14 | Sim | 6 | Não |
| 51 | J22 | Sim | 1 | Não |
| 55 | J15.8 | Sim | 1 | Não |
| 59 | J98.9 | Sim | 1 | Não |
| 60 | J21 | Sim | 6 | Não |
| 62 | Z21 | Sim | 3 | Não |
| 73 | D69.9 | Sim | 1 | Não |
| 77 | Z51 | Sim | 2 | Não |
| 79 | J45.9 | Sim | 2 | Não |
| 86 | Z01.4 | Sim | 2 | Não |
| 88 | I51 | Sim | 1 | Não |

| | | | | |
|-----|-------|-----|----|-----|
| 89 | Z40 | Sim | 2 | Não |
| 90 | Z40 | Não | 0 | Não |
| 92 | J18.9 | Sim | 3 | Não |
| 93 | M06 | Sim | 1 | Não |
| 95 | Z48.8 | Sim | 1 | Não |
| 101 | Z48.8 | Não | 0 | Não |
| 102 | R39.8 | Não | 0 | Não |
| 105 | Z48.8 | Não | 0 | Não |
| 107 | I51.9 | Sim | 99 | Não |
| 111 | I51.9 | Sim | 2 | Não |
| 113 | C50.9 | Sim | 2 | Não |
| 116 | Z48.8 | Não | 0 | Não |
| 117 | Z48.8 | Não | 0 | Não |
| 119 | Z48.8 | Não | 0 | Não |
| 120 | K92.2 | Sim | 2 | Não |
| 121 | Q44.4 | Sim | 1 | Não |
| 122 | E34.4 | Sim | 1 | Não |
| 123 | Z48.8 | Sim | 1 | Não |
| 124 | O85 | Não | 0 | Não |
| 128 | Z48.8 | Sim | 1 | Não |
| 129 | Z42.9 | Sim | 1 | Não |

CONTROLES (N=50)

| Número de identificação do questionário | Vinculação ansiosa | Vinculação segura | Vinculação evitante | Total de pontos EVA |
|---|--------------------|-------------------|---------------------|------------------------|
| 3 | 12 | 21 | 15 | 44 |
| 7 | 20 | 20 | 13 | 51 |
| 8 | 18 | 14 | 15 | 47 |
| 12 | 20 | 17 | 11 | 44 |
| 13 | 19 | 18 | 14 | 51 |
| 14 | 13 | 18 | 12 | 39 |
| 18 | 19 | 15 | 15 | 47 |
| 21 | 8 | 13 | 14 | 37 |
| 22 | 11 | 11 | 13 | 33 |
| 23 | 22 | 14 | 13 | 51 |
| 24 | 12 | 19 | 7 | 34 |
| 25 | 15 | 22 | 15 | 48 |
| 28 | 18 | 16 | . | . |
| 39 | 24 | 23 | 13 | 56 |
| 40 | 15 | 22 | 12 | 45 |
| 42 | 20 | 17 | 13 | 48 |
| 43 | 22 | 14 | 13 | 49 |
| 44 | 26 | 14 | 15 | 55 |
| 48 | 26 | 16 | 9 | 53 |
| 51 | 26 | 16 | 16 | 58 |
| 55 | 16 | 21 | 11 | 44 |
| 59 | 20 | 15 | 14 | 45 |
| 60 | 22 | 18 | 12 | 50 |
| 62 | 21 | 14 | 13 | 46 |
| 73 | 13 | 17 | 15 | 41 |
| 77 | 13 | 15 | 13 | 41 |
| 79 | 14 | 19 | 13 | 42 |
| 86 | 11 | 15 | 8 | 34 |
| 88 | 10 | 21 | 9 | 36 |

| | | | | |
|-----|----|----|----|----|
| 89 | 22 | 25 | 25 | 68 |
| 90 | 17 | 16 | 9 | 38 |
| 92 | 17 | 16 | 8 | 37 |
| 93 | 9 | 15 | 9 | 31 |
| 95 | 10 | 15 | 11 | 32 |
| 101 | 20 | 14 | 9 | 39 |
| 102 | 13 | 14 | 9 | 32 |
| 105 | 18 | 16 | 10 | 40 |
| 107 | 14 | 19 | 16 | 45 |
| 111 | 8 | 23 | 7 | 34 |
| 113 | 10 | 20 | 7 | 33 |
| 116 | 14 | 16 | 9 | 35 |
| 117 | 16 | 16 | 13 | 41 |
| 119 | 10 | 15 | 7 | 28 |
| 120 | 9 | 15 | 7 | 27 |
| 121 | 27 | 13 | 15 | 55 |
| 122 | 16 | 19 | 13 | 44 |
| 123 | 18 | 18 | 13 | 45 |
| 124 | 23 | 19 | 13 | 51 |
| 128 | 10 | 17 | 12 | 35 |