

## Crónicas de Corpos Doridos, Mente Lisa e Amor Ferido

---

*Carlos Farate*

De entre as perturbações do comportamento cuja dinâmica individual causa maiores perplexidades junto dos técnicos de saúde mental, dos especialistas das (diferentes) ciências sociais e humanas que intentam explicá-las, bem como dos esforçados agentes de uma opinião pública em atitude mental que alterna entre um empenhado bom senso e a lucidez apreensiva, as condutas de consumo de substâncias psicoactivas ocupam lugar de (imerecido) destaque. Se atentarmos, com efeito, na arborescência pluriforme de sintomas e gestos de diverso significado comportamental e relevância emocional que favorecem, precedem ou acompanham o acto do consumo e procurarmos identificar-lhes a marca relacional coeva da sua inscrição originária, iremos deparar-nos com uma diversidade de pistas para a indagação retrospectiva da falha experiencial que poderá ter-lhes aberto o caminho.

Ora, este labor clínico, lento e paciente, pressupõe a participação interessada do objecto da indagação. Acontece, porém, que este apresenta-se, frequentemente, como o sujeito accidental dos factos que lhe são atribuídos e aos quais não reconhece, por via de regra, substância vivencial e, sobretudo, espessura espacio-temporal suficientes para o esforço de interiorização necessário à sua mentalização eficaz. Donde a frustração exaustiva, mais que compreensiva, do clínico, na sua dupla condição de sujeito da interrogação e objecto 'terceiro' de

frágil recorte num espaço potencial (cf. Winnicott 1989; texto publicado, originalmente, em 1954) que teima em fechar-se, ou em vacuolar-se, no local mesmo da ocorrência traumática responsável pelo rompimento do retículo mnésico que o acto do consumo pretende remendar. E isto, tanto mais quanto a eventualidade do estabelecimento de um laço de dependência a um outro, potencialmente significável como objecto terapêutico, tende a reavivar a ameaça de repetição da experiência traumática responsável pela rasgada narcísica que o recurso à manobra adictiva procura disfarçar (a fazer lembrar a noção de ‘traumatismo cumulativo’ de M. Khan).

Contudo, este trabalho de investigação retrospectiva sobre o como, quanto e porquê o sofrimento da condição presente cumula dores e infelicidades de um tempo anterior, realizado na complexa urdidura transferencial de uma relação terapêutica de tempo incerto, escuta árdua e palavra difícil, encontra-se, não raro, votado ao fracasso formal ou a uma relativa ineficácia transformacional. Ao invés, a identificação precoce e o tratamento pertinente dos primeiros sintomas de desajustamento afectivo observáveis durante a infância ou a adolescência de um eventual devir aditivo parecem abrir expectativas de outra ordem. De facto, se é verdade que nem todas as distorções afectivas e relacionais, mesmo quando detectadas durante a primeira infância, apresentam possibilidade de mobilização terapêutica satisfatória, não é menos verdade que tanto a experiência clínica, como os dados oriundos de estudos epidemiológicos prospectivos efectuados em população geral convidam a uma reflexão profunda sobre os efeitos favoráveis de uma intervenção realizada em tempo útil.

De que forma podem, então, manifestar-se *in statu nascendi* este tipo de patologias da ligação objectal (cf. Jeammet 1991), ou, mais precisamente, qual a raiz da pauta depressiva que remete o infante, mais ou menos adolescente, para uma ‘prótese’ farmacotímica, metáfora egóica com que S. Radò (1975; texto originalmente publicado em 1933) intui, de modo tácito e em fundação teórica distinta, o novo farmacoquímico que desagua na noção psicobiológica do ‘reforço positivo’, directo ou indirecto, associado à compulsão adictiva (ou *craving*, termo anglo-saxão habitualmente utilizado na clínica)?

Por exemplo, através de um comportamento lábil, de nota regressiva e atenção frágil, num corpo mal desenhado posto em bolandas na ponta de um lápis preso à emoção ansiosa de um suporte inseguro.

Como a Rita, menina pelos 8 anos de idade, trazida à consulta por uma mãe em desespero (de sua causa), educadora de infância colocada em permanente xeque-mate por esta primogénita de gesto desordenado, choro fácil e birra pronta. A mãe, os olhos claros em interrogação ansiosa de uma sina materna tão frustrante, é, ela própria, trazida à consulta por uma amiga da sua mãe, mulher de traço colérico, voz alta e ruidosa, em discurso seco pontuado por injunções de assertiva experiência, entre a crítica supostamente providencial e a protecção desvalorizante, que, lançadas à jovem mãe, Manuela de seu nome, parecem acentuar o corruio ansioso da Rita (que a folha de desenho ou a minha atitude atenta e tranquilizadora pouco conseguem conter). Menina de sorriso vivo e olhar matreiro, a Rita nasceu de uma cesariana não esperada, após uma gravidez sóbria de prazer, já que à insegurança da futura mãe se associou a pouca disponibilidade do pai, médico de profissão, nos ansiógenos primórdios do seu tirocínio clínico, e, sobretudo, a ressentida má vontade da família paterna, que, em aparência, afivela, desde o início, namoro e casamento incluídos, uma má vontade desqualificante em relação à Manuela (julgada opção menor, e algo oportunista, para um filho varão a que outras pretendentes, de melhor selo familiar e parentela conhecida, teriam assentado melhor). Refira-se, a este propósito, que o casal acabou por mudar-se para os domínios da família paterna, aonde o pai exerce a sua profissão, pelos 4 anos desta filha (pouco antes da gravidez do irmão mais novo, que tem agora 3 anos de idade e é alvo de uma rivalidade invejosa, pouco sublimada, por parte da Rita). Desde a fase lactente que a Rita se mostra um bebé tónico, difícil de calmar, com perturbações ligeiras, embora persistentes, dos ritmos de sono e vigília. Adaptação difícil, embora conseguida, à creche que começou a frequentar aos dois anos e meio, no Porto, e depois na localidade em que a família reside actualmente, sempre em sala diferente daquela em que a mãe exercia o seu mister de educadora. As dificuldades de comportamento têm como palco preferencial a casa e acentuaram-se após o nascimento do irmão mais novo, seguido, cerca de um ano depois, pelo início de um DESE pela mãe (valorização profissional, mais que narcísica, em face da frustração que a conduta desta filha lhe provoca, na sua dupla condição de mulher e mãe).

De facto, a Rita ‘pinta a manta’ em casa, sobretudo quando a mãe está por perto ou os pais estão (poderiam estar) juntos. Borboleteia entre um e o outro, procura ocupá-los, e ao irmão, com as suas brin-

cadeiras (já que tem dificuldade em brincar sozinha), chamando todo o tempo a atenção para aquilo que lhe acontece ou está a (não) fazer, sem tolerância possível para a espera ou a dúvida da resposta do outro no seu imperioso frenesim. O pai – que se mostra afectuoso em consulta ulterior, em que se disponibiliza a estar presente, embora aparente pouca intervenção reguladora nas dificuldades de relação entre mãe e filha – parece mostrar-se mais tolerante (compreensivo?) perante os mandos e desmandos da Rita do que a mãe, atolada de ambivalente cansaço, entre o agastamento culpabilizante e a sanção culpabilizada e, por isso mesmo, ineficaz. Consulta anterior a dois médicos (um deles, o pediatra de referência da menina) que receitairam medicação tranquilizante sem (esperado) sucesso, nem mesmo aparente, e prescrição de bons conselhos, de efeito paliativo equivalente. Este comportamento, com reflexos limitados, se bem que progressivos, na qualidade das aprendizagens escolares da Rita manifesta-se em consulta por uma exploração ávida e desordenada dos objectos do consultório – como se espreitasse, ansiosamente, para dentro do meu corpo, lugar de projecção de uma angústia ‘arcaica’ de ausência de bons conteúdos/ objectos internos e do medo correlativo da dispersão corpórea de uma pele/ ‘continente’ pouco íntegra – que se traduz na desorganização temática de um desenho (pouco) livre. Assim, para além de me inundar com figuras sem fundo simbólico nítido, traça uma menina e um menino à volta de uma casa sem porta e de janelas cerradas. Quando lhe pergunto quem é a menina diz de pronto *‘é a Rita’* e, logo de seguida, *‘não, é a mãe’*, rematando, depois de um breve momento de hesitação, *‘não sei se é uma menina...’*

Apesar do carácter pregnante e algo espectacular da perturbação de comportamento da Rita, que, numa leitura analógica da grelha psicopatológica que os Laufer (1989) propõem para a clínica adolescente, inscrevo num quadro de ‘impasse do desenvolvimento’ – melhor ainda, da maturação, de acordo com a destriça que A. Green (2000) estabelece entre as noções de desenvolvimento, que considera de concepção natural estrita e inscrição temporal rigidamente diacrónica, e de maturação, a que atribui uma dinâmica temporal e uma complexidade factorial mais conformes ao carácter sistémico, não linear, da estrutura de personalidade do sujeito psíquico – parece-me ser possível, através de uma psicoterapia individual, complementada por um apoio psicoterapêutico aos pais, mobilizar as suas importantes dificuldades narcísicas e objectais, obviando, de sorte, o embotamento progressivo das suas capacidades de relação.

Situações há, contudo, em que a fixidez do comportamento mórbido, a sua aparente egosintonia e a rigidez ‘operatória’ do funcionamento mental da criança ou adolescente, marcado pela perversão grave dos limites do ‘dentro’ e do ‘fora’ e por uma anomia corpórea, de nota depressiva, mascarada por uma impulsividade oca, sem alvo objectal definido, tornam particularmente difícil qualquer mobilização da grave distorção afectiva que lhe subjaz.

Estes quadros de ‘paragem do desenvolvimento’ (Laufer e Laufer 1989) ou de ‘paragem da maturação’, seguindo a linha de pensamento que privilegio neste texto, encontram tradução exemplar na situação do Toni, rapaz de etnia cigana com 10 anos de idade, pouco aparentes, cabelo revoltado em abundante camada de gel, rosto desgastado (desgostoso?), de semblante fechado, a que o olhar desconfiado e o sorriso maroto emprestam uma nota de vivacidade fugaz. Aterra no consultório frio do Centro especializado de tratamento de toxicodependentes em que desenvolvia, ao tempo, a minha actividade clínica pública, trazido por uma voluntária destacada em trabalho de missão mais moral que propriamente social, no bairro em que habita com a família alargada (em rede de malha larga para peixe tão miúdo). Esta voluntária já se dera conta, há algum tempo, do comportamento, entre o ausente e o conflituoso, protagonizado pelo Toni no ATL que frequenta, de modo irregular, há cerca de 3 anos. Foi, contudo, o alerta lançado pela professora da escola primária, em que frequenta a 2ª classe sem expectativa social ou motivação escolar mínima, a propósito da sua sonolência frequente na escola e, algumas vezes, do seu andar cambaleante e atitude postural desadequada na sala de aula, que suscitou procedimento para a autoridade escolar, por suspeita de consumo regular, ou mesmo dependência de heroína. Filho de pai toxicodependente (preso desde os seus 7 anos de idade), fratria larga, de alcance curto (3 irmãos, 2 rapazes mais novos e uma rapariga mais velha em relação aos quais nada diz), e mãe feirante ocupada num mister absorvente que não lhe permite acompanhá-lo à consulta, o Toni lança-me um olhar desafiador, o corpo meio solto, de porte desconchavado, lançando-me *um ‘o que quer saber de mim?...não gosto de andar na escola, pronto’*. Distrai-se (tenta distrair-me) vagueando o olhar pela sala, lança-me um sorriso trocista coroadado por *um ‘não sei o que estou aqui a fazer....’*. Digo-lhe, então, ao que a voluntária o trouxe. Encolhe os ombros, ameaçando sair do gabinete se eu o quiser observar.

Percebo que a resistência agida, caracterial, deste rapaz impúbere

não permite interação dual mínima, se mantiver a atitude de ortodoxia contra-transferencial a que me sinto confinado, em face da ambiguidade de sentimentos que a oposição desafiante, algo perversa, do Toni provoca em mim (num impasse expressivo mobilizado pela difícil contra-identificação projectiva que subjaz ao conflito ético, mais que técnico, que sinto relativamente a este pedido de observação em consulta). Sorrio, então, um pouco, e solto, em tom apaziguador, um *'se calhar pensas que eu sou da 'Judite', estou aqui a ver se te descais, se 'chibas' '*. Sorri, num primeiro e rápido momento de empatia tensa, e solta *'mas eu não chibo...'*, para dizer, enfim, num tom infantil subitamente reencontrado *'então és médico...tu não deves ser da 'Judite' não te pareces com eles...'*. Acaba por vir a uma segunda consulta, acompanhado pela matriarca da família, a avó materna, peito farto emoldurado com um fio de ouro grosso e pulseiras nos punhos grossos a condizer. O Toni vem mais cuidado, em atitude mais curiosa, até divertida. Contudo, esta avó tomará uma atitude defensiva, de solidez caracterial bem estudada, referindo que já está tudo bem com o neto, que vai voltar à escola para estudar e deixar de *'ser mandrião...'*, nas suas palavras. Procuo indagar sobre as dificuldades de comportamento do Toni, incluindo a forte suspeição dos consumos de droga, mas tudo nega e desvaloriza, de modo expedito. Olha para o neto em tom entre o reprovador e o ternurento e este desvia o olhar para o centrar em mim, por escassos momentos. Não desenha e pouco se mexe no seu lugar. Perante este muro negativista, meio adocicado, proponho, então, que o Toni possa recorrer a uma consulta no Departamento de Pedopsiquiatria para abordar as suas dificuldades escolares. Em tom de voz cavo e semblante neutro, a avó aceita, sem interesse, a carta que escrevo para o colega, com as indicações pertinentes para a inscrição em consulta escritas em folha anexa. Despeço-me do Toni, que me lança um olhar final fugidio, que me parece, enfim, de brilho triste. Não voltarei a vê-lo, nem terei qualquer informação ulterior do seu devir.

Que fazer nesta situação? Que meios poderiam ter sido por mim mobilizados para vencer este muro negativista, anti-objectal, erguido por ambos os parceiros de tão perversa aliança? Como tratar o lado doente deste rapaz, alimentado por um cerco familiar, de uma complacência cúmplice, que não lhe autoriza tempo de crescer ou espessura de existir? Será que a 'territorialidade' cultural da droga, num terreno de exclusão social, eventualmente reforçado por uma pertença étnica particular, ao nutrir discursos confinados à periferia da

civitas, como refere, numa esclarecida perspectiva antropológica, José Luís Fernandes explica, só por si, a grave ‘patologia-limite’ que, na linha teórica de R. Misès (1991), identifico no funcionamento psíquico deste jovem sem idade, preso a um fio de identidade sem bilhete de ida ou volta?

Interrogo-me, sobremaneira, sobre o modo de reactivar, tanto na Rita e no Toni, como noutros infantes ou adultos, cujas estórias/crónicas de corpos doridos em mente lisa e de amor ferido poderia convocar neste texto, ‘esquemas emocionais’ precoces aptos a serem inscritos num ‘património experiencial’ mnésico de qualidade afectiva suficiente para selar o carácter estável e previsível da resposta de cada um deles ao objecto de relação (cf. Wilma Bucci 1997).

Tendo em mente que este trabalho de reconstrução, lenta e progressiva, de uma ‘barreira de contacto’, ‘continente’ e nutriente de um sonho liberto dos ‘restos diurnos’ de medos ‘arcaicos’ de rejeição e abandono e, como tal, capaz de alimentar o sono – na bela metáfora de F. Sarsfield Cabral (1998) – e a fantasia diurna que dá lugar ao pensamento é particularmente difícil e laborioso em doentes, não raro, tão severamente atingidos nos seus alicerces narcísicos e auto-eróticos. Com efeito, a saída (falsa) da angústia depressiva pelo recurso a uma ‘solução adictiva’, muro anti-objectal que, como referi em trabalho anterior (Farate 2001), confirma a falência afectiva do outro significativo, remetendo-o para a superfície de um corpus vazio de afecto e, deste modo, falho da integridade necessária ao envolvimento do sujeito, numa relação a dois intimamente contratada, é uma possibilidade sempre a temer no (difícil) percurso terapêutico destes jovens.

Assim, ao reflectir a partir da minha experiência clínica e do labor complementar como investigador na área da epidemiologia das condutas de consumo, mais forte se torna a minha convicção de que só a intervenção, precisa e atempada, nas primeiras manifestações de um mal de relação precoce em risco permanente de um devir adictivo, pelo corpo ou pelo comportamento, pode conduzir à modificação qualitativa dos cuidados prestados nesta difícil área da saúde mental. Este desafio exigente apela à revalorização do papel do pedopsiquiatra, bem como de outros profissionais de saúde mental infantil e juvenil (assistente social, educador, enfermeiro, ortofonista, professor especializado, psicólogo, terapeuta ocupacional, terapeuta da psicomotricidade), cujo trabalho de equipa deve enquadrar de um modo dinâmico e tecnicamente inovador. Um trabalho de equipa que deve ser empreendido em parceria compreensiva com os especialis-

tas das outras áreas da saúde, da educação e da segurança social, cujo contributo seja considerado significativo para o sucesso da intervenção a planear para cada situação individual.

Mas, sobre este desafio de futuro muito há a dizer e, mais ainda, a reflectir e a fazer. Até porque é a consciência da ignorância que estimula o aguilhão da curiosidade, o qual, por sua vez, abre as portas à excitante aventura do conhecimento, por mais difícil e arriscada que esta seja.

## REFERÊNCIAS

- Bucci, W.  
1997      *Psychoanalysis and Cognitive Science: A Multiple Code Theory*. Nova Iorque: Guilford Press.
- Farate, C.  
2001      *O Acto do Consumo e o Gesto que Consome: 'Risco Relacional' e Consumo de Drogas no Início da Adolescência*. Coimbra: Quarteto.
- Green, A.  
2000      *Le Temps Éclaté*. Paris: Les Éditions de Minuit.
- Jeammet, Ph.  
1991      'Addiction, Dépendance, Adolescence: Réflexions sur les Liens, Conséquences sur nos Attitudes Thérapeutiques'. In *Les Nouvelles Addictions*. Editado por J.-Luc Venisse. Paris: Masson
- Khan, M.  
1969      'Vicissitudes of Being, Knowing and Experiencing in the Therapeutic Situation'. *British Journal of Medical Psychology*, 42. pp.383-93.
- Laufer, M. e Laufer, M. E.  
1989      *Adolescence et Rupture du Développement: Une Perspective Psychanalytique*. Paris: PUF.
- Misès, R.  
1990      *Les Pathologies Limites de l'Enfance*. Paris: PUF.
- Raddò, S.  
1975      'La Psychanalyse des Pharmacothymies'. *Revue Française de Psychanalyse*, 4. pp.603-18. Tradução francesa do artigo originalmente publicado in *The Psychoanalytic Quarterly*, 1, 1933.



Sarsfield Cabral, F.

1998 *Pensar a Emoção*. Lisboa: Fim de Século.

Winnicott, D. W.

1989 'Objets Transitionnels et Phénomènes  
Transitionnelles'. In *De la Pédiatrie à la Psychanalyse*.  
Paris: Payot. Texto originalmente publicado em 1954.

**Crônicas de Corpos Doridos, Mente Lisa e Amor Ferido**

**Chronicles of Sore Bodies, Even Mind and Hurt Love**

---

***Sumário***

***Summary***

O autor aborda a complexidade semiológica que caracteriza a clínica das perturbações do comportamento das crianças e adolescentes em risco de um devir adictivo. Com a ajuda de dois exemplos clínicos, chama a atenção para o polimorfismo dos modos de exteriorização do sofrimento infantil, centrados, desde o início, no corpo e no comportamento. Realça a importância da avaliação cuidada das condições de equilíbrio narcísico e objectal das figuras significativas do meio de suporte afectivo e material da criança, os pais em primeiro lugar, mas também outros elementos da sua rede relacional, próxima e alargada. Conclui pela importância do reforço do papel atribuído às equipas de saúde mental infantil, em parceria compreensiva com outros técnicos de saúde e com os actores escolares e sociais da comunidade de pertença das famílias das crianças e adolescentes em dificuldade, para o diagnóstico e intervenção terapêutica precoce das situações objecto deste texto.

The author approaches the complex nature of the clinical features of the troubled behaviour of children and adolescents at risk of developing substance abuse disorders. Using two clinical examples, the author pays attention to the polymorphism of exteriorising modes of childhood suffering, centred on body and behaviour since their beginnings. He stresses the importance of a correct evaluation of the narcissistic and objectal balance of each one of the most significant figures of child's family: parents in first place but also other members of his or her social environment. By stressing the importance of the role played by child and adolescent mental health teams, the text stresses the importance of a comprehensive partnership with other health professionals, the school and social actors of the community in the process of early diagnosis and treatment of these troubled behaviours.