

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE TEOLOGIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

EUGÊNIA CHAVES

“TOXICOMANIA E TRANSFERÊNCIA”

**RECIFE
2006**

EUGÊNIA CHAVES

“TOXICOMANIA E TRANSFERÊNCIA”

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, pela Universidade Católica de Pernambuco, na linha de pesquisa Psicanálise e Psicopatologia Fundamental.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Zeferino de Jesus Barbosa Rocha

RECIFE
2006

C512t

Chaves, Eugênia

“Toxicomania e transferência” / Eugênia Chaves ;
orientador Zeferino de Jesus Barbosa Rocha, 2006.
199 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de
Pernambuco. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação,
2006.

1. Psicologia clínica. 2. Psicanálise. 3. Transferência (Psicologia).
4. Toxicomania. I. Título.

CDU 159.964.2

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE TEOLOGIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

EUGÊNIA CHAVES

“TOXICOMANIA E TRANSFERÊNCIA”

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Zeferino de Jesus Barbosa Rocha
(Orientador – Universidade Católica de Pernambuco)

Profª. Drª. Edilene Freire de Queiroz
(Universidade Católica de Pernambuco)

Profª. Drª. Margarida Maria Elia Assad
(Universidade Federal da Paraíba)

RECIFE
2006

A

Sarah Luíza, que lutou contra o maior e mais feroz dos dragões, com a força, a coragem, a dignidade e o bom-humor próprios de quem muito ama a vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço de forma especialíssima a Andrews Jackson, meu companheiro de muitas empreitadas, que com dedicação e amor reuniu muitos esforços para me apoiar nesse período de elaboração do conteúdo aqui presente. Meu reconhecimento por sua renúncia, paciência, tolerância e disponibilidade.

Aos meus amados filhos, por terem sentido na pele que torcer pelos projetos de uma pessoa querida nem sempre vai ao encontro de nossos próprios interesses.

Minha gratidão aos meus pais, Iung e Teresa, e a minha irmã Quênia; portos seguros, com quem sinto que posso contar em todos os momentos.

Aos familiares e amigos que torceram por mim e sentiram minhas ausências. Meus agradecimentos especialmente a D. Josefina Nóbrega que teve a iniciativa de criar uma forma de me ajudar mais diretamente.

Ao estimado professor Zeferino Rocha, por ter aceitado ser meu orientador, apostando em minha força de trabalho. Pela abertura e flexibilidade com que acolheu meu tema de pesquisa, pela sensibilidade e compreensão com que discutiu e acompanhou a elaboração deste estudo. Agradeço a honra de tê-lo como orientador.

Às professoras Dr^a. Margarida Assad e Dr^a. Edilene Queiroz, por aceitarem com prontidão o convite para participar da banca examinadora desta dissertação, oferecendo valiosas contribuições.

Aos clínicos entrevistados que concederam importantes subsídios para o desenvolvimento das idéias aqui expostas.

Ao Dr. José Carlos Escobar, pela generosidade com que abriu as portas de sua bagagem teórica e experiencial e, também, do Instituto RAID, onde pude interagir com pessoas em tratamento e em atividade clínica.

Ao Dr. Luís Andrade, pela disponibilidade e apreciação crítica da primeira parte deste trabalho, que me serviu como estímulo para continuar.

Minha gratidão à Maria Odete Menezes, parceira no estudo dos textos lacanianos. Agradeço pela acolhida do meu pedido de ajuda, o que transformou em grupo de estudo sobre a abordagem psicanalítica da toxicomania, contribuindo sobremaneira para este trabalho.

Aos colegas do Núcleo Psicanalítico do Rio Grande do Norte e da Sociedade Psicanalítica da Paraíba, pelo incentivo, apoio e contribuições valiosas, especialmente na pessoa de Elizabete Freitas, Dalva Alencar, Regina Cássia Almeida, Luís Maia, Cecília Galvão, Shirlei Gama, Neuma Barros e Hélida Magalhães.

Aos pacientes que tive oportunidade de encontrar e a todos que fazem a equipe técnica do Instituto RAID, o meu muito obrigada pela receptividade. Especialmente pela delicadeza de Dr^a. Diane Varisco.

À professora Teresa Batista que, mesmo num momento difícil, aceitou-me para estágio de docência e muito me ensinou.

A todos os colegas de curso e do Laboratório de Psicopatologia Fundamental, com quem partilhei angústias, alegrias, saberes e não-saberes. Em especial, aos queridos Edson Flávio, Cleide Monteiro e Clarissa Barros que muito me sensibilizaram pelas inestimáveis ajudas e incentivo; e às queridas Tatiana Rosas, Lucyanna Farias, Daniella Pitanga e Karina Veras pela cooperação e momentos partilhados.

Aos funcionários do Mestrado da UNICAP, principalmente na pessoa de Nicéas, sempre muito atenciosa e precisa em suas orientações, o meu muito obrigada.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo trazer uma pequena contribuição à resposta que a clínica psicanalítica vem sendo solicitada a dar para a questão da toxicomania e do seu tratamento. Trata-se, pois, de uma pesquisa fundamentalmente teórica, cujas duas grandes partes articulam os temas da Toxicomania e da Transferência psicanalítica. As reflexões teóricas foram ilustradas com os testemunhos de alguns psicanalistas que lidam com toxicômanos. Na primeira parte, buscou-se compreender, mediante algumas referências fundamentais da Metapsicologia freudiana, as principais características da vida psíquica e pulsional do toxicômano. Na segunda parte, dedicada ao problema do tratamento psicanalítico desses pacientes, procurou-se problematizar alguns aspectos específicos, que se apresentam como obstáculos e/ou possibilidades para a constituição de um campo transferencial e os manejos que se fazem necessários para a criação de um espaço analítico, onde possa o toxicômano ser acolhido e escutado em vista de um tratamento analítico. A segunda parte, por sua vez, foi dividida em dois capítulos, o primeiro dos quais aborda a trajetória percorrida por Freud para a elaboração teórica do conceito psicanalítico de transferência, mostrando sua central importância na análise. O segundo trata da novidade clínica que a toxicomania representa e as diversas questões que levanta: a chegada do toxicômano ao analista, suas demandas – que geralmente não são de análise –, e a posição em que esses pacientes tendem a colocar o analista. Faz-se, ainda, uma referência à complexidade das transferências múltiplas, próprias do tratamento institucional, e ao novo desafio que elas representam para a clínica psicanalítica.

Palavras-chave: toxicomania, vida psíquica e pulsional do toxicômano, transferência, clínica do toxicômano.

ABSTRACT

The objective of this present study is to give a little contribution to the answer that the psychoanalytic clinic is asked to give to the matter of drug addiction and its treatment. It is indeed a theoretical research, whose two main parts are linked to the matters of drug dependence and psychoanalytic transference. The theoretical reflections were clarified with the testimonies of some psychoanalysts that deal with drug dependants. On the part we tried to understand, through some fundamental references of the Freudian Meta psychology, the main characteristics of the psychic and pulsing life of the drug addict. On the second part, we dedicated to the problem of the psychoanalytical treatment of those patients, we tried to raise the problem of some specific aspects that present themselves as obstacles or possibilities for the constitution of a transference field and the handling necessary for the creation of an analytic field, where the drug addict may be guarded and heard so as to be given an analytic treatment. The second part was also divided into two chapters, the first one deals with the trajectory that Freud went through for a theoretical elaboration of the psychoanalytical concept of the transference thus showing its central importance in the analysis. The second one deals with the clinical news that drug addiction represents and the various problems that it raises; the arrival of the drug dependent to the analyst, his demands – that are not generally related to analysis – and the attitude in which these patients have the tendency of placing the analyst – We still make a reference to the complexity of the multiple transferences inherent to the institutional treatment and to the new challenge that they represent to the psychoanalytical clinic.

Keywords: drug addiction, instinctive and psychic life of the drug addict, transference, clinic of the drug addict.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	011
PARTE I: TOXICOMANIAS E SUJEITOS TOXICÔMANOS:	
APROXIMAÇÕES PSICANALÍTICAS.....	022
CAP. 1: A TOXICOMANIA NO CONTEXTO DA TEORIA PULSIONAL.....	025
1.1 O eu-prazer.....	025
1.2. Prazer e realidade.....	028
1.3. A droga como objeto da pulsão.....	031
1.4. Neo-necessidade: a metamorfose da pulsão.....	036
CAP. 2: TOXICOMANIA E NARCISISMO.....	039
2. 1. A tentativa de fusão com o objeto-droga.....	041
2. 2. A problemática narcisista frente à falta constitutiva.....	044
2. 2. 1. A toxicomania como uma forma de enfrentamento da melancolia.....	047
2. 2. 2 A toxicomania enquanto função estruturante: a operação pharmakon.....	051
2. 2. 2. a. As toxicomanias de suplência.....	057
2. 2. 2. b. As toxicomanias de suplemento.....	059
CAP. 3: TOXICOMANIA E PULSÃO DE MORTE.....	062
3. 1. A compulsão repetitiva e o toxicômano.....	064
3. 2. Princípio de nirvana: articulando narcisismo, pulsão de morte e toxicomania.....	068
3. 3. A destrutividade e o toxicômano.....	071
3. 3. 1. Destrutividade, superego e toxicomania.....	076
CAP. 4: TOXICOMANIA, PERVERSÃO E MAL-ESTAR NA CULTURA.....	079
4. 1. Mal-estar na cultura e os determinantes sociais das toxicomanias.....	079
4. 2. Aproximações entre toxicomania e mecanismos perversos.....	082
PARTE II: A TRANSFERÊNCIA NA CLÍNICA DA TOXICOMANIA.....	089
CAP. 5 - O CONCEITO PSICANALÍTICO DE TRANSFERÊNCIA.....	091
5. 1. A trajetória do conceito na obra freudiana.....	092
5. 1.1. O fenômeno da transferência na Pré-história da Psicanálise.....	092
5. 1.2. As primeiras formulações teóricas sobre transferência.....	095
5. 1.3. O Caso Dora: Um tropeço é transformado em presente.....	097
5. 1.4. A transferência depois de Dora: aprimorando teoria e técnica.....	099
5. 1.5. A transferência após o conceito de pulsão de morte.....	105
5. 2. Algumas palavras sobre os avanços propostos por Lacan	109

CAP. 6 - A TRANSFERÊNCIA NA CLÍNICA DA TOXICOMANIA.....	118
6. 1. Como o toxicômano chega ao analista.....	119
6. 2. A demanda de análise.....	131
6. 3. O problema da transferência	136
6. 4. Abstinência	142
6. 5. A transferência na Instituição de tratamento	145
6. 6. Tratamento das toxicomanias de suplência.....	152
6. 7. Tratamento das toxicomanias de suplemento.....	154
 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 158
REFERÊNCIAS.....	163
ANEXOS.....	169

INTRODUÇÃO

O uso de álcool e de outras drogas sempre fez parte de diferentes culturas, desde o início da civilização. Os fatos históricos descritos por Escohotado (1997) dão uma idéia das várias formas de uso de substâncias psicotrópicas; desde a importância dada à cocaína pelos incas – para quem as folhas de coca eram símbolos divinos – até a punição com tortura, pelos russos, para quem cometesse o crime de beber café. Tais episódios indicam que devemos priorizar, além dos efeitos químicos, a compreensão das relações do ser humano com as drogas e as muitas significações que estas adquirem em diferentes épocas e contextos sociais.

Na atualidade, o uso abusivo de drogas tornou-se um grave problema internacional, sem precedentes na história, com implicações políticas, sociais e econômicas; apresentando-se como um grande desafio em diversas áreas do saber – médico, jurídico, sócio-político, antropológico, etc.

O lugar da psicanálise nessa discussão é difícil e delicado, pois o psicanalista não pode compactuar com a ideologia e a atitude repressiva da higiene social e do moralismo tradicional que se apresentam como uma tendência acusatória contra os usuários de drogas.

Mas, por outro lado, não podemos perder de vista o aspecto transdisciplinar da questão, para não incorrerem em reducionismos, dando exclusividade a apenas um aspecto da questão e fechando os olhos para outros. É desejável a interação das diversas áreas, reconhecendo as contribuições e as limitações de cada uma.

A teoria analítica, em sua especificidade, tem muito a oferecer, pois, como instrumental de escuta do inconsciente, ela prioriza a dimensão do sentido do ato toxicômano, oferecendo muitas possibilidades de compreensão do fenômeno, na singularidade de cada sujeito. Nas palavras de Le Poulichet: “[...] a rigor, a psicanálise não poderia fornecer uma

explicação da ‘toxicomania’; em contrapartida, a potência ficcional da teoria analítica permite abordar realidades singulares atravessadas pela lógica do tóxico” (1996, p. 542).

Em geral, toma-se como sujeito toxicômano aquele que tem uma relação adicta com o objeto droga. Neste caso, o adjetivo ‘adicto’ refere-se à perda de liberdade de escolha diante do objeto específico, predominando uma ação compulsiva, incondicional e irrefreável relacionada a este.

Dessa forma, diz-se que a toxicomania caracteriza-se pela subversão que nela acontece do desejo pulsional, aproximando-o da necessidade, dada a qualidade de insubstituível que o objeto-droga adquire para o toxicômano, perdendo este o poder de escolha entre usar ou não usar a droga. Ocorre uma inversão na relação sujeito-objeto, na qual o objeto parece vivo e o sujeito termina por se apresentar semivivo, coisificado.

É importante ressaltar que a definição da toxicomania não depende exclusivamente do que se chama droga, mas tem sua origem na palavra tóxico¹, que se refere à posição do sujeito com relação a ela. Assim, existe uma grande variedade de usos de drogas que não pode ser reduzida a um quadro psicopatológico determinado. O desafio é dar conta desta diversidade, aproximando-nos da experiência do sujeito em sua singularidade.

A psicanálise estuda o uso de drogas e a toxicomania num campo que se desenrola entre o sintoma, a estrutura de personalidade e o exercício individual do prazer. Porém, vários posicionamentos teóricos corroboram a idéia de que não existe afinidade entre a disposição do sujeito voltado à toxicomania e sua procura por psicanálise. Esses posicionamentos obtiveram

¹ O termo tóxico está mais relacionado a uma função psicológica que algo (como drogas, comprar ou comer compulsivamente, trabalhar, etc.) pode exercer para determinado psiquismo humano. Diferentemente do termo droga, que se refere mais às características físicas e químicas de algumas substâncias. Essa distinção torna a denominação “toxicomania” mais abrangente e/ou flexível, mais adequada ao enfoque psicanalítico que prioriza a compreensão da dinâmica psíquica para alcançar as causas das patologias. Porém, para uma delimitação teórica e didática mais precisa, o presente trabalho utiliza o termo toxicomania para se referir aos sujeitos que apresentam adições a drogas.

ecos nas dificuldades encontradas em minha experiência clínica, fazendo crescer meu interesse em investigar os limites desse encontro entre o toxicômano e o analista.

Em entrevistas iniciais com clientes que faziam uso de drogas, apesar de apresentarem sofrimento psíquico – referirem conflitos com pais, superproteção e/ou indiferença por parte de algum deles, dificuldades nos relacionamentos interpessoais, mal-estar ou depressão, dificuldades para investir ou persistir em atividades necessárias, mas não totalmente prazerosas como o estudo e o trabalho, etc. –, eles não ficaram para o tratamento analítico.

A prática clínica com toxicômanos contém muitas particularidades, que podem se tornar obstáculos à realização do tratamento. Geralmente, eles chegam ao psicanalista trazidos por outrem. Muitas vezes, por pais “surpreendidos” por algum episódio com a polícia; ou cônjuge, que condiciona a manutenção do casamento ao tratamento compulsório.

Essa especificidade guarda questões difíceis. O analista toma em tratamento o sujeito, não a toxicomania, e a análise só se sustenta se o paciente deseja ser cuidado e interroga a situação existencial em que se encontra.

Por isso, os toxicômanos necessitam, já nas entrevistas preliminares, de manejos bem específicos que favoreçam a construção de uma demanda de tratamento, necessitam de uma escuta na qual possam reconhecer neles próprios uma demanda dirigida ao analista. Deparamo-nos com a questão da motivação do adicto para investir em uma análise.

Por sua própria dinâmica de personalidade – tendência a perseguir a sensação de preenchimento e completude, encontrando na droga uma forma de sedar o desejo, eclipsando desse modo o próprio sujeito; sentimento de onipotência; dependência psicológica ao efeito da droga que causa um afastamento narcísico da realidade; tendência à escolha de não assumir responsabilidades, recusa a pensar e a procurar saídas; dificuldade de verbalização e irrupção do agir, com probabilidade de passagem ao ato –, os sujeitos toxicômanos, que apresentam esses traços, não encontram muitos motivos para procurar um tratamento psicanalítico.

O toxicômano utiliza seu objeto na tentativa de desvencilhar-se das tramas do desejo e o caminho escolhido implica em obturar sua própria subjetividade, criando uma montagem narcísica com a droga – um objeto sempre à mão, que não o confronta com a descontinuidade presença-ausência e possibilita a ilusão de completude.

Tomando por base o referencial lacaniano, a toxicomania se caracterizaria por uma subversão do gozo tradicional, sexual, ou gozo fálico, subordinando-o a um gozo Outro. Ou seja, a questão do toxicômano gira em torno do Outro e não em torno do falo. Segundo Beneti (1996), a toxicomania significa uma solução de ruptura ou uma formação de ruptura (ruptura com o gozo fálico), distinta do sintoma freudiano – uma solução de compromisso, uma formação do inconsciente.

Então, enquanto estiver em equilíbrio prazeroso com a droga, o toxicômano não procura a análise. O que só ocorre, segundo Conte (1994), quando ele se depara com certa impotência frente à droga, quando sente que perdeu o seu controle. Aqui se evidencia o paradoxo da toxicomania, pois, na tentativa de libertar-se do desejo do Outro, o toxicômano, como consequência da habituação, termina por ficar preso à droga, enquanto Outro Real, absoluto.

Ele fica na posição de escravo, sem poder usufruí-la. [...] O toxicômano apresenta-se não querendo saber sobre a verdade de sua determinação e sua impossível unidade, mas querendo recuperar a condição de gozo perdida, com o intuito urgente de que a coisa siga funcionando (ibidem, p. 8).

Isso pode representar consequências muito específicas para o processo analítico, pois, cria uma situação diferente da situação psicanalítica clássica assentada no tripé sintoma, demanda e transferência. O “analisando clássico” procura ajuda por viver a própria divisão do sujeito operada pelo recalque e impulsionado pelo sofrimento causado por seu sintoma. Esse pedido de auxílio, nas primeiras entrevistas com o analista, se transforma em uma demanda de análise, demanda de decifração do sentido do sintoma, que, por sua vez, vai orientar a transferência.

Em contraste com a situação clássica, o sujeito toxicômano chega ao consultório do analista, não numa posição de sujeito dividido, mas numa posição de ser o grande mecânico de seu próprio corpo. Ele se designa toxicômano, estando identificado ao objeto droga, fazendo desaparecer sua responsabilidade de sujeito. Acredita que sua falta é uma falta química, simplesmente. Não se trata de uma falta a ter ou a ser. Além disso, não se interessa por seu inconsciente, nem por seu romance familiar.

Nas palavras de Nogueira Filho:

É como se o toxicômano desmentisse todo o esforço dos psicanalistas para conferir aos sintomas o caráter de linguagem criptográfica, o caráter de formações do inconsciente. Ele se apresenta 'não-freudiano'. [...] Então fica assim constituída a equação: de um lado uma doutrina, a psicanálise, que tem na palavra o eixo; de outro, um sujeito, o usuário de drogas, que tem na palavra um estorvo desnecessário (1999, p. 61).

Quais as possibilidades de ocorrer tal encontro?

Melman (1992) afirma que o paciente toxicômano é eminentemente apto à transferência e isto prepara o lugar do analista, tornando viável uma escuta psicanalítica. Mas, certamente, esse lugar reservado ao analista pelo sujeito implicado com a droga tem características bem distintas daquele preparado pelo neurótico analisado por Freud.

Se o analista de hoje prioriza seu compromisso com as reais possibilidades do paciente e as particularidades de sua relação transferencial, ele coloca a si mesmo a exigência de estar atento e poder se questionar sobre as características do funcionamento subjetivo do toxicômano, suas conseqüências para a transferência e o manejo que esta exige, no sentido de poder melhor propiciar a construção de uma demanda de análise, o estabelecimento da transferência analítica e o transcorrer do tratamento.

Este movimento pode favorecer a fundamentação teórica de transformações futuras no padrão clássico da escuta psicanalítica, no sentido do aprimoramento da clínica com esses pacientes. Tal problemática merece atenção especial pela dimensão que a toxicomania tem tomado na atualidade, chegando a ser considerada o sintoma paradigmático da pós-

modernidade. Como reconhece Freda: “[...] mais do que nunca, o psicanalista deve trabalhar com os toxicômanos, para saber previamente as formas da sintomatologia moderna [...]” (1998, p. 09).

Mais algumas palavras sobre a especificidade da perspectiva psicanalítica.

Ainda que encontremos as investigações sobre a cocaína na “pré-história” do movimento psicanalítico, Freud falou muito pouco sobre a problemática das toxicomanias. Não há nos textos freudianos nenhuma elaboração sistemática relativa à especificidade toxicomaniaca enquanto fato clínico dotado de autonomia nosográfica.

Entretanto, ele nos deixou algumas observações preciosas, como no trecho abaixo, ainda no final do século XIX, o qual se refere a “tratamentos para romper com um vício”:

[...] Seu sucesso será apenas aparente enquanto o médico se contentar em privar seus pacientes da substância narcótica, sem se importar com a fonte de que brota sua necessidade imperativa. O ‘hábito’ é uma simples palavra, sem nenhum valor explicativo. Nem todos que têm oportunidade de tomar morfina, cocaína, hidrato de cloral, etc. por algum tempo adquirem dessa forma ‘um vício’. A pesquisa mais minuciosa geralmente mostra que esses narcóticos visam a servir – direta ou indiretamente – de substitutos da falta de satisfação sexual; e sempre que a vida sexual normal não pode mais ser restabelecida, podemos contar, com certeza, com uma recaída do paciente (FREUD, 1898, p. 246).

Nessa passagem, Freud sustenta que a recaída e a abstinência não dependem apenas de um ato de vontade consciente e que um tratamento de sujeitos toxicômanos não deve centrar-se no sintoma do abuso de drogas, mas ir além, favorecendo a desobstrução das vias de expressão da problemática psíquica, tratando dos conflitos e angústias para que o paciente tenha êxito em uma proposta de independência das drogas.

No mesmo artigo, Freud escreve também que a abstinência só é realizável em um sanatório e sob a permanente vigilância do médico, uma vez que, por conta própria, o compulsivo recairia, a cada contingência desoladora, na satisfação que lhe resulta cômoda.

Estas duas proposições de Freud por um lado apresentam uma crítica à imposição da abstinência e, por outro, designam o controle hospitalar e médico como condição de eficácia;

devem, portanto, ser consideradas como resultado de uma experiência incipiente com este tipo de trabalho clínico. De um outro modo, elas refletem as duas dimensões intrincadas na questão das toxicomanias: a dimensão fantasmática – a adicção, a relação do sujeito com seu mundo objetal, o funcionamento psíquico – e a dimensão real, relativa ao efeito químico da droga no real do corpo, que não pode ser desconsiderado.

Pôr em evidência uma das duas dimensões – a fantasmática ou a do efeito químico da droga – tem consequências decisivas para a práxis clínica com os toxicômanos.

Enfocar prioritariamente o efeito químico do produto é uma característica do senso comum em nossa sociedade, onde a lei interdita a droga enquanto um produto perigoso que transforma o indivíduo em doente, obrigando-o a um tratamento em razão do prejuízo que a droga lhe causa e do que ele inflige ao outro quando atinge o estado de dependência: rouba, mata, prostitui-se, faz qualquer coisa para conseguir a droga.

Diversos discursos presentes hoje sobre a toxicomania – desde aquele da “segurança pública” até o discurso médico – estão freqüentemente atravessados por este viés moralizante, segundo o qual a droga é identificada com uma espécie de agente do mal. Dessa posição, não há aproximação possível ao sujeito toxicômano.

Uma prática excessivamente contaminada por esse viés acaba sobrepondo ao nosso objeto – o sujeito toxicômano – um objeto imaginário, que tem em geral matizes persecutórios – ele é o mal que tem de ser eliminado, pois persegue o corpo social por sua diferença enigmática e incompreensível.

Assim, define-se um panorama no qual a droga aparece como a causa da toxicomania e o toxicômano como categoria médica e a partir de uma definição legal da droga, institui-se um tipo específico de terapia que tem como suporte o postulado seguinte: a droga faz o toxicômano.

Podemos dizer que, no Brasil, a maioria dos tratamentos oferecidos aos usuários de drogas baseia-se essencialmente no princípio de que eliminando a droga, elimina-se o problema do toxicômano. Nesse contexto, faz-se do toxicômano a vítima passiva de um objeto exterior chamado droga, colocando-o como produto deste objeto.

Como destaca Gurfinkel:

[...] a droga é identificada com uma espécie de agente do mal. Mas a droga não pode ser um agente, ela é apenas uma coisa: se a ela é atribuída uma atividade ou uma responsabilidade, é porque a atividade e a responsabilidade não estão podendo ser reconhecidas como próprias do sujeito (sujeito tanto individual quanto social). Investigar as razões desta impossibilidade é uma tarefa que transcende o campo da psicanálise, pois estão em jogo determinações de ordem social e ideológica; nem por isto ela deixa de poder dar a sua contribuição (1995, p.175).

Tentando separar o adicto de seu objeto não se leva em conta que, na economia psíquica dele, a droga tem função muito mais importante que o prejuízo que ela comporta. O toxicômano encontra nela uma solução, um meio de existir. E o problema é que, ele não sabe nada desta solução.

As terapias que priorizam a cura da desintoxicação propõem que o sujeito se esqueça do objeto, negligenciando ou omitindo a diferença entre vontade e desejo. Assim, reforça-se a censura do superego, para fazer com que os sujeitos-usuários renunciem ao pulsional. Contudo, essa “lei superegóica” muitas vezes é imposta de maneira autoritária e desprovida de sentido, o que acaba levando os usuários a uma renúncia forçada, que se dá a partir de um ideal dado pelo outro, sendo por isso insustentável. Essa renúncia imposta irá reforçar a instalação de um profundo mal-estar que atuará no sentido de impelir os sujeitos a um retorno à intoxicação.

No trecho de Freud, reproduzido anteriormente, vemos o modo bem particular com que a psicanálise encara o toxicômano. O problema da psicanálise não é a droga, mas os usos de droga como modalidade específica de articulação do sujeito com seu objeto. E em

contraponto ao discurso estereotipado da civilização, ela se baseia na proposição: o toxicômano faz a droga.

Porém, torna-se necessário lembrar sempre que a psicanálise, enquanto campo do saber com lugar nesta mesma sociedade e em contato com os diversos discursos circulantes sobre a toxicomania, de modo algum está livre do risco de reproduzir o viés moral em seu próprio discurso sobre a toxicomania.

Ao contrário, como alerta Gurfinkel (1995), pode-se acabar por reforçar o objeto do imaginário social, utilizando-se da teoria psicanalítica como de um sofisticado instrumento de poder. Se a partir das características analisadas, deduzirmos que o toxicômano é uma pessoa desviante, doente e que como tal deve ser corrigida, corremos o risco de tomar o partido da realidade e da adaptação, anulando de saída um possível caráter verdadeiramente analítico do nosso trabalho.

O caminho adotado pelo referencial teórico psicanalítico tem alguma chance de se aproximar de realidades singulares atravessadas e dissimuladas pela lógica toxicomaniaca. Ele nos oferece essa possibilidade porque prioriza a dimensão fantasmática. Desse modo, é a relação do sujeito com seu objeto droga que caracteriza a toxicomania, o que permite pensar, em cada sujeito, o que propiciou a irrupção da toxicomania.

A psicanálise prioriza o sujeito implicado com o uso de drogas, em detrimento do sintoma em si, o qual só vai ter possibilidade de ser modificado a partir do momento em que se constrói um significado para ele e se percorre toda uma rede de ligações entre o sintoma e os diversos sentidos para o sujeito.

É nessa perspectiva que, ao longo da história da psicanálise, várias abordagens psicanalíticas produziram significativas contribuições para o desenvolvimento da compreensão dos sujeitos toxicômanos. Esses estudos, em nossos dias, recebem um novo impulso, efeito da premência do grave problema mundial do uso e comercialização de drogas.

Mas, tal esforço é muito recente e encontramos sua teorização ainda fragmentada, com diversas posições psicanalíticas sobre a toxicomania, não se podendo localizar entre elas um consenso, por exemplo, quanto a sua etiologia. O que sinaliza para certa dificuldade de aproximação com o sujeito toxicômano.

As respostas são múltiplas e variam desde a negação do fenômeno à necessidade de considerar novos modelos estruturais, para dar conta da especificidade desta manifestação. Encontramos também idéias pré-concebidas: pensamos que o toxicômano seja não-analisável ou que seja necessário tomar medidas prévias, como a desintoxicação, antes de entrar em tratamento.

Talvez, uma razão para o atual estado da teoria psicanalítica sobre a toxicomania esteja, como aponta Nogueira Filho (1999), no desafio que representa a novidade clínica de que o paciente toxicômano lhe confronta e lhe obriga integrar, um elemento inteiramente surpreendente, novo e complicador: a dimensão real do efeito psicofármaco, que modifica, mesmo que temporariamente, tendências, inibições, disposições, sintomas e angústias.

O efeito subjetivo da droga, que fascina este aparelho de prazer que é o corpo – “[...] algo que escapa, sim, ao significante, mas com a marca de um impulso construído por uma história. [...] desarticulando o sujeito barrado [...] uma novidade, não necessariamente prevista nas vicissitudes dos tempos edípicos” (ibidem, p. 56). – representa um grande desafio teórico para os estudiosos do tema que devem estar dispostos a abrir caminhos para o inusitado.

Objetivo e roteiro metodológico do trabalho.

O presente trabalho pretende investigar, a partir dos referenciais teóricos da metapsicologia freudiana, o funcionamento psíquico dos toxicômanos e as particularidades da relação transferencial, vivenciadas por ocasião do seu tratamento clínico.

O caminho escolhido foi, primeiramente – PARTE I –, fazer aproximações às definições ou delimitações psicanalíticas da toxicomania, buscando uma compreensão psicanalítica da dinâmica do funcionamento subjetivo dos toxicômanos. Isso, a partir das principais contribuições da metapsicologia freudiana, em suas diversas configurações, e com a ajuda de autores pós-freudianos que se debruçaram sobre o nosso tema.

Em seguida, na PARTE II, tratamos do conceito psicanalítico de transferência e de sua importância clínica. Procuramos, também, caracterizar a relação transferencial dos pacientes toxicômanos, como subsídios para nos aproximarmos de algumas hipóteses sobre os manejos que ela exige, por ocasião do tratamento clínico. Isso, através de uma pesquisa teórica em material científico encontrado acrescentado por entrevistas com psicanalistas que trabalham com este tipo de paciente.

PARTE I:
TOXICOMANIAS E SUJEITOS TOXICÔMANOS: APROXIMAÇÕES
PSICANALÍTICAS

A obra freudiana constitui o ponto de partida de todo trabalho psicanalítico. Os psicanalistas voltam sempre a examiná-la como fonte inesgotável de releituras e tentam, geralmente, articular os termos deixados por Freud para falar de suas experiências clínicas.

Porém, dentre as várias contribuições psicanalíticas consagradas à compreensão dos sujeitos toxicomânicos, evidenciam-se que as formulações não são unânimes e, algumas vezes, apresentam-se contraditórias. Podemos comparar a contribuição de cada um dos principais teóricos da psicanálise a um mosaico único, para o qual o autor escolhe as peças a serem utilizadas – os diversos conceitos psicanalíticos – e, com elas, cria um arranjo singular, a partir de sua experiência clínica, de sua lógica, de seus princípios teóricos etc.

Assim, dentre as diversas construções teórico-clínicas, encontramos divergências e coincidências, tanto em relação às referências utilizadas, quanto aos princípios teóricos básicos que norteiam a lógica de arrumação daquele arranjo.

Para exemplificar essa diversidade de “mosaicos”, podemos lembrar os conhecidos escritos de Olievenstein, os quais tomam a fase do espelho, elaborada por Lacan, e lhe dão uma nova leitura para lançar luz sobre a dinâmica psíquica dos toxicômanos; e a visão de Rassial (1999) que utiliza o conceito de objeto transicional, criado por Winnicott, para teorizar sobre o objeto tóxico.

Torna-se, então, muito difícil – para quem deseje descrever o panorama psicanalítico sobre o tema da toxicomania – situar teoricamente o enfoque de cada autor ou classificar as várias formulações psicanalíticas sobre o tema. Não é nosso propósito fazer um mapeamento desta natureza.

Nosso intuito é formular algumas idéias para mostrar como os psicanalistas, de um modo geral, compreendem o funcionamento psíquico dos sujeitos toxicômanos e sua relação com a droga.

Assim, sem pretender dar uma resposta definitiva à questão da abordagem psicanalítica da toxicomania, vamos partir da metapsicologia freudiana e procurar, em cada momento histórico de sua construção teórica, os conceitos que nos parecem mais valiosos para o objetivo que nos propomos.

Através do destaque de alguns desses conceitos, investigando sua diversidade de concepções e de aspectos, e pesquisando sua eficácia clínica para o tratamento com toxicômanos, destacaremos as contribuições de alguns autores que, segundo nosso modo de ver, fizeram a psicanálise avançar nessa tentativa de compreensão sobre a toxicomania.

Nesta empreitada, devemos muito aos estudos de dois autores e pesquisadores brasileiros. São eles: Décio Gurfinkel², que estuda os toxicômanos seguindo os caminhos das pulsões, do princípio do prazer, do auto-erotismo e da relação com a realidade, e Marta Conte, que se aproximando das contribuições principalmente de Le Poulichet (1990), Melman (1992) e Petit (1990-1991), busca aportes psicanalíticos para pensar a função da droga e o sentido da montagem toxicomaniaca como uma organização defensiva, construída por causa da fragilidade da ligação entre corpo e linguagem, e chama a atenção para os determinantes sociais, assinalados por Freud em o *Mal-estar na civilização* (1930 [1929]).

² Nesta parte, seguimos a linha de raciocínio que o Dr. Décio Gurfinkel expôs em seu livro “A pulsão e seu objeto-droga: estudo psicanalítico sobre a toxicomania”, embora, como se poderá notar, priorizamos algumas referências que consideramos mais importantes ou com as quais nos identificamos mais. Tal linha será utilizada como base principal para, a partir do acompanhamento das teorias metapsicológicas freudianas, pensarmos as características dos toxicômanos e podermos construir pontes com algumas teorizações pós-freudianas sobre a toxicomania. Servirá também como suporte para inserirmos conteúdos adquiridos na leitura de vários autores.

CAP. 1 – A TOXICOMANIA NO CONTEXTO DA TEORIA PULSIONAL

O toxicômano tem uma relação com o prazer que é infinitamente maior, mais forte e mais rápido do que aquele que o não é.

Claude Olievenstein

1.1. O eu-prazer³

Embora muitas vezes seja negada ou subestimada, a relação entre o uso de drogas e a busca do prazer é notória para qualquer um que se dedique a examiná-la deixando de lado os preconceitos. Falar sobre ela parece uma ameaça para os valores da sociedade e da família, agitando o imaginário social sobre uma noção atualmente muito em pauta, a noção de felicidade. Se um produto proporciona mais prazer, mais gozo do que outros fatos e substâncias, isso cria uma curiosidade muito grande, um fascínio até.

Tanta curiosidade sobre as drogas não é vã. A droga estigmatiza o usuário, fixando-lhe num lugar determinado, à margem da sociedade. O toxicômano se delicia com seu consumo, obtendo dele momentos excepcionalmente satisfatórios. Ele parece "um ser feliz em contraposição ao comum dos mortais que não o é" (LODI & DUARTE, 1988). Um ser que transgride a lei e desafia a morte – no plano ideal, a transgressão máxima de vencer o limite de ser mortal.

Esse imaginário sobre as drogas pode criar adesões. E teme-se que os jovens, no afã por novas experiências, terminem por não se tornarem trabalhadores respeitosos e subordinados à ordem social vigente.

³ No presente trabalho, utilizo o pronome Eu apenas para designar o eu-indivíduo na sua totalidade. Para o eu-instância e seus ideais, adoto o termo latino ego, utilizado pelas traduções da Standart Edition. Sigo assim a preferência de ROCHA(2000, p.97), como forma de evitar o risco de criar mal-entendidos. Para uniformizar a linguagem, estendo também às demais instâncias psíquicas essa escolha pela língua latina.

Tais produtos são caracterizados como uma ameaça para a sociedade. Sendo assim, prevalecem, em diversos discursos de nossa cultura, afirmações como essas: “a droga faz mal”, “a droga leva à destruição⁴”, “é preciso tratar todos esses toxicômanos que são anormais”.

Faz-se necessária uma atitude sem preconceitos morais “para podermos reconhecer o prazer do drogar-se, [...] o que nos permite pensar o uso de drogas de uma maneira geral, sem tomá-lo necessariamente como uma patologia [...]” (GURFINKEL, 1995, p.60).

Paradoxalmente, o estudo do prazer nos proporciona elementos importantes para uma reflexão sobre a compulsão repetitiva própria das adicções, permitindo uma aproximação da subjetividade do sujeito toxicômano, que definitivamente não se sente feliz, nem se percebe como um privilegiado.

Num certo sentido, todas as condutas humanas podem ser interpretadas como busca do prazer. Mas... “A busca do prazer na droga pode ser considerada como a busca do prazer pelo ‘caminho mais curto’, ou seja, à maneira do funcionamento [psíquico] primário” (ibidem, p.77). Pois, trata-se de atingir o prazer da forma mais direta, procurando evitar as mediações impostas pelo princípio da realidade.

O toxicômano tem seu objeto-droga sempre à mão, não precisa de se submeter às contingências nem à alteridade de um objeto outro. Do ponto de vista genético, poderíamos dizer que se trata de um modo de funcionamento psíquico mais primitivo.

No que se refere ao princípio do prazer, este modelo de funcionamento pelo “caminho mais curto” pode representar o caminho mais econômico e direto para a obtenção do prazer, um atalho entre o desejo e sua realização para diminuir a tortuosa distância da realidade. A expressão “o barato da droga” – jargão comum entre os usuários de drogas – talvez expresse

⁴ Um dos preconceitos derrubados pela escuta analítica diz respeito à intenção autodestrutiva. A aparente autodestruição praticada através das toxicomanias vai ser entendida como uma tentativa paradoxal de autoconservação, como estudaremos mais adiante, em II.2.2. A toxicomania enquanto função constituinte: a operação *pharmakon*.

metaforicamente esse esforço de “economia psíquica” na busca do caminho mais curto para o prazer.

Da mesma maneira como ocorre no sonho, no processo primário, o prazer se obtém através da satisfação alucinatória do desejo. Esta cria uma neo-realidade e uma relação com os objetos, na qual estes são considerados como restos diurnos de um cenário onírico. Este processo está expresso, de forma condensada, no termo “viagem”, também utilizado como jargão entre os usuários de drogas.

As aquisições provenientes da introdução do princípio de realidade são justamente as funções psíquicas deficientes no toxicômano. Na literatura, descrevem-se a intolerância e a incapacidade de espera; a incapacidade de suportar a frustração que dificulta o desenvolvimento da função do pensamento, tal como a conhecemos (processo secundário); a redução das representações verbais; o aumento das atuações. E, quando se desencadeia a espiral da intoxicação, potencializa-se o processo regressivo até a anulação temporária dessas funções.

A regressão assemelha-se àquela do sonho. O processo primário atua pela condensação, pelo deslocamento e pela figuralidade. As palavras do sonho são como coisas. Pode-se questionar se as palavras do toxicômano grave têm este estatuto do funcionamento primário, de preferência ao estatuto de uma linguagem verbal.

Olievenstein & Parada (2002, pg.38) ressaltam a “realidade do prazer” proporcionada pelo objeto-droga e advertem que a clínica deve levar em conta esta experiência interior e, sobretudo, a sua intensidade. Esta refere-se a uma experiência de prazer em si, independente dos processos de representação. O que parece indicar a busca do toxicômano por uma via de relação com o mundo, na qual a palavra está em segundo lugar.

“O prazer no encontro com a droga é da ordem do não-dito, tanto pela ausência de processos representativos quanto pelo silêncio-tabu que normalmente cercam este prazer”

(GURFINKEL, 1995, p. 80). Quando o toxicômano encontra a droga, ocorre a chamada fase da “lua-de-mel”. Um instante fugidio que comporta um efeito químico explosivo além das categorias do imaginário, um momento vivido como uma eternidade que se inscreve para sempre na sua memória.

A partir do reconhecimento da realidade do prazer no encontro com a droga, levanta-se o problema de qual é o estatuto deste prazer. O caráter alucinatório da experiência de prazer apresenta-se como um elemento importante para pensarmos metapsicologicamente o não-dito do prazer com a droga. O modo do funcionamento psíquico primário e o princípio do prazer em oposição ao princípio de realidade são noções que instrumentam a clínica do toxicômano. O problema subjacente a essas considerações sobre o não-dito é o risco de se querer concluir que a experiência do toxicômano é sem representações nem linguagem.

1. 2. Prazer e realidade

A droga proporciona ao toxicômano um distanciamento da realidade, a qual lhe parece insuportável e é por ele negada. Ele procura evitar a frustração mediante os mecanismos de idealização, de identificação com o objeto idealizado, de controle onipotente dos objetos e de negação da frustração e da ansiedade. Porém, o conceito de realidade, em psicanálise, é complexo e controvertido.

Nogueira Filho (1999) salienta a inquietação freudiana, nítida em seus primeiros trabalhos, para que não se confira à realidade a condição de objetividade radical. “A Realidade, na verdade, é uma difícil construção para o sujeito emergente e é, no mínimo, produto da dialética entre este sujeito, o mundo que o circunda e a linguagem” (p. 39).

A linguagem do toxicômano é muito peculiar, pois constitui uma espécie de “realidade compartilhada”. Há, nela, uma tentativa de criar “o mundo imaginário da alucinação”, numa

atitude ativa de militância, o que nos faz pensar na marca específica de uma “neo-realidade”, distinta da alucinação ou do delírio psicóticos. A neo-realidade não vem para substituir a realidade, ela coexiste com a realidade. Assim, não é suficiente ressaltar a negatividade presente na relação do toxicômano com a realidade. É forçoso reconhecer e compreender um movimento ativo de criação de realidades. Nas palavras de Ocampo (1995, apud GURFINKEL):

Com efeito, se através da linguagem o toxicômano rechaça a realidade para evocar a existência de outro mundo, é para dar a esta irrealidade um lugar no seio mesmo da “realidade” – que nunca deixou de reconhecer – de modo tal que se as realidades opostas podem coexistir além de toda contradição lógica [...] (p.90).

Trata-se de uma tentativa de efetuar uma alquimia, uma metamorfose, uma mutação da realidade, através da qual ela é, ao mesmo tempo, rechaçada e recriada, destruída e preservada. A neo-realidade criada pelo toxicômano apóia-se na materialidade do mundo sensorial e não é equivalente a uma rejeição radical da realidade, como acontece na psicose. Situa-se em uma região intermediária que expressa um compromisso peculiar entre o prazer e a realidade, um compromisso entre o prazer de inventar a realidade sem recorrer à reconstrução delirante da mesma⁵. Ou ainda, “um compromisso entre o desejo de preservar e o de reduzir ao silêncio a atividade de pensamento do Eu” (AULAGNIER, 1985, p.151).

Assim, surge uma dupla face do prazer, a qual fica obscurecida se permanecemos limitados a sua oposição à realidade. Por um lado, o prazer está relacionado com uma descarga da tensão libidinal e com a anulação da atividade representativa; por outro, ele está ligado a uma atividade criativa imaginária, como nos ensinou Winnicott (1975) ao repensar o que entendemos por realidade e alucinação. Um espaço intermediário entre esses dois termos é justamente o espaço potencial da criatividade do sujeito. O prazer da atividade criativa – do

⁵ Por isso é possível a aproximação da toxicomania com o mecanismo de recusa da castração, próprio do fetichista, já que se trata de um duplo movimento de reconhecimento e de não reconhecimento da realidade da castração, como veremos mais adiante, no capítulo IV (PARTE I) – *Toxicomania, perversão e mal-estar na cultura*.

brincar, do sonho, etc. – não se dá em oposição à realidade, mas em se aproximando dela; uma aproximação que é ao mesmo tempo a sua própria criação.

A experiência com a droga encontra-se no espaço intermediário da ilusão, que pode representar um afastamento da realidade, mas também uma estratégia de se aproximar dela por um caminho intermediário, o único, até então, possível.

A partir das contribuições de Winnicott (1975), é possível associar a droga à função do objeto transicional⁶, que permite concretizar um espaço na relação com a mãe e com o meio. Assim, o uso de drogas, desde quando é recreativo ou eventual, até mesmo quando se torna crônico, cumpre uma função vital de ligação transicional com o mundo, de transição entre o interior e o exterior, situando-se entre a atividade lúdica da criança e as atividades sublimatórias socializadas dos adultos.

Essa relação fica mais evidente no tocante ao uso recreativo da droga. Já nas toxicomanias mais graves, o objeto transicional torna-se tóxico e acaba por capturar o toxicômano, que permanece extasiado, não podendo transitar entre mundo interno e mundo externo.

Alguns autores, como Dupetit (1983 – 1995, apud GURFINKEL, p.82), identificam, dentre os toxicômanos, diferentes modalidades de relação com a realidade, associando-as ao tipo de droga por eles utilizada. Não obstante a classificação das drogas se apresentar um tanto quanto arbitrária, e embora também encontremos várias formas compostas de toxicomania, as quais apresentam arranjos singulares, parece haver certa correlação entre a predileção por um tipo de droga e a tendência para uma forma de organização defensiva.

Três modalidades principais, de importância clínica considerável, são demarcadas nessa perspectiva: (1) As drogas depressoras do sistema nervoso central favorecem uma negação da realidade e são propícias para uma estratégia de adormecimento ou anestesia da

⁶ Certamente, essa associação entre droga e objeto transicional é muito relevante podendo acrescentar aportes significativos à compreensão psicanalítica da toxicomania. Porém, o presente trabalho, por seus objetivos já explicitados, não se deterá em aprofundá-la.

estimulação que atinge o psiquismo, uma tentativa de evitar a dor. (2) Os estimulantes provocam uma forma de desafio da realidade, facilitando sua negação pela modalidade maníaca, ou seja, provocam uma vivência de onipotência ilimitada, de ser um eu-Deus que triunfa sobre a realidade e naturalmente o corolário desta defesa é uma depressão intolerável. (3) As drogas perturbadoras do sistema nervoso central ajudam predominantemente a distorcer a realidade. Sendo suas qualidades apropriadas ao grupo de toxicômanos cuja marca característica é a tendência à criação da “neo-realidade” que acabamos de comentar.

1. 3. A droga como objeto da pulsão.

A noção de pulsão aparece diretamente ligada à sexualidade, em Freud (1905), que coloca a pulsão submetida ao princípio do prazer enquanto postulado geral. Num momento posterior, em 1920, ela se encontrará para além deste princípio.

A dualidade característica da primeira teoria das pulsões é o contraste entre autoconservação e sexualidade. Freud parte da biologia e subverte a noção de “instinto”, ao considerar a sexualidade infantil e a contingência tanto do objeto quanto do alvo da pulsão sexual. Vejamos, junto a Gurfinkel (1995), até que ponto a problemática da primeira teoria das pulsões pode servir de instrumento para pensarmos a questão da droga e, em especial, a da toxicomania.

Em *A pulsão e seus destinos* (1915), Freud discute os quatro elementos fundamentais que caracterizam a pulsão: a pressão, o alvo, o objeto e a fonte.

A pressão é “uma força constante” que, como diz Freud, exige uma certa medida de trabalho do aparelho psíquico. No caso do toxicômano, ela se transforma, de modo invasivo, em urgência irremediável da droga, a qual inibe o funcionamento do pensamento, podendo se manifestar como uma irrupção compulsiva.

Partindo dessa hipótese, várias questões emergem: qual a natureza e o significado desta transformação de um dos elementos fundamentais da pulsão? A passagem da pressão para a urgência significaria apenas uma diferença de intensidade, ou uma diferença de qualidade que traz novas conseqüências?

Quanto à fonte, a clínica dos toxicômanos, como veremos mais adiante, obriga-nos a não desconsiderar o aspecto somático da pulsão. Embora o corpo com que a psicanálise trabalha seja o corpo pulsional, não podemos negar o corpo biológico.

Conforme Nogueira Filho:

[...] não é conveniente que a biologia se transforme em um ponto cego na atividade, pelo menos, teórica do psicanalista. [...] alguém de qualquer significação simbólica associada ao uso de drogas, o toxicômano constrói um curto-circuito entre a fonte biológica da pulsão e a produção de um peculiar imaginário onde a satisfação existe tal e qual o encontro do objeto da necessidade (1999, p.25-26).

Além disso, a experiência dos programas de redução de danos vem reforçar a importância de estudarmos também a fonte. Alguns resultados positivos atingidos por esses programas ao trocar o tipo de droga usado por outro de efeito químico diferente, indicam que tal substituição pode ser acompanhada por uma mudança na maneira de sentir do usuário. Alguns estudiosos consideram que a troca do produto contribui para uma modificação no tipo de relação do toxicômano com seu objeto droga.

O conceito freudiano de alvo da pulsão pode ser considerado sob dois aspectos: um geral, que seria realizar o princípio do prazer, e outro, específico, o qual se apresenta em uma grande diversidade, caracterizando as várias pulsões – oral, anal, genital, masoquista, exibicionista, etc. O alvo geral da pulsão, na experiência com a droga, é antes de tudo a busca de satisfação. E o alvo específico, qual seria?

Com o conceito de orgasmo alimentar, eixo central de seu discurso, a investigação de Rado (2003, apud BIRMAN, p.210 & 2001, apud SANTIAGO, p. 121) articulou as toxicomanias com o registro da oralidade e dos impulsos sádicos mais primitivos, assinalando

a impossibilidade da experiência do desmame e a busca constante dos toxicômanos por restaurar um estado primitivo de satisfação absoluta.

Essas hipóteses são coerentes com a própria fenomenologia do ato de drogar-se, uma vez que se trata da busca de satisfação pela incorporação de um objeto ao organismo. Elas levantam alguns elementos sugestivos, tendo uma importância histórica relevante, marcando o pensamento psicanalítico posterior, mas mostram-se insuficientes.

Um efeito evidente das drogas é a produção de um estado orgástico, extático e gozoso que a leitura psicanalítica tende a situar nos primeiros momentos da constituição do ser. O momento da relação fusional com a mãe.

Mas, segundo Nogueira Filho (1999, p.39-40), tudo isso não justifica reduzir a condição adicta a um retorno regressivo à fase oral – esta passagem obrigatória do desenvolvimento –, principalmente porque esta regressão ocorre independentemente da via de ingestão das drogas – boca, nariz, veias. Pois, como nos lembra Conte (1994), as drogas injetáveis não utilizam os orifícios erotizados por uma inscrição simbólica no corpo e criam novos orifícios com o uso da seringa.

Outra crítica possível é a de que tais proposições se baseiam num organicismo quase biológico ou em um raciocínio puramente analógico, deixando-se levar pela facilidade de julgar o momento alucinatório original, não levando em conta que a realidade é uma difícil construção.

Quanto ao quarto elemento fundamental da pulsão, o objeto, Gurfinkel (1995) propõe que consideremos a droga como objeto da pulsão para ampliarmos nossa compreensão sobre o problema dos toxicômanos. Ela pode se tornar um instrumento no qual – ou através do qual – a pulsão busca satisfação, sendo assim, um dos objetos possíveis ou um objeto desviante.

O objeto é o elemento mais variável da pulsão. A fixação da pulsão em um objeto é justamente o estancamento desta infinita possibilidade de deslocamento. Na toxicomania,

ocorre uma fixação extrema ao objeto droga, pois este se torna o único objeto de investimento pulsional. Se, às vezes, o uso de drogas pode ser visto como uma simples busca de satisfação; em alguns casos, ele ganha novas características e passa a ter um caráter de exclusividade e fixação muito intensa.

Esse caráter do objeto do toxicômano pode ser comparado ao objeto fetiche porque este é tomado como objeto exclusivo da excitação ou do ato sexual. Nesse sentido, o modelo do fetichismo pode nos ajudar como inspiração na compreensão da toxicomania, se lhe tomamos duas características: a fixação sobre o objeto-fetiche e a exclusividade do objeto-fetiche.

Na toxicomania, trata-se de uma “[...] fixação tão exacerbada que Ocampo [1988] chegou a caracterizá-la como ‘perversão da pulsão’⁷.” (GURFINKEL, 1995). A pulsão parece se subordinar ao objeto-droga e o toxicômano torna-se seu escravo. Daí, porque a fixação ao objeto-droga é um dos traços que caracterizam o toxicômano e o distingue do usuário de drogas. Este continua desejando outras formas de prazer e investindo outros objetos e outras finalidades.

Nesse aspecto, Gurfinkel (1995) encontra um problema: se do ponto de vista da realidade material não há dúvida quanto ao modo exclusivo com que o toxicômano investe o objeto-droga; do ponto de vista da realidade psíquica, pode ou não haver uma fixação.

Em alguns casos – em geral nas situações de cronificação e de dependência violenta – o não-dito é realmente o não representado, e o único objeto do investimento psíquico é a droga. Ocorre uma paralisação dos processos de investimento em uma coisa-droga: a dissolução da cadeia associativa-imaginária a ela ligada equivale à eliminação da vida do objeto, tanto no sentido material, quanto psíquico.

⁷ Compreendemos essa afirmação da seguinte maneira: lembramos Freud (1905), que conceitua pulsão como algo específico dos seres de cultura e que surge a partir das funções corporais, por efeito do “apoio” – um processo que bem pode ser descrito como de perversão do instinto ou da necessidade, tanto que Freud utiliza exemplos de perversões sexuais em sua argumentação. Na toxicomania, ocorreria uma perversão às avessas, pois, através da fixação exacerbada ao objeto droga, a pulsão é subvertida / pervertida em necessidade.

Porém, em outros casos, quando ocorre a criação de uma neo-realidade, o autor citado observa uma riqueza de investimentos psíquicos similares aos do sonho. O que caracteriza os limites da noção de fixação dentro do quadro metapsicológico. É necessário levar-se em conta não apenas o objeto em sua materialidade, mas fundamentalmente o objeto enquanto representação – objeto interno de M. Klein, objeto subjetivamente criado de Winnicott –, ou seja, é preciso focalizar a realidade psíquica do sujeito.

“Esta mesma problemática está presente no auto-erotismo. A ação auto-erótica pode ou não ser acompanhada de uma atividade de fantasia, e aqui reside toda a diferença” (GURFINKEL, 1995, p.110). A ação pode ser uma maneira de evacuar a atividade representativa ou uma forma de estimulá-la.

Se a fixação ao objeto é insuficiente para dar conta do vínculo do toxicômano com sua droga, ela é sem dúvida um ponto de partida importante. Do ponto de vista material, ela não deve ser desconsiderada, pois é um dado clínico importante.

Da mesma maneira, o poder de “efeito de prazer” do objeto-droga não pode ser esquecido. É na materialidade da experiência do toxicômano que devemos penetrar, já que ela difere da relação do fetichista com seu objeto, em alguns pontos importantes. O toxicômano, pervertendo a pulsão, vai mais longe.

Se a droga tem um efeito simbólico para o toxicômano – simbolizar o objeto ideal no estado de mania como o objeto doente ou morto do melancólico – ela tem um efeito direto no organismo, independente de mediações simbólicas. Na constituição do objeto-droga, além de uma relação de significação, conta também o efeito que a droga tem sobre o organismo. O que significa exatamente esta intrusão do material, do farmacológico e do orgânico, no universo do psíquico?

No quadro da dualidade auto-conservação/sexualidade, enquanto conduzida pela busca de prazer, o ato de drogar-se só pode ser compreendido na esfera da sexualidade. Somente a

pulsão sexual, com sua total independência em relação à especificidade material do objeto e sua infinita capacidade de deslocamento, pode investir libidinalmente este objeto, a droga.

Mas, não podemos deixar de questionar as peculiaridades desse objeto estranho. Assim, surge uma nova hipótese: na toxicomania, a relação de objeto parece tender a operar uma espécie de metamorfose da pulsão sexual, subvertendo sua própria natureza, pois ela passa a funcionar segundo as leis da auto-conservação.

A pulsão sexual ganha vôo próprio ao se deslocar das funções vitais e se torna o verdadeiro motor do desenvolvimento psíquico. Na toxicomania, ela abre mão da sua vitalidade para trilhar o antigo caminho da auto-conservação, em busca do objeto exclusivo de um prazer necessário. Como compreender este tipo de prazer de origem sexual e que parece retornar para o registro da necessidade? Qual é o estatuto metapsicológico deste prazer?

1. 4. Neo-necessidade: a metamorfose da pulsão

Aulagnier (1985) afirma que o toxicômano busca silenciar a demanda de prazer sexual dirigida ao outro, e a exclui em proveito de um prazer que não quer depender senão da atividade psíquica do próprio sujeito. Essa exclusão da demanda ao outro, como uma busca de independência, implica em um investimento do ego, e só pode ser pensada metapsicologicamente, levando-se em consideração a teoria do narcisismo e a segunda teoria das pulsões, a qual introduz a pulsão de morte.

Antes, porém, retomemos a noção de “caminho mais curto”, compreendendo-a melhor num diálogo com o que pudemos até agora apreender da relação entre a problemática pulsional e a toxicomania, à luz da primeira teoria das pulsões.

A busca do prazer pelo caminho mais curto pode ser interpretada como um predomínio do funcionamento psíquico primário e implica em um certo grau de repúdio à realidade – seja a realidade sensorial, seja a realidade da falta e da castração.

Na toxicomania, parece haver uma espécie de curto-circuito no fluxo pulsional, uma espécie de perversão da pulsão, que pode ser caracterizado por dois aspectos: uma fixação exacerbada ao objeto, que se expressa pela exclusividade deste; e a biologização da pulsão, que se manifesta pela metamorfose do desejo em necessidade.

Esses dois aspectos devem ser tomados em conjunto, pois, a fixação ao objeto está relacionada ao achatamento da atividade de representação expressa pela biologização da pulsão: a propensão ao retorno para o registro da necessidade equivale à tendência de anular o “algo a mais ao instinto”, o excesso que caracteriza a pulsão, fonte da força constante que constitui a função desejante. Uma tentativa de apagamento ou de anulação do desejo.

Nas palavras de Nogueira Filho (1999): “O efeito das drogas provoca a ilusão de que o prazer não requer a passagem pelos significantes e, assim, pode ser perene e constante. Um complemento, um bálsamo, para a maior falha da criação” (p. 34).

Quando a pressão se torna uma urgência compulsiva de drogar-se, subentende-se uma substituição do pensamento pela ação, extirpando através da conduta adictivo-compulsiva o que é próprio do psíquico: a capacidade de pensar.

[...] a intensificação da fonte orgânica da pulsão transforma o corpo em um verdadeiro turbilhão que favorece o escoamento da pulsão, na inevitável busca pelo alvo, por caminhos mais fáceis, des-significantizados. Isto colabora, decisivamente, para o distanciamento entre o corpo e a palavra, coalizão tão fundamental para a constituição e a manutenção do sujeito desejante (ibidem, p. 34).

A urgência da droga indica ainda a impossibilidade de escolha, a falta de liberdade em relação ao objeto. A posição de escravidão ante o objeto não permite escolher, mas apenas ser capturado.

A busca do prazer levada ao seu limite extremo – pelo caminho mais curto – conduz a uma tendência de dismantelamento da própria vida psíquica e pulsional. Na busca pelo prazer imediato e total, o objeto perde sua característica contingente e fantasmática.

A situação evidenciada pela toxicomania e pensada na perspectiva da primeira teoria pulsional mostra que o processo primário seria, a rigor, incompatível com a vida. Ela se aproxima dos enigmas do originário, que se encontram estranhamente com o paradoxo do excesso e do limite do princípio do prazer.

Na tentativa de anular a tensão irreduzível do desejo, o toxicômano cria o que Joyce McDougall (1997) chamou de uma neo-necessidade, para que a satisfação seja um jogo de cartas marcadas. A dependência do toxicômano ao objeto-droga é uma afirmação desesperada de independência ao mundo externo. Ele forma um pseudo par sujeito-objeto, o par eu-droga que se constitui como “um”, e se sente auto-suficiente e independente do mundo.

A neo-necessidade que se cria transcende a realização alucinatória do desejo. No ato de drogar-se, há uma ação específica e um efeito de materialidade, que, ao invés de simplesmente operar um afastamento da realidade, força a criação de uma espécie de materialidade alucinatória.

Não se trata exatamente da alucinação onírica ou psicótica, já que não há simplesmente uma produção de experiências sensoriais vividas como verdadeiras, a partir do interior do psiquismo. A materialidade alucinatória da toxicomania coloca um entrecruzamento mais complexo entre alucinação e realidade, realização de desejo e satisfação de necessidade.

CAP 2. - TOXICOMANIA E NARCISISMO

*[...] Você partiu para ver outras paisagens
E o meu coração embora finja fazer mil viagens,
Fica batendo parado naquela estação[...]*

João Donato, Caetano Veloso, Ronaldo Bastos.

O narcisismo ajuda a compreender o afastamento da realidade. Freud aprofundou o conceito de narcisismo, estudando suas relações com as patologias, a doença orgânica, a hipocondria, passando pela vida erótica, o sono e o sonho.

Através da noção de regressão e do estudo dos processos oníricos, ele articula o narcisismo com a realização alucinatória de desejos e com o princípio primário do funcionamento psíquico. No sono, ocorre uma regressão temporal do ponto de vista do desenvolvimento da libido – tendência a afastar toda fonte de estímulos e de tensão – e uma regressão formal do ponto de vista do desenvolvimento do ego – retorna-se à satisfação alucinatória de desejos.

Com a novidade da libido do ego introduzida em 1914, o investimento objetal se constitui a partir de um narcisismo primário e é um movimento frágil, contingente, sujeito a um refluxo para o ego, quando da frustração. Pois, o investimento do ego encontra-se em posição primária ao investimento do objeto. Introduce-se um elemento fundamental na estruturação do psiquismo, relacionado com uma instabilidade básica da posição do sujeito em relação ao objeto, ao outro, à realidade; realidade sempre parcialmente percebida, objeto sempre relativamente investido, outro sempre um pouco eu.

Costuma-se dizer que os artigos metapsicológicos⁸ – com exceção de *Luto e melancolia* – apontam em geral para uma concepção do narcisismo primário como uma etapa pré-objetal. No princípio da vida anímica, o Eu se encontra libidinalmente investido e a possibilidade de satisfação correspondente é qualificada de auto-erótica.

Em alguns momentos, o auto-erotismo é apresentado como uma fase anterior ao narcisismo; em outros, o auto-erotismo é tratado simplesmente como o investimento ou a atividade sexual da libido narcisista.

Com a introdução da segunda teoria das pulsões e da segunda tópica, Freud propõe uma modificação da teoria do narcisismo:

Bem no início, toda a libido está acumulada no id, enquanto que o ego ainda se acha em processo de formação ou ainda é fraco. O id envia parte dessa libido para catexias objetais eróticas; em consequência, o ego, agora tornado forte, tenta apoderar-se dessa libido do objeto e impor-se ao id como objeto amoroso. O narcisismo do ego é, assim, um narcisismo secundário, que foi retirado dos objetos (FREUD, 1923, p.62).

Em acordo com esta segunda maneira de conceituar o narcisismo, desde *Luto e Melancolia* (1917), Freud indica um mecanismo mais geral de constituição do ego: diante da perda do objeto, o ego identifica-se com o objeto perdido e, por um mecanismo de introjeção, passa a ter o mesmo dentro de si.

Em *Introdução ao narcisismo* (1914), *O ego e id* (1923) e *Psicologia das massas e análise do ego* (1921), ele pensa a constituição do ego à luz da teoria das identificações. A partir dessa modificação, como poderíamos pensar um narcisismo primário anterior ao investimento do objeto, se o ego é constituído pela dialética das identificações com o outro?

⁸ Tomo aqui, como textos metapsicológicos, os cinco textos que Freud começou a redigir em 1915 – *As pulsões e suas vicissitudes*, *Recalque*, *O inconsciente*, *Suplemento metapsicológico à teoria dos sonhos* e *Luto e melancolia* –, publicou entre 1915 e 1917, e que fariam parte de um grupo de doze ensaios, que sob o título *Elementos para uma metapsicologia* constituem uma espécie de tentativa de resumo de sua obra, projeto interrompido muito provavelmente pela concepção de novas idéias que acabariam por gerar a segunda dualidade pulsional, causando a grande reformulação da teoria freudiana.

Não tomando uma posição sobre as controvérsias do narcisismo primário, nos deteremos agora a trabalhar as contribuições dessa noção para compreender os fenômenos da clínica psicanalítica com os toxicômanos.

2. 1. A tentativa de fusão com o objeto droga

O narcisismo primário é uma idéia recorrente, mas também polêmica na metapsicologia freudiana e designa um estado muito primitivo do ser humano, regido pelo princípio do prazer e articulado com a questão do originário. Laplanche (1986, p. 370) refere-se a ela como o mito primário do retorno ao seio materno.

Alguns autores utilizam a noção de narcisismo primário na tentativa de uma melhor compreensão da dinâmica subjetiva dos toxicômanos e terminam resgatando uma intuição teórica de Freud, registrada na sua carta a Fliess, datada de 22/12/1897, na qual levanta a hipótese de que todas as adições são substitutos e deslocamentos do grande hábito primário: a masturbação – atividade sexual auto-erótica.

Esta hipótese está relacionada com a toxicomania vista como uma tentativa do sujeito para tornar-se independente do mundo exterior, ou para constituir um objeto controlado onipotentemente, que não entra em contradição com o desejo do sujeito. Algo sempre disponível para ser utilizado.

Assim, existe o prazer que pode advir da própria incorporação do objeto, o que para Nogueira Filho (1999), não pode ser desconsiderado, pois, na dependência do toxicômano, as propriedades químicas da droga têm uma importância porque potencializam os mecanismos psíquicos típicos, levando a uma especificidade da toxicomania.

Mas, para a maioria dos psicanalistas, esse prazer que advém das propriedades químicas do objeto não representa o aspecto primordial. Existe o prazer de ter o objeto, de

dominá-lo onipotentemente até torná-lo uma parte de si mesmo, borrando a linha divisória entre o ego e o objeto.

Nas palavras de Herbert Rosenfeld (1968):

[...] a elação, própria ao efeito farmacológico das drogas reativa a crença narcisista do paciente em sua invulnerabilidade e imortalidade. A droga simboliza o objeto ideal que, concretamente, pode ser incorporado, e cujo efeito farmacotóxico é utilizado como reforço da onipotência dos mecanismos de negação e divisão (p. 155).

O essencial, conforme Ocampo (1995, apud Gurfinkel, p. 149), é o auto-erotismo subjacente enquanto ideal narcisista de independência, com a função de repudiar a ausência estrutural de um objeto real e adequado ao desejo.

Temos assim o auto-erotismo como um referencial para compreendermos o drogar-se enquanto ato e o narcisismo, para adentrar na estranha relação que une o toxicômano com seu objeto droga.

David Rosenfeld (1972, apud Gurfinkel, 1995, p.155) supõe uma organização narcisista muito primitiva, caracterizada pela indiferenciação entre eu e objeto, que origina a toxicomania, aproximando-a da simbiose e do autismo, nos quais, inexiste uma diferenciação eu/objeto. Trata-se de conservar o princípio do prazer e de defender os objetos da intromissão da realidade externa. Exterioridade e diferença ferem o narcisismo.

[...] na história pessoal do toxicômano, é muito comum um vínculo muito frustrante com a mãe em períodos muito precoces; esta carência real corrobora uma vivência de mãe interna intolerante às mudanças de humor do filho: o bebê aprende a satisfazer-se com “seios substitutos”, mas sem elaborar um luto melancólico pelo seio perdido (GURFINKEL, 1995, p.158).

O objeto substituto é, por um lado, um objeto do tipo fetiche – objeto coisificado, não humano, quase morto – e, por outro, o corolário de um mecanismo de negação maníaca da perda não elaborada. Sob o signo da onipotência destrutiva, há uma desvalorização e uma degradação do objeto, o triunfo sobre o objeto e sobre a dor sofrida pela perda.

Segundo D. Rosenfeld (1972), a droga seria exatamente este tipo de objeto substituto. A intoxicação tenta recuperar um vínculo com objetos primitivos e perdidos ligados com sensações e fantasias relativas à pele e ao ar; uma estratégia regressiva a um tipo de relação indiferenciada.

Nogueira Filho (1999) salienta o passo teórico importante que é reconhecer uma função estruturante do efeito farmacotóxico. A droga permite ao toxicômano tentar unir sensações corporais, que representam os vínculos com um objeto. Um organizador precário, que funciona como uma cola, ou um adesivo de má qualidade, mas que é um esforço extremo de encontrar algo com função estruturante.

Mas, essa tentativa fracassada – seja por seu caráter maníaco, destrutivo e invejoso, seja por sua natureza coisificada de fetiche, seja ainda pela sua semelhança com a atuação perversa – obtém, como resultado, um continente destruído desde o começo, inútil durante muito tempo, com o qual se gera um círculo vicioso.

A perda do objeto, segundo esta leitura, dar-se-ia justamente na saída do estado de indiferenciação. O luto nunca elaborado da perda conduz a uma repetição fracassada e compulsiva de uma tentativa de restituição do narcisismo primitivo ferido nas suas bases.

A vantagem em considerar um narcisismo primitivo em contraste com um secundário está, principalmente, no fato de, no primeiro, está em ação um funcionamento psíquico mais arcaico, mais próximo ao descrito como auto-erótico, quando ainda não se constituiu o eu e os objetos de maneira diferenciada. A relação eu / objeto droga tem muito das características de indiferenciação. Para o toxicômano, a droga é um pseudo-objeto: este objeto que está fora, mas logo é posto para dentro, logo se dissolve no organismo e perde toda a sua exterioridade.

2. 2. A problemática narcisista frente à falta constitutiva.

Retomemos a questão da relação do narcisismo com a toxicomania sob o ângulo mais estrutural: a questão da falta. A falta constitutiva própria da natureza humana relaciona-se com a impossibilidade de satisfação plena e atua como o motor da própria vida psíquica, possibilitando o surgimento do desejo, que impulsiona o psiquismo a investir os objetos em busca de satisfação.

Segundo Conte (2000), quando o objeto originário se perde, ele é freqüentemente representado por uma série de objetos substitutivos. Nenhum dos quais, no entanto, o substitui plenamente. Esse deslizamento da libido para outros objetos implica suportar a parcialidade estrutural da satisfação, o que expõe o ego a frustrações, e constitui a ferida narcísica por excelência, a denúncia de que a onipotência é ilusória.

Freud (1914) mostra o ideal como uma formação do ego, a partir do deslocamento do narcisismo infantil. Se as ambições do ego narcisista infantil acabam sendo recalçadas, é o ego ideal que se torna o destino desse desejo de perfeição:

Esse ego ideal é agora o alvo do amor de si mesmo (self-love) desfrutado na infância pelo ego real. O narcisismo do indivíduo surge deslocado em direção a esse novo ego ideal, o qual, como o ego infantil, se acha possuído de toda perfeição de valor (idem, ibidem, p.111).

O ideal, por sua vez, pode ser deslocado para um objeto, pelo mecanismo da idealização, expressão de uma intolerância narcísica à realidade do ego e do objeto. Este último pode ser aparentemente um outro, mas está, na verdade, substituindo o ego ideal.

A droga muitas vezes é investida desta roupagem de objeto ideal. Como aquilo que se opõe à frustrante realidade, a idealização da droga está incluída em uma defesa maníaca, que pode ser considerada, juntamente com a identificação ao objeto ideal e o controle onipotente dos objetos, como um mecanismo típico do toxicômano para conseguir a negação de toda

frustração e ansiedade. O próprio efeito da droga realimenta a construção do objeto ideal e confirma o poder deste objeto para apagar a frustração por uma mágica ilusionista.

Freud afirma: “Tornar a ser seu próprio ideal, como na infância, no que diz respeito às tendências sexuais não menos do que às outras – isso é o que as pessoas se esforçam por atingir como sendo sua felicidade” (1914, p. 118).

Mas a condição dessa felicidade, conforme lembra Freda (1989), é eliminar o outro sexual, o parceiro sexual. No interior dela, esconde-se uma recusa, uma rejeição fundamental, a não aceitação do outro, enquanto sexualmente diferente, e, desse modo, a recusa do inconsciente.

A voz reflexiva – “eu me drogo” – evidencia o caráter narcisista da configuração eu/objeto droga. Trata-se, conforme lembra Ocampo (1988, apud Gurfinkel, 1995, p. 83), de uma ação reflexiva na qual o eu é sujeito e objeto da ação. A droga pode ser classificada como um objeto intermediário desta ação do eu sobre si mesmo. Num primeiro momento, isso dá uma certa felicidade; o toxicômano se compraz ao se sentir completo. Cabem aos efeitos secundários do consumo mostrar os limites dessa solução.

Compreender a gênese do ideal no narcisismo permite pensar a droga como ideal expressando uma tentativa narcísica de um prazer sem objeto da realidade. Isso acarreta o risco de se condenar o ideal, como se este fosse necessariamente uma fuga, uma intolerância à norma.

Mas, continuemos perseguindo nosso objetivo de aproveitar ao máximo as diversas visadas metapsicológicas como contribuições à compreensão da subjetividade dos toxicômanos.

Em *Luto e melancolia* (1917), Freud nos mostra que, na escolha de objeto, um componente de agressividade está sempre presente. Por impor uma objeção ao sujeito, o objeto será sempre alvo do ódio da posição narcisista irredutível presente na vida psíquica.

Com a perda do objeto, esse componente aparece com maior força e, especialmente quando não se tem um narcisismo bem estabelecido, essa ferida narcísica é insuportável, tornando impossível realizar o luto. O único recurso que resta para não vivenciar a perda é identificar-se com o objeto perdido e, por um mecanismo de introjeção, passar a tê-lo dentro de si. Mas, este “outro-no-eu” já é um objeto morto. Morto em dois sentidos: porque está ausente, perdido, morto para o sujeito; mas também porque o objeto é destruído e morto pelo próprio sujeito no ato da identificação por incorporação.

Este objeto morto, na identificação narcisista de tipo melancólica, é importante para a questão da toxicomania, pela similaridade com a natureza “coisificada” do objeto-droga. O toxicômano, em busca de reencontrar uma relação objetal primária, recorre a um mecanismo de identificação por introjeção. Mas, no momento mesmo desta incorporação, o objeto é vivido como morto, coisificado, artificial.

Este paradoxo talvez revele a posição impossível do narcisista diante do objeto: deseja ardentemente um reencontro, mas, sobrevém o ódio ao objeto, enquanto aquele que tem o poder de ser instrumento de satisfação que só o ego admite ter. Então, este objeto tem de ser morto.

A princípio, há um desejo que pressupõe o reconhecimento da falta, que o faz dirigir-se a um objeto que espera ser passível de ocupar esse lugar de fonte ou instrumento de satisfação/complementação, mas acontece que a escolha da droga está marcada pelo narcisismo: só há este objeto exclusivo, totalizante.

Não há mais eu, além do eu-objeto (fundidos). Não se trata de um deslocamento metonímico, próprio à dinâmica pulsional, mas sim de uma metamorfose da pulsão que a transfigura diante do objeto totalizante: não há mais falta, não há mais desejo. A dialética das pulsões transformou-se em monismo e inércia, atingiu a sua síntese final.

2. 2. 1. A toxicomania como uma forma de enfrentamento da melancolia

A vida é entediante e fútil.[...] Percebemos que vamos todos morrer sem descobrir as grandes respostas. [...] A gente enche a vida de merda, de coisas como carreiras e relacionamentos, pra ficar livres da idéia de que tudo é inútil. A heroína é uma droga honesta, porque arranca fora essas ilusões. [...] Não altera a sua consciência. Só te dá um soco e uma sensação de bem-estar. Depois disso, cê vê a desgraça do mundo como ela é, e cê não consegue mais se anestesiá-la contra ela.

Irvine Welsh

As vivências de imenso vazio, extrema severidade com o ego, episódios depressivos, desinvestimento em interesses, desilusão e apatia frente aos ideais, muitas vezes, encontram-se abafadas pela sintomatologia do toxicômano, rica em atuações, situações de perigo, atos delinqüenciais.

Essa constatação clínica aponta para a possibilidade de relação entre melancolia e toxicomania, principalmente quando se refere às toxicomanias mais graves. Alguns autores acreditam que a toxicomania tem a função de enfrentamento de um quadro melancólico (Hassoun, 1994; Bittencourt, 1994).

McDougall (1997) também oferece alguns subsídios para pensarmos a toxicomania como uma forma de lidar com a melancolia. Vejamos:

Em suma, proponho que indivíduos que criam uma neo-realidade e neonecessidades em termos de atos e objetos sexuais, a serviço de homeostases libidinais e narcísicas, fizeram um curto-circuito na elaboração da angústia de castração fálico-edipiana; ao mesmo tempo, ao recusarem os problemas da situação de separação e do sadismo infantil, também contornam aquilo que Klein denominou “elaboração da posição depressiva” (p.196).

Em 1924, no texto *Neuroses e psicoses*, Freud nomeia a melancolia e a mania, duas faces do mesmo complexo, como neuroses narcísicas, que se caracterizam pelo conflito entre

o ego e o superego, diferenciando-as das neuroses – conflito entre ego e id – e das psicoses, conflito entre ego e realidade.

Na melancolia, predomina um superego muito severo em relação ao ego e na mania é exatamente uma inversão, uma rebelião do ego, que triunfa sobre o superego. Melancolia e mania são doenças do narcisismo, dos ideais. O mecanismo de defesa das duas, segundo Lambotte (1999), seria a “negação da intenção”, uma negação que não atinge a percepção da realidade, e sim nega que os objetos do mundo externo possam afetá-lo, atingi-lo. O melancólico vê o mundo externo sem ela, sem sentido, sem ilusões, “nu e cru”.

Na melancolia, teria ocorrido uma interrupção brusca no estágio do espelho⁹. A mãe não reafirma à criança o que vê no espelho, nem reconhece esta última pelo seu nome. A indiferença do olhar materno tem como consequência a produção de um vazio que habita o corpo da criança. Pelo fato de não se ver inscrito no desejo do Outro, o melancólico se identifica com um nada, um resto fora de cena.

Esta interrupção brusca da função, no momento em que uma imagem iria se constituir, impede a constituição de um objeto e, por consequência, impede a emergência do desejo. Devido ao vazio, não há lugar para a falta e para o desejo; é bem característica uma suspensão total do interesse pelo mundo, perda da capacidade de amar, inibição de qualquer atividade.

Na melancolia, há uma patologia da relação ao objeto do desejo, tendo como consequência a não constituição do objeto e a não constituição do eu, porque não teria a quem endereçá-los. Este rompimento se dá em direção ao Outro, fazendo retornar sobre si uma energia que escavará um vazio profundo. Ocorre uma queda: um corpo sem moldura e um pensamento sem limites.

⁹ Lacan introduziu o conceito de estágio do espelho inspirado em textos de Freud, nos quais o ego não é considerado homogêneo desde o início. A unidade [do ego] se faz com uma nova ação psíquica. E, é a partir dessa nova ação psíquica que o sujeito pode ter acesso a representações, ao simbólico.

Em relação a esses aspectos, Conte (2000) observa, em sujeitos toxicômanos, a dificuldade de consolidar uma imagem de si e a exposição a um gozo sem limites, no qual os toxicômanos se precipitam.

A imagem especular oferece à criança a imagem intuitiva do seu próprio corpo e da relação de seu corpo com o mundo. Para o sujeito melancólico, ocorre uma entrega a um Outro que desapareceu brutalmente, no momento em que iria se constituir uma imagem. Pelo fato de não se ver inscrito no desejo do Outro, o melancólico se identifica com um nada, um resto fora da cena. Esta interrupção da função impede a constituição de um objeto e a emergência do desejo.

A perda do objeto está subtraída da consciência, e pela identificação narcisista, pela fusão objeto-ego, característica do narcisismo primário, a perda do melancólico é uma perda do ego. “...a sombra do objeto caiu sobre o ego...” (FREUD, 1917, p.281). Por isso, o melancólico não tem vergonha diante dos outros das queixas que faz de si mesmo, porque, no fundo, elas se aplicam a uma outra pessoa. São reprovações contra o objeto de amor dirigidas ao ego.

O melancólico vai tentar não considerar o objeto. Isso quer dizer que, sendo o objeto qualquer um, ele também é ninguém, ou seja, todos os objetos se equivalem, não havendo um que o seduza, uma vez que antecipa a desilusão que o objeto lhe causará. O melancólico cai numa perda maior e irremediável de algo que não tem representação.

Isso ocorre, segundo Lambotte (1999), porque o “objeto a”¹⁰, ao qual se identifica, está enovelado no vazio da castração primordial (Real¹¹), deixando de suscitar o desejo, barrando

¹⁰ Termo que designa “a causa do desejo que se furta ao desejo”, a ponto de ser não representável, ou de se tornar um resto não simbolizável. É o objeto vazio da pulsão, que não funciona de modo autônomo, mas como um segundo fundo para os objetos das pulsões parciais.

¹¹ Termo empregado por Lacan como substantivo para designar uma realidade fenomênica que é imanente à representação e impossível de simbolizar. Utilizado no contexto de uma tópica, torna-se inseparável dos outros dois componentes desta, o Imaginário e o Simbólico. Às vezes, é usado com letra maiúscula como substantivo para diferenciar do real referente à realidade.

definitivamente o campo de investimentos. Portanto, ao escapar do complexo de castração, o melancólico cai numa perda maior e irremediável de algo que não tem representação.

Quanto à toxicomania, observa-se o fato de o toxicômano eleger a droga como o equivalente geral de todos objetos, deixando de fazer outros investimentos, como se estivessem destituídos de valor. Enquanto a droga, além de dar prazer, produz o Efeito, a montagem toxicomaniaca está funcionando. A partir do momento em que o toxicômano passa a não obter mais o Efeito, como forma de proteger-se do desejo, depara-se com a fragilidade desse tipo de solução. O toxicômano se desilude em relação à droga e acaba por se identificar com ela, todos os objetos voltam a se equivaler. Ocorre o retorno à posição melancólica; seria, então, o popularmente chamado “fundo do poço”.

Hassoun (1996, apud Conte, 2000), relaciona a melancolia à origem da toxicomania. A droga se presentifica no sujeito, não permitindo que ele se confronte com o impasse, o enigma de uma ausência, o que lhe impede de saber que perdeu e o que perdeu, não podendo realizar o luto. Mas, o sujeito termina por se confrontar com o impossível da tentativa de anular a perda, que, mesmo faltando na série significante, está excessivamente presente.

Nestes casos, a droga instala-se na vida psíquica do toxicômano com uma função, chegando a reger a existência do sujeito. O tóxico viria preencher a ausência enigmática que não cessa de apresentar-se compulsivamente. Assim o toxicômano não cessa de escrever sua posição de resto, identificado com a droga na sua versão de impotência. Expõe-se como refugio, como única forma de ainda falar algo de seu desejo.

Hassoun (1996) considera que o toxicômano toma a droga primeiramente para sentir-se rei, mas termina, em seguida, por confundir-se com ela. O toxicômano não deseja a morte, e sim aponta para a podridão, o refugio, o resto, em sentido lacaniano.

Se a toxicomania foi, para o melancólico, uma tentativa de construção de uma ilusão, de constituição de uma imagem, de uma identidade pela designação ‘sou toxicômano’, pode-se constatar de antemão que esta tentativa é fracassada, pois ele acaba encontrando-se repetidamente com o resto, com o corpo real (CONTE, 2000, p. 177).

2.2.2. A toxicomania enquanto função estruturante: a operação *farmakon*¹².

Uma relação de objeto tipo narcisista é a paixão, quando o sujeito ama aquele que possui a perfeição que falta ao ego para chegar ao ideal, um objeto que idealmente preenche qualquer falta e o poupa de enfrentar a falta constitutiva e a ferida narcísica do ego.

Segundo Freda (1988), freqüentemente, os toxicômanos tratam a droga como uma pessoa, falam dela através de metáforas da relação amorosa: “Ela não me deixa viver”, “Ela se impõe a mim”, “Ela sempre ganha”, “Ela é mais forte do que eu”, “Não sei como fazer para tirá-la de cima de mim”.

Essa espécie de “cura pelo amor”¹³ poderia nos parecer satisfatória se não trouxesse para o sujeito, que prestou o seu investimento amoroso, uma invalidante dependência ao objeto, dependência que marca também a toxicomania. A dependência do toxicômano, porém, em sua especificidade, caracteriza-se por uma relação de assimetria, em que o sujeito inexistente para o objeto investido passionadamente, já que a droga não deseja nada para aquele que a absorve. E, atinge uma intensidade limite que implica a escravidão ante o objeto, objeto exclusivo de um prazer necessário, pois, na toxicomania não há propriamente uma escolha, mas um ser capturado e escravizado pelo objeto; um ser objeto do objeto.

¹² Quanto à transliteração do vocábulo “*farmakon*”, acredito que o modo mais fiel à tradição filológica grega seria grafá-lo da seguinte forma: “*phármakon*”, conforme se encontra em Le Poulichet (1996, p.542). Porém, optei por utilizar a grafia “*farmakon*”, tal qual a forma apresentada na maioria dos textos encontrados que versam sobre este conceito e que ofereceram o material para as citações no transcrito do presente trabalho. Isso porque privilegiei dar uma maior uniformidade a meu trabalho, mantendo a fidelidade às minhas fontes.

¹³ Em “*Delírios e Sonhos na Gradiva de Jensen*” (1907), Freud compara o delírio do personagem ao estado apaixonado e faz uma analogia entre o método empregado nessa obra fictícia e o método analítico. Chamou o tratamento empreendido por Zoé-Gradiva de “a cura pelo amor”.

A dependência do toxicômano se refere a uma “necessidade” a ser satisfeita, que constantemente produz dor, inclusive corporal. Quando a dor aparece, o toxicômano fica impedido de outros investimentos no mundo, inclusive da possibilidade de amar. A dor cria um circuito pseudopulsional que realiza a atividade de ligação direta e causa um empobrecimento do resto da vida psíquica.

Por outro lado, podemos considerar a toxicomania como uma tentativa de saída do narcisismo ferido, uma tentativa de restituição. Cabe-nos interrogar sobre o que pode haver de estruturante na relação do toxicômano com a droga, à maneira de um narcisismo implicado com a constituição do ego e do sujeito psíquico. O que busca ser restituído nesta formação sintomática? E, dada a precariedade dessa saída, por que se persiste nela?

Freud, em *Psicologia de grupo e a análise do ego* (1921), utiliza o termo “formação de massa de dois membros” para explicar a paixão amorosa e a relação hipnótica em que o ego se abandona a um objeto único. O que implica a sujeição para com o objeto amado ou para com o hipnotizador, colocados no lugar de ideal de ego; e a debilitação da iniciativa própria do sujeito. Há um retraimento narcísico pelo investimento exclusivo de um objeto único, que ocupa o lugar do ego. Cria-se assim uma unidade, uma “formação de massa”, uma formação narcisista.

Nesse texto, Freud nos confirma a idéia de um momentâneo desaparecimento da neurose, quando se produz um violento impulso à formação de massa. Isso favorece uma analogia com as toxicomanias: durante o intenso envolvimento com o uso de drogas, desaparece a estrutura clínica e se sobressai o que se caracteriza por episódio toxicomaniaco.

Com essas contribuições, podemos compreender os benefícios das “formações de massa”, tomando as formulações freudianas descritas em *Além do princípio do prazer* (1920), as quais indicam que o sobre-investimento narcisista de um órgão doente ou dolorido – também substituto do ego –, permite o excesso de excitação e exerce uma poderosa influência

sobre a libido. A dor protege do enfrentamento com a falta e o desejo. Assim o surgimento de uma afecção orgânica neutraliza os sofrimentos tanto neuróticos, quanto os melancólicos.

Aqui, o objeto cumpre uma função vital, que é a de neutralizar o efeito traumático ligado à falta. Mas, a formação de grupo de dois ou formação de massa, que serve aos destinos das pulsões de meta sexual inibida, sofrem dessexualização e podem estar a serviço da pulsão de morte.

As “formações de massa” se assemelham à relação fusional, que o toxicômano estabelece com a droga, e também nos dão a dimensão da dificuldade de intervir nessa relação, exigindo mais, transferencialmente falando, do psicanalista.

Este sobreinvestimento narcísico não é um investimento positivo e necessário; ao contrário, trata-se da criação de uma nova forma de patologia, ou de uma montagem que permite neutralizar outros investimentos. A criação de massa subtrai o sujeito, detém o movimento do desejo, recorta as perdas do corpo, para fixar uma dupla dobra narcisista, a qual funciona como um reforço narcísico.

A partir das reflexões de Freud em torno do narcisismo e da formação de massa, Le Poulichet (1990, apud CONTE, 2000, p.150) conceitua a “operação farmakon” como a montagem que considera estar na base das toxicomanias. Dessa forma, “... atribui um estatuto metapsicológico à diferença entre uso de drogas e toxicomania, bem como à diferenciação entre as várias toxicomanias” (TOROSSIAN, 2003, p. 16).

Pensadas desse modo, as toxicomanias não compõem uma estrutura clínica, mas apresentam-se através de algumas peculiaridades. Acentua-se assim o aspecto episódico das toxicomanias em conformidade com o fato de se encontrar, na clínica, toxicômanos com estrutura neurótica, perversa e psicótica. Os episódios toxicomaniacos descaracterizam a estrutura subjetiva do indivíduo, dificultando o resgate de traços singulares no meio de conturbadas manifestações e discursos muitas vezes padronizados.

As toxicomanias são episódicas também porque ocorre o desfalecimento dessas montagens. Os danos causados em curto prazo e a habituação – gradativa perda do usufruto dos efeitos que a droga proporciona – forçam o indivíduo a substituir a modalidade de uso ou a procurar tratamento para deixar o uso contínuo da droga.

Le Poulichet (1996) utiliza metaforicamente o termo filosófico *farmakon* para nomear a operação psíquica que comporta os sintomas toxicomaniacos. Pois, o *farmakon* é descrito por Derrida como um termo de duplo sentido, que pode significar tanto remédio como veneno; ele, ao mesmo tempo, e/ou alternadamente, petrifica e desperta, anestesia e sensibiliza, tranqüiliza e angustia: tem uma função dialética.

O *Farmakon* não seria, nas toxicomanias, senão o remédio de um sofrimento “insuportável”. Quando fixa-se o inefável numa operação, esse é já um segundo tempo, o momento de uma retirada, produziu-se uma fratura que entregou a palavra e o pensamento ao transtorno de um “corpo estranho” tóxico (LE POULICHET, 1987/1990, p.12, 2003, apud TOROSSIAN, p.16).

Segundo Conte (2000), o temor da morte colocaria as pessoas em uma posição frágil, dando lugar a todos os feitiços e às medicinas ocultas. O antídoto a essa fragilidade seria um encantamento diário que nos desembaraçasse do medo da morte. Esse encantamento existe para o toxicômano, sob a condição da presença da droga, sua paixão, que o auxilia assim a suportar seu sofrimento, seu pathos.

A droga se encaixa na vida psíquica do toxicômano, tomando para si uma função como parte de uma montagem, que por sua vez constitui uma tentativa estruturante, a solução possível encontrada. Isso seria uma forma de auto-medicação, ou mesmo uma tentativa de auto-conservação paradoxal. Segundo Fédida (1997), o toxicômano toma o psiquismo como uma afecção, para a qual utiliza o recurso farmacêutico da droga.

Diferentes funções na vida psíquica do toxicômano podem ser assumidas pela droga. O uso ininterrupto de drogas pode servir para que alguns toxicômanos façam uma torção no

lugar que ocupavam na família; ou para que outros consigam chamar a atenção da família para uma psicose que estava encoberta; dentre as demais possibilidades.

Quando uma importante função na vida psíquica é adjudicada à droga, diz-se que esta é transformada em tóxico. É essa transformação que caracteriza a passagem do uso de drogas para as toxicomanias, criando um campo psíquico alterado, no qual os aspectos singulares tornam-se difíceis de serem identificados, pois ficam subsumidos.

Nas montagens toxicomânicas, há um imperativo de tratamento do organismo por um tóxico, único meio de conservá-lo, a cada dia, ao abrigo de uma dor intolerável. Uma dor no corpo, que, ao mesmo tempo, é provocada e anestesiada através de uma técnica de administração do tóxico, enquanto o indivíduo se torna o grande mecânico de seu próprio corpo instrumentalizado.

As toxicomanias parecem paralisar o corpo num tratamento da dor, que realiza uma forma de fechamento narcísico. Toda a alma, toda a libido, todo o mundo parecem resumir-se nesse tratamento do corpo. Assim, Le Poulichet (1996) situa essas formações, de uma maneira geral, nos quadros de superinvestimentos narcísicos de funções de órgão, cujos protótipos seriam os surgimentos de afecções orgânicas e a hipocondria.

Essa autora não está sozinha em seus estudos. Atualmente, segundo Borges e Claudino (2006), novas correntes de pensamento vêm se destacando ao colocar equivalência entre o modo de funcionamento psíquico nas adições e nos transtornos alimentares. Os psicanalistas franceses Philippe Jeammet (1999), Bernard Brusset (1999) e Joyce McDougall (1991) consideram possível a existência de novas adições: comida, exercícios físicos, sexo; e justificam essa aproximação pela semelhança entre os funcionamentos psíquicos.

Jeammet (2005) considera que a conduta adictiva pode ser entendida a partir da necessidade de um suporte na realidade externa extrapsíquica, no qual o sujeito busca o equilíbrio, que não encontra nos seus recursos internos. Recursos estes não desenvolvidos

devidamente nas relações primárias, resultando numa falha na interiorização do papel de cuidador de si mesmo, por meio da criação de representações mentais que substituam as figuras reais primárias.

O investimento do objeto na sua globalidade torna-se possível na medida em que a idealização o torna narcisicamente suportável, considerando o quanto tal procedimento supõe de fragilidade e de transposição possível em seu contrário tendo no fundo o risco da decepção (JEAMMET E CORCOS, 2005, p. 70).

Tal situação poderia gerar um apego excessivo aos objetos (compulsão alimentar e dependências) ou a imposição de uma medida de oposição e conflito como forma de lidar com as ansiedades persecutórias advindas da importância dada ao Outro, ora negada. Assim, a anoréxica, por temer o poder do objeto, busca afirmar sua identidade, diferenciar-se e fugir da dependência, estabelecendo uma relação de domínio e de substituição de uma relação humana por outra material, aparentemente mais fácil de controlar.

Brusset (1999) fala da existência de um curto circuito nas representações mentais, que são substituídas pelos efeitos psíquicos provocados pela ação fisiológica dos “objetos de consumo”.

McDougall (1991) também ver o ato adictivo como uma tentativa de liberação de estados afetivos penosos ou excitatórios, sendo o objeto aditivo experimentado como bom, porque contempla uma promessa de prazer e afastamento da angústia. Ele é investido de qualidades mágicas, como uma tentativa psicossomática de reduzir sofrimento e conflitos psíquicos. Porém, os objetos aditivos só oferecem alívio ao sofrimento momentaneamente; com o fenômeno da habituação, o sujeito torna-se verdadeiro escravo do tóxico.

Para Le Poulichet (1970, apud CONTE, 2000), a experiência clínica com pacientes toxicômanos confirma que, de fato, em muitos casos, a angústia e as formações de sintoma desaparecem, quando a montagem da toxicomania exerce suas funções, ressurgindo apenas quando esta é posta em xeque.

Partindo do conceito de operação *farmakon* e tomando como indicador o estado da subjetividade do sujeito na relação com o Outro, Le Poulichet (*ibidem*) identifica duas lógicas toxicomânicas distintas: a toxicomania de suplemento, menos grave, quando se realiza uma forma de suspensão da dinâmica dos conflitos psíquicos no contexto de uma organização neurótica; e a toxicomania de suplência, mais grave, quando a operação *pharmakon* é mais radical, como uma última tentativa de reunir e conservar um corpo ameaçado de invasão – invasão pelo gozo do Outro.

As toxicomanias de suplência tomam o tóxico em sua função de defesa primária como suporte do Outro e as toxicomanias de suplemento têm o tóxico na sua função de defesa secundária como forma de enfrentar-se com a castração. O que faz Conte afirmar o seguinte:

Podemos associar o “tóxico” na suplência submetido ao registro do narcisismo primário como defesa primária; na perspectiva da montagem toxicomânica de suplemento, o “tóxico” está submetido ao registro do narcisismo secundário [...] (2000, p. 338).

A diferenciação entre suplência e suplemento não tem uma demarcação muito fixa. Nas toxicomanias de suplência pode intervir uma dimensão de suplemento e vice-versa. Mas, essa distinção pode servir como auxiliar ao trabalho psicanalítico com esses pacientes.

2. 2. 2. a. As toxicomanias de suplência

As toxicomanias de suplência caracterizam-se por suprir uma falta narcisista, dando testemunho do desfalecimento do Outro¹⁴, enquanto terceiro. “... sua função é suprir sem cessar a claudicação de uma instância simbólica” (CONTE, 2000, p.163).

¹⁴ Outro: Conceito utilizado por Lacan para designar um lugar simbólico – o significante, a lei, a linguagem, o inconsciente, Deus. Essa noção de Outro é concebida como um espaço aberto de significantes que o sujeito encontra desde seu ingresso no mundo, uma realidade discursiva que determina o sujeito, ora de maneira externa a ele, ora de maneira intra-subjetiva em sua relação com o desejo.

Aqui, a operação de *farmakon* é uma forma de resistir a uma invasão de um fluxo de tipo maternal, na tentativa de produzir uma borda que possa fechar algo do corpo e tapar os orifícios para a invasão do Outro não castrado.

O toxicômano sabe fazer seu corpo funcionar de modo que este se interponha ao gozo do Outro, protegendo o sujeito. Isto ocorre porque há um Real presente e o Outro não garante que a palavra defenda o sujeito. Isso confirma a debilidade do Outro em ser referência, cuidar e orientar. Temos um corpo presente, real e sem representação. “Esses pacientes claramente enunciam um impasse identificatório: parecem interditados para referir a sua posição sexual e para valer-se de um lugar na filiação” (CONTE, 2000, p.164).

A relação entre a toxicomania e a posição melancólica pode ser considerada como paradigmática da lógica subjacente às toxicomanias mais graves, nomeadas por Le Poulichet de toxicomanias de suplência.

Embora Conte (2000) considere que, no início, a tentativa toxicomaniaca tenha uma função de defesa frente a um fundo melancólico; reconhece, na suplência, um dispositivo de autoconservação paradoxal: ocorre um retorno a uma posição de entrega a um fluxo fusional primitivo.

A autora identifica, em muitos casos clínicos, que o corpo parece ter-se elaborado numa “formação de massa de dois”, deixando o sujeito preso, nesse tipo de relação, com a figura materna. Portanto, a toxicomania, propriamente dita, só intervém aí num segundo tempo, para prolongar e limitar, simultaneamente, essa dependência.

Nesses quadros, onde há indícios de uma intensa falência do Outro, pode haver a instalação de uma trajetória de entrega progressiva. O sujeito acaba expondo e sacrificando seu próprio corpo. Essas toxicomanias, de um modo geral, relacionam-se a um estado da subjetividade, caracterizado pela problemática frente à ameaça de ruína do simbólico, o que se relaciona, de um modo geral, com características da estrutura psicótica. Eis um ponto delicado,

pois, por essa semelhança, muitas vezes, o psicótico deixa de ser chamado de louco pelo diagnóstico de toxicomania.

Embora tenham aspectos que lembram as psicoses, as toxicomanias de suplência não devem ser confundidas com estas. O fato decisivo, para diferenciá-las, é que o sujeito engendra a operação de *farmakon* e mantém seu corpo como máquina para controlar o gozo do Outro, para conservar-se vivo. Assim, a função da droga pode ser pensada como tentativa de proteção do sujeito ao fluxo maternal, em quadro como melancolia, fobia, pânico, desamparo, casos limítrofes.

Hassoun (2000, apud Conte), concordando com o fracasso no estágio do espelho, fala que o assassinato da Coisa (das Ding)¹⁵ não se realizou completamente. Então, não há distância da Coisa; conseqüentemente, o gozo incestuoso não se tornou impossível, o que impossibilita o desejo. A sublimação seria uma forma de interditar a Coisa e elevar a droga, não mais como um fim em si mesmo, mas como um meio de viabilizar outros investimentos. Com a sublimação, a droga é elevada ao estatuto de Coisa interdita, sem possibilidade de realizar um gozo do Outro. Há uma modificação da relação do sujeito com o objeto droga.

2. 2. 2. b. As toxicomanias de suplemento

O termo suplemento refere-se à parte que se adiciona ao todo para ampliar, ou aperfeiçoar, ou para preencher qualquer lacuna, como um complemento. As toxicomanias de suplemento são formações de próteses narcisistas, buscadas para sustentar a imagem narcísica. Elas auxiliam a enfrentar as discordâncias entre a imagem real e a imagem ideal e a

¹⁵ A Coisa, segundo Lacan (1997), é o que está desde sua origem radicalmente estrangeiro, inassimilável, designado como ausência ou buraco. É o objeto primordialmente perdido, a mãe primordial, arcaica. O simbólico é o assassinato da Coisa.

determinar uma postura para ajustar uma imagem narcísica, (re)injetando uma imagem de perfeição.

O sujeito não está tão abandonado ao fluxo do tipo materno, mas necessita de proteção. Aquilo que acalma e limita o gozo do Outro está no próprio corpo e é tratado como objeto. O que pode legitimar esse recurso é a busca de um suplemento fálico imaginário, algo que não teria sido dado ao toxicômano e este considera que o outro dispõe. Nessa montagem, ocorre a suspensão do desejo na narcose; o indizível serve para que não haja palavras e o sofrimento seja anestesiado.

Le Poulichet (1990, apud CONTE, 2000) relaciona suplemento com depressão: ambas são formas transitórias ou crônicas de organizar certa resposta às questões da falta. O que vai ao encontro da distinção elaborada por Berlinck (1988, apud CONTE, 2000, p.178), segundo a qual a depressão pode ser vista como um estado de luto, manifestando-se sem culpa, diferentemente da melancolia.

É freqüente a descrição de estados depressivos na história de vida dos toxicômanos, antecedendo a instalação da operação farmakon. “Eu já fazia uso, mas este se intensificou muito quando me separei”. (entrevistado1). Sofrer equivale a ser castrado e a operação de farmakon favorece o incremento do narcisismo para evitar o sofrimento.

Nesses casos, a operação de farmakon tem a função de dar uma nova configuração ao vazio da depressão. O paciente teme enfrentar esse vazio, no processo de tratamento, porque tanto a abstinência como a angústia que advém da dor produzem novos períodos muito depressivos. O uso de drogas está a serviço da reparação de uma falta constitutiva.

Nas toxicomanias de suplemento, vemos os efeitos da operação da metáfora paterna, mesmo que de forma debilitada. Nas neuroses, a operação de farmakon é uma forma de driblar a insatisfação histórica, ou a impossibilidade obsessiva. Esta forma de toxicomania

encontra-se ainda nas neuroses que associam aspectos perversos, como forma de não se enfrentarem com a castração.

Nas perversões, a operação de *farmakon* visa alcançar a suspensão do desejo próprio, impedido pela identificação com o falo. Para Conte (2000), o tóxico não é um fetiche, é um agente externo controlável pelo saber e utilizado como instrumento colocado a serviço do perverso na tentativa de alcançar o gozo do Outro. É um agente de controle e de conservação de um falo imaginário.

Se os perversos, segundo Calligaris (1986, apud CONTE, 2000, p.180), não se perdem na mãe, porque não se perderiam em um gozo, cujo saber eles é quem possuem; Le Poulichet (1990, apud CONTE, 2000, p.180) propõe que, nesses casos, a toxicomania que pode se instalar é a de suplemento.

De um modo geral, podemos dizer que a toxicomania de suplemento se caracteriza ou por uma problemática fálica (neuroses), ou por uma problemática frente ao exercício de um saber que afirma e desmente a Lei (perversões).

Porém, há intersecções entre suplência e suplemento. Le Poulichet diz que uma toxicomania de suplemento, que tem a função de dar uma nova configuração ao vazio da depressão, pode passar para uma toxicomania de suplência, quando a depressão estiver a serviço de acalmar a queda do Outro. O Outro é então devastado e não sustenta mais uma destinação. O fantasma, que media a relação do sujeito com o Outro, fracassa em se constituir.

CAP. 3 – TOXICOMANIA E PULSÃO DE MORTE

Quando cê vê o sangue do seu nariz cair no chão naquela quantidade [...] acabou a festa. Macheza de viciado? Que nada. Necessidade de viciado. [...] O eu que tá esmigalhando os comprimidos diz que a morte não pode ser pior do que não fazer nada pra interromper esse declínio persistente.

Irvine Welsh

Com a entrada em cena da pulsão de morte e a proposição de uma nova dualidade pulsional fundamental, há um rearranjo teórico de tal envergadura que quase todas as noções têm de ser ressituidas. Os paradoxos e controvérsias se multiplicam, mas continuamos investigando a diversidade de concepções e aspectos de cada conceito e pesquisando qual a possível fecundidade de cada um para o pensamento clínico sobre os toxicômanos.

Em *Além do Princípio do Prazer* (1920), Freud redefiniu a pulsão como uma tendência própria do organismo vivo de retornar ao estado inanimado, aproximando-a muito mais de um princípio geral do funcionamento psíquico, ou da manifestação da inércia da vida orgânica.

Se antes a pulsão era uma força constante e tinha como propriedade fundamental uma pressão irreduzível, agora ela se torna justamente a tendência a eliminar a influência de forças pelo retorno a um hipotético estado anterior. Uma tendência à descarga das tensões até o nível zero, denominada agora de princípio do nirvana.

Ocorre também uma ampliação para o campo biológico: a pulsão não é mais a expressão do especificamente humano, que antes estava ligada ao conceito de sexualidade. Porém, a morte que está em questão não é, em primeiro lugar, a morte do indivíduo biológico, mas a morte da instância psíquica do ego, que representa os interesses do ser. A pulsão de morte tem a auto-destrutividade como representante psíquico. Só secundariamente ela indica também a morte infligida aos outros.

Ademais, podemos considerar que tudo o que havia sido antes descrito como pulsões, constitui agora as pulsões de vida, ou Eros, que tende a conservar as substâncias vivas e condensá-las em unidades cada vez maiores.

A proposição da pulsão de morte não teve uma formulação unívoca e estática. Para propor este conceito, Freud utiliza diversos referenciais clínicos, que se relacionam à diversas acepções, das quais podemos discernir duas grandes concepções diferentes: a compulsão à repetição, a qual visa o domínio da excitação tendo a ligação como princípio subjacente; e o princípio de destruição, que pode aparecer no sadismo, no masoquismo, na culpabilidade e nas diversas formas de desagregação.

A questão que permanece hoje para a psicanálise atual é como lidar com esta duplicidade de acepções da pulsão de morte, encontrada no próprio texto de Freud. No presente estudo, trabalharemos com as duas acepções de pulsão de morte, operando com as suas tensões.

Outro aspecto que traz conseqüências importantes é a idéia de uma pulsão silenciosa, que se refere à impossibilidade de termos acesso direto a Tânatos. Assim, colocam-se os riscos de, por um lado, se utilizar a noção de pulsão de morte indiscriminadamente, sempre que estivermos diante de um gesto agressivo, podendo-se, inclusive, pender para uma interpretação moral que equipare de maneira simplista a pulsão de morte com a maldade do homem. Por outro lado, nos encontramos com a tendência de transformar esta pulsão em uma entidade transcendental, que, por sua natureza muda é intangível e incognoscível.

A pulsão de morte não se expressa primitivamente, sendo mais conhecida por sua aliança com a sexualidade no sado-masoquismo. Mas, Green (1988) considera que há formas de destruição que dão a forte sensação de que não comportam este modo imbricado das duas pulsões. É o caso do suicídio nas formas graves de depressão e da desintegração do eu nas psicoses.

Para este autor, a clínica psicanalítica contemporânea não tem dificuldade para identificar formas aparentemente não intrincadas de destrutividade, como nas neuroses graves, nas estruturas narcisistas, nos casos-limite, nos sentimentos de angústia impensável, temores de aniquilamento, sentimento de desvitalização ou de morte psíquica, etc.

Gurfinkel (1995) acredita que podemos acrescentar a esta lista de situações clínicas o problema da toxicomania e para trabalhar a articulação desta com o conceito de pulsão de morte, escolheu três aspectos principais: a compulsão repetitiva, o princípio de nirvana e o referencial da destrutividade. Roteiro que seguiremos também, a seguir.

3. 1. A compulsão repetitiva e o toxicômano

A toxicomania caracteriza-se fundamentalmente por uma conduta repetitiva: uma compulsão irrefreável leva o toxicômano a recorrer sempre de novo à droga. Difícil é avaliar, na toxicomania, o interjogo entre a compulsão à repetição e o princípio do prazer; pois, a busca primordial é justamente a do prazer na sua radicalidade. Que tipo de prazer é este, como podemos entender o prazer na sua radicalidade?

Segundo Ocampo (1995, apud Gurfinkel), há uma distinção importante. Por um lado, o momento do encontro com a droga, a chamada lua-de-mel, que pode ser compreendida à luz do princípio do prazer: a droga estimula o funcionamento primário da mente e, por uma ilusão química, facilita a evitação da frustração própria do princípio de realidade. Por outro lado, o desencadeamento da toxicomania propriamente dita, um segundo momento que nem todo usuário de drogas atinge, se caracterizaria pela compulsão repetitiva.

Gurfinkel (1995) dá um passo além, afirmando que a característica própria da toxicomania é a compulsão repetitiva, mas, paradoxalmente, esta compulsão não é simplesmente um desaparecimento do prazer, como a primeira proposição pode nos fazer pensar, mas uma radicalização do prazer ou do seu princípio.

A toxicomania é um exemplo clássico de situação clínica que interroga e põe em cheque a primeira teoria das pulsões, assim como seu corolário, o princípio do prazer. O além do princípio do prazer é, em parte, a radicalização do aspecto econômico do princípio do prazer, ou seja, a tendência ao nível zero de tensão; estando relacionados com os limites da clínica psicanalítica, os limites do bem-estar e da felicidade do homem. A radicalidade de diversas experiências humanas como a guerra, a psicose, a incessante busca de poder e de prazer, nos confronta com a radicalidade constitutiva do psiquismo humano; dentre essas experiências, encontramos também a toxicomania.

No primeiro tempo, o encontro com a droga é a explosão do prazer. O tempo do pavor surge com o domínio da compulsão repetitiva. Toda busca de drogas passa a ser motivada pela tentativa de afastar esse pavor; uma busca, agora urgente e compulsiva, de caráter negativo.

Mas, o horror do toxicômano é um horror sem nome, é o horror à dor da falta da droga, a falta de um objeto que não dá margem a metáforas ou metonímias, não estando ligado por vias associativas a outras idéias. Isso nos leva a relacioná-lo com a definição de pulsão de morte: uma energia desligada e livre, regida apenas pelos processos psíquicos primários, manifestando-se de forma compulsivamente repetitiva. Compulsão esta sobre a qual o ego não tem controle algum.

Buscar o prazer e evitar o desprazer – duas tendências que podem parecer similares à primeira vista – têm suas significativas diferenças realçadas. A busca do prazer envolve um aumento de tensão, e é justamente o que a pulsão de morte não tolera; evitar o desprazer é outra coisa, e pode conduzir a uma ação radical: a eliminação das funções de pensamento e percepção, ou mesmo a eliminação da função desejante.

Em *O problema econômico do masoquismo* (1924), Freud propõe a seguinte fórmula: o princípio do nirvana (tendência ao zero) expressa a pulsão de morte e o princípio do prazer expressa a aspiração das pulsões de vida.

A radicalidade da pulsão de morte se faz presente quando ela não se contenta com a descarga contingente, parcial e incerta da experiência de satisfação e busca a eliminação da própria fonte da perturbação. Podemos nos indagar sobre o ponto em que o sujeito abandona a busca e a esperança de prazer e ganha o trunfo da eliminação do desprazer, a sombria solução final.

Podemos pensar que, ao invés da substituição da “busca de prazer” pela “eliminação do desprazer”, ocorre a sobreposição das duas tendências, ou uma espécie de acordo semelhante ao mecanismo perverso da denegação: ao mesmo tempo em que a fonte de desprazer e de perturbação é reconhecida e tolerada, ela é anulada por uma alucinação negativa. Seria esta a alquimia através da qual o toxicômano cria a sua neo-realidade?

O modelo de Ocampo (1988, apud Gurfinkel, 1995, p. 207) supõe uma experiência originária de insatisfação, vivida efetivamente pelo toxicômano, ou constitutiva do psiquismo, reativada pelo processo regressivo desencadeado com a espiral da intoxicação.

O que nos importa guardar deste modelo é que se a compulsão repetitiva do toxicômano se instala como resposta a uma vivência traumática que põe de lado o princípio do prazer, é aí que uma negatividade se instala. Vale dizer, a experiência originária de insatisfação, atualizada por efeito da droga, expressa a negação radical do toxicômano de aceitar a mãe como sujeito desejante, à medida que o desejo materno revela a falta do objeto. A ação desta negatividade se expressa no momento do desencadeamento da toxicomania propriamente dita. É uma progressiva transformação do objeto da pulsão em coisa. À medida que o horror à dor da falta toma conta do toxicômano, o objeto se transforma em coisa.

A compulsão repetitiva traz em si tanto a negatividade quanto a positividade. Nela, haveria uma tentativa psíquica de ligação, que não deixa de ter um caráter positivo. A sua meta é administrar um excesso insuportável. Trata-se do repúdio sistemático a abrir-se a qualquer experiência nova, já que a única tarefa possível é digerir uma experiência traumática não elaborada: aí a repetição ocupa todo o campo da experiência. A consciência fecha-se em um movimento defensivo.

Porém, a compulsão à repetição abriu caminho para a pulsão de morte, mas tornou-se insuficiente para dar conta de sua negatividade mais radical. Os referenciais utilizados por Freud – o sonho traumático, o jogo infantil – não seriam hoje considerados como prototípicos da pulsão de morte, pois esta deixou de ser uma forma defensiva extrema para ser a “solução final” do desligamento diante da perturbação intolerável.

É de fundamental importância poder compreender, na clínica e na metapsicologia, os determinantes que dão conta do duplo aspecto trazido à tona pela segunda teoria pulsional, a negatividade e a positividade. A repetição pode ter uma conotação tanto destrutiva como construtiva. Como podemos pensar uma positividade e uma negatividade na toxicomania? Como considerar uma função estruturante e uma função desestruturante, de ligação e de desligamento? Como vimos, a teorização sobre a operação *farmakon* contempla esses aspectos paradoxais da toxicomania.

A toxicomania não é um quadro unívoco, mas multifacetado e multideterminado. Andrés Rascovsky (1995, apud Gurfinkel), partindo da idéia de que a finalidade mais geral do uso de drogas é a busca de um “bálsamo narcotizante” diante do narcisismo ferido, propõe a divisão dos usuários em três grupos clínicos: (1) os que usam a droga como facilitador de reafirmação do Eu; (2) os que a utilizam como alternativa frente ao mundo exterior; e (3) os que a usam de forma a interferir no circuito pulsional e dismantelar a organização do aparelho psíquico. Em cada um desses grupos clínicos, a droga assume uma função estruturante própria.

A compulsão à repetição é o princípio da descarga independente dos meios, independente do princípio do prazer; neste sentido, ela pode ter um caráter tanto destrutivo como elaborativo. Esta é a proposta inicial de Freud. Mas, o progresso da pesquisa psicanalítica foi revelando como a exigência de descarga, no limite, conduz a um processo de negatividade, o que elevou a destrutividade ao estatuto de representante da pulsão de morte.

3. 2. Princípio de nirvana: articulando narcisismo, pulsão de morte e toxicomania.

Retomar a problemática do narcisismo à luz da segunda teoria das pulsões é uma tarefa não realizada por Freud e que pode fazer surgir um material significativo para a clínica psicanalítica contemporânea, principalmente à crescente clínica dos estados de vazio, da tendência ao desinvestimento e de uma procura da indiferença aos objetos que encontramos nas filosofias orientais.

O princípio de nirvana, como expressão da tendência da pulsão de morte, é a busca de um estado de paz, no qual se confundem necessariamente êxtase e morte. Para compreender a anterioridade deste estado, Gurfinkel (1995) resgata a noção de “sentimento oceânico¹⁶”: o resíduo de um ego primitivo indiscriminado (indiferenciação eu-objeto), nostalgia de um narcisismo ilimitado ao qual se deseja voltar.

Nele, as perturbações advindas das frustrações que a realidade e o objeto infligem desaparecem juntamente com os limites do ego, e reencontra-se a paz. Mas, isso tudo ao preço de se eliminar as funções psíquicas e o processo secundário como conquistas do crescimento psíquico.

Essa articulação entre narcisismo e pulsão de morte pode enriquecer a compreensão tanto de fenômenos culturais e religiosos, como do próprio sentido do além do princípio de

¹⁶ Noção preterida por Freud (1930), quando muito colocada em papel secundário em relação à importância do desamparo infantil e da nostalgia do pai na determinação do mal-estar na civilização.

prazer, pois possibilita uma aproximação entre a radicalidade do princípio do prazer e a radicalidade do narcisismo, como expressões de uma mesma negatividade por desligamento, própria da pulsão de morte.

Valorizar o “sentimento oceânico” implica no risco de uma certa idealização deste sentimento, encobrindo os aspectos destrutivos revelados pela pulsão de morte. No caso da toxicomania, o problema desta idealização não é para ser desprezado, já que o misticismo que ronda a experiência com a droga é muitas vezes uma roupagem sedutora que esconde um processo de caráter mortífero.

Hanna Segal (1988, apud Gurfinkel, 1995) demonstra que a negação da separação e o desejo de fusão com o objeto são necessariamente acompanhados de destrutividade. Esse movimento pode ser entendido como o desejo de retornar ao ventre da mãe, mas uma vez que se experimentou a vida, o retorno ao ventre é um processo violento, mutilador, uma expressão violenta da pulsão de morte. A autora refere-se aos toxicômanos: eles aparentemente procuram o nirvana, mas aquilo em que entram é um processo extremamente auto-destrutivo.

Para Gurfinkel (1995), Segal sub-aproveita uma idéia muito fecunda: o que caracteriza o nirvana é justamente este paradoxo do absoluto (êxtase e morte), a radicalidade da existência de prazer que implica em um repúdio da realidade e em destrutividade. Em alguns casos, o uso de drogas não chega a este absoluto da destrutividade e tem a função de abrir um espaço de ilusão para a criatividade. Mas, ajustam nossa escuta para os níveis extremos da tendência ao nirvana, encontrados nos toxicômanos mais graves.

Para esse autor, o nirvana é o pivô central da articulação entre narcisismo e pulsão de morte. A tendência à tensão zero e de retorno ao inorgânico – definição de pulsão de morte sempre questionada e de difícil operacionalização – ganha significado ao compreendermos que a vida perturbadora, objeto desta ação eliminatória, é o trabalho de Eros - que é a causa do sofrimento e do crescimento psíquicos.

É a aproximação entre narcisismo primário e a pulsão de morte que levou Green (1988) a propor a expressão narcisismo negativo, ou narcisismo de morte. Para ele, o narcisismo primário é o limite do que podemos conceber como uma forma total de inexcitabilidade, que pode ser associado ao narcisismo do sono. No narcisismo de morte não há ilusão, não há dimensão de jogo e de sonho, só o vazio. Em contraposição, o desejo e o sonho são indícios de Eros.

A meta da pulsão de vida seria garantir a função objetalizante, ou seja, transformar estruturas em objeto, desde que neste trabalho psíquico se mantenha o investimento significativo. A meta da pulsão de morte é a função desobjetalizante pelo desligamento, no qual não só a relação é atacada, mas também o eu e o próprio investimento.

Na segunda teoria pulsional, o lugar paradoxal do ego e do seu investimento – retomado e desenvolvido por Green (1988) – já estava presente, embora não elaborado plenamente por Freud. O ego, por um lado, auxilia as pulsões de morte, quando da dessexualização correlata ao seu investimento próprio da sublimação, dissociando Eros de Tânatos e liberando a energia deste último. Por outro lado, aspira por viver, por ser amado e por reproduzir a vida constituindo-se como representante de Eros.

A duplicidade do narcisismo ajuda a esclarecer o sentido do narcisismo primário em contraste com o secundário. Além disso, afasta-nos do perigo de uma possível visão moral do narcisismo como algo que implica exclusivamente em anulação do funcionamento secundário e no ataque às funções psíquicas.

É necessário poder esclarecer quando, como e por que o narcisismo é estruturante ou destruturante. Este modelo permite-nos operar melhor com a dupla função da droga para o psiquismo – estruturante e aniquiladora – já percebida na prática clínica.

3. 3. A destrutividade e o toxicômano

Com o conceito de pulsão de morte, Freud (1920) constrói a base para a revisão do papel da destrutividade, agora com lugar metapsicológico reconhecido e com estatuto de originária e de constitutiva do pulsional. As ações destrutivas orientadas para o exterior foram compreendidas como secundárias e desviadas da própria pessoa por mediação de Eros.

Em *O ego e o id* (1923), um dos destinos principais da pulsão de morte é a permanência no interior do psiquismo enquanto energia livre que encontra no superego o seu lugar de abrigo.

A partir do que Gurfinkel (1995) elabora em relação ao narcisismo primário, este estado de amor a si mesmo traria necessariamente uma destrutividade implícita que se relaciona com o princípio do nirvana. Mas, segundo este autor, torna-se necessário rever a severidade apresentada pelo superego e o papel dessa instância nas formas mais radicais de destrutividade, como forma de compreender como esta se torna tão presente hoje na clínica dos toxicômanos, especialmente nas suas formas mais graves.

A relação entre a toxicomania e as exigências do superego foi desenvolvida primeiramente por Ernest Simmel (1927, apud SANTIAGO, 2001, p. 128) cuja contribuição resume-se em sua frase: “O superego alcoólico é solúvel em álcool”. Para este autor, o indivíduo que adere ao consumo excessivo de álcool quase sempre carrega consigo as consequências devastadoras de um superego severo e exigente. A embriaguez representaria um meio de aliviar uma esmagadora submissão ao superego, que, como herdeiro do complexo de Édipo, guarda as insígnias paternas.

Tal formulação se baseava numa concepção incipiente de superego, reduzida à função de censura, e negligenciava as últimas elaborações de Freud, em que a instância superegógica

não se resume ao princípio de limitação, mas inclui também o princípio de excesso, de exortação, que se faz valer nas exigências da pulsão de morte.

A suposição de que as exigências ferozes do superego podem ser atenuadas pela prática da embriaguez alcoólica, funcionando como alívio da dor melancólica, é retomada por Santiago (2001), em uma dimensão mais complexa. Ao realçar a dimensão Real da instância superegóica, sua vertente de excesso, de desconhecimento da própria Lei, quase uma espécie de exortação ou mandamento; este autor salienta a importância da relação entre superego e toxicomania.

Portanto, se se considera a relação entre o álcool e o superego, sob a ótica de uma instância imperativa, que, igualmente, mantém intensos laços com o real, a tese de Simmel revela-se mais complexa do que ele próprio poderia supor (SANTIAGO, 2001, p. 132)¹⁷.

A ação da pulsão de morte poderá explicar a severidade superegóica. Tomemos o modelo da melancolia: o sadismo instala-se no superego e dirige-se ao ego. É a agressividade como uma disposição pulsional do homem e que é coartada pela cultura, provocando a introjeção da agressividade no superego, agora dirigida ao ego. A tensão entre superego e ego é o sentimento de culpabilidade manifestado pela necessidade de castigo.

Esta culpabilidade não pode ser compreendida no âmbito da realidade material, mas apenas no âmbito da realidade psíquica. Assim, a severidade do superego tem um duplo aspecto: a severidade como representante da interdição na conflitiva edípica, vivida como aquela que restringe a satisfação pulsional; mas também a sua origem por derivação da agressividade vingativa que o ego infantil dirigiu a esta autoridade que o privou das satisfações incestuosas. Sob o império da necessidade, este ser frágil e submetido teve de renunciar aos ímpetos vingativos e incorporá-los por uma identificação com a autoridade, ficando o ego no lugar do pai, agora vítima desta agressividade coartada.

¹⁷ Nosso objetivo, aqui, não é aprofundar essa teorização. Pretendemos apenas remeter o leitor à existência de mais este caminho possível e fecundo para a abordagem psicanalítica do toxicômano.

Nos toxicômanos mais graves, observa-se uma dependência extrema à ingestão da droga e uma redução da vida psíquica e material, que passam a girar basicamente em torno da droga. A descrição de tal grupo ilustra com muita clareza a destrutividade e a violência da pulsão de morte implicadas nesses casos.

As conseqüências da ação da droga e o objetivo buscado são mais radicais e parecem interferir no próprio circuito pulsional. Assiste-se ainda a uma modalidade de desafio e convivência com a morte psíquica e real relacionadas com sentimentos de desmoronamento interior, experiências de vazio ou de ausência de ser.

A radicalidade destas vivências é bastante alarmante, e normalmente nos conduz a situações de difícil manejo. Andrés Rascovsky (1988, apud Gurfinkel, 1995) propõe que o efeito buscado com a droga é um gozo corporal anobjetal, ou seja, uma queda tensional sem representação: o seu objetivo é prescindir da relação com as representações e da fantasmática intrapsíquica. Por isso, consideram-se as toxicomanias como episódios patológicos que funcionam fora do simbólico.

Nas palavras de Conte:

A opção de lidar com a falta como se fosse uma falta química do organismo é uma estratégia de proteção contra a angústia e a depressão que provocam as exigências pulsionais. Não é por acaso que o enfrentamento com a depressão e a angústia são (sic) os momentos mais propícios para que ocorra a renúncia ao tratamento (1997, p. 34).

Se a diferença potencial entre pulsão e satisfação é o que nos empurra sempre pra frente, este movimento é substituído pelo silêncio tanático ou pela inércia psíquica. O desligamento não se limita às representações, estendendo-se ao corpo e à imagem corporal: o descuido, o abandono e o desinteresse crescente pelo corpo.

Segundo Gurfinkel (1995), a busca do caminho mais curto comporta, então, dois níveis: implica na predominância do princípio do prazer sobre o princípio da realidade, ou seja, na busca da satisfação alucinatória do desejo; e, em outro nível, é a expressão do desejo

de abolir absolutamente o caminho para a satisfação, eliminar qualquer distância diferencial; e a única maneira de fazê-lo é justamente eliminar a função desejante.

A fixação exacerbada ao objeto-droga é a expressão da paixão à independência do toxicômano. O retorno da pulsão ao âmbito da autoconservação vem também para anular o próprio registro da autoconservação, como percebemos no desinvestimento não só da imagem corporal como das próprias funções vitais.

No toxicômano grave, diminuem tanto o amor-próprio como a atenção com as atividades vitais. O uso de drogas tende a anular o registro da necessidade orgânica, como fome, frio, calor, etc. Essas funções se tornam reduzidas a uma paralisação do corpo em função de uma dor generalizada, uma “dor de corpo” que é provocada e anestesiada por meio de uma técnica minuciosa de administração do tóxico.

A clínica mostra que a radicalidade da destrutividade só pode ser compreendida com o desligamento, quando a pulsão de morte se faz presente. A droga, para o toxicômano, tende a perder sua conotação de objeto e se tornar Coisa; interrompe-se assim a errância do desejo e a pressão constante da pulsão. É a função desejante que é atacada, assim como as funções psíquicas (pensamento e percepção), sendo substituídas por uma ação sem representação; e, no limite, o encontro com a droga se torna este reencontro com a Coisa.

O gozo é esse “além do princípio do prazer”, uma queda tensional ao zero que arrasta consigo os investimentos e as ligações. A ligação objetual impõe um limite ao gozo, um nível constante de tensão que entra em contradição com a busca do zero. Uma comoção corporal inédita é atingida pela evitação do circuito representativo e pela facilitação corporal química.

A indiferença típica dos toxicômanos mais graves caracteriza também o narcisismo primário. A banalidade do cotidiano e as relações humanas carecem de atrativo frente à experiência do gozo, da completude e da onipotência, com a droga. Tudo que é diferente e ameaça a grandiosidade do ego é intolerável, conduzindo a uma suscetibilidade extrema e à

total vulnerabilidade na auto-estima. Esse nirvana é certamente mutilador e mortífero, como ressaltou Segal (vide página 70, desta dissertação).

Se a retração narcisista pode transitoriamente inundar o ego, produzindo uma ilusória auto-suficiência frente ao mundo e aos objetos, essa megalomania é totalmente frágil, seguindo-se um transbordamento da indiferença para toda a vida do adicto, que se empobrece e se transforma em vazio e em ausência psíquica. A megalomania é seguida pela angústia desesperadora ou hipocondríaca e as tentativas de reconstrução, como delírios, podendo desdobrar-se em surtos psicóticos.

O desenvolvimento místico que muito freqüentemente surge nesses casos situa-se no âmbito das tentativas de restituição, uma busca de reencontrar através de “entidades transcendentais” as representações internas perdidas. Neste tipo de formação – religiosidade, sentimento oceânico, sentimento de pertença a um ente sábio, bom e poderoso, animismo, pensamento mágico – predominam os processos primários e a onipotência.

Esta vivência fusional mística com perda dos limites do ego e abandono da singularidade individual é o último elo de uma cadeia de desconstituição psíquica na qual de fato a ilusão perde toda a sua capacidade criativa, tornando-se apenas uma tentativa de compensação da morte psíquica e de manter um certo nível de adaptação à vida.

Se o toxicômano está aprisionado em um narcisismo primário absoluto, o desafio passa a ser encontrar uma porta de saída desse “oceano letal”. Como propiciar, então, uma experiência de comunhão que ao mesmo tempo deixe uma brecha para a entrada de Eros, o criador de formas?

3. 3. 1. Destrutividade, superego e toxicomania.

A ação da pulsão de morte acaba por provocar uma interferência no circuito pulsional que atinge tanto o funcionamento mental como a própria estrutura tópica do aparelho psíquico. O ego, por uma regressão ao narcisismo primário, tende a perder os seus limites com o id e com o mundo dos objetos; o ideal do ego, como instância simbólica, tende a desaparecer, juntamente com o código de valores, os ideais éticos, os objetivos de vida e conseqüentemente, o próprio sentido da vida. As instâncias psíquicas da cultura parecem se dissolver com a ação da droga, isto fica claro na perda de qualquer pudor, vergonha, sentido ético ou lei social.

No primeiro grupo descrito por Andrés Rascovsky (vide p. 67, desta dissertação), a droga é utilizada para anestesiar uma severidade descabida e tirânica do superego, que achata qualquer possibilidade de um espaço de ilusão. No terceiro grupo clínico, a compulsão adictiva implica em uma ação muito mais radical de dismantelamento da organização mesma do superego e de seus ideais. É como cortar o mal pela raiz, pois, a perda dos ideais conduz necessariamente à falta de sentido da própria existência; a auto-estima e a existência perdem suas fontes de alimentação, que são a realização dos ideais e as satisfações nas relações objetais.

A única fonte que resta é o gozo, o encontro com o narcisismo primário pela relação fusional com o objeto, e que é atingido apenas através da droga. Essa é a única forma de preencher o vazio psíquico. A droga torna-se o único objeto que pode proporcionar ao toxicômano grave o sentimento de existir. A “prótese mística” tem como finalidade, então, reconstruir a instância do ideal à maneira dos fenômenos psicóticos restitutivos, o que denota o esvaziamento psíquico interno e o dismantelamento do ideal do ego.

Para compreender melhor este desmantelamento psíquico, tentaremos agora investigar, na toxicomania, qual a situação do superego, instância que, para Freud, tinha uma importância muito grande em relação a destrutividade. Faz-se necessária uma discriminação metapsicológica entre as várias dimensões do superego – a consciência crítica, o ideal do ego e o ego ideal – que foi melhor compreendida após Freud.

Se o ego ideal alimenta a fantasia de uma satisfação total, imediata e perfeita, o ideal do ego se constitui sobre um sacrifício da satisfação pulsional, sacrifício que significa um deslocamento do narcisismo para o futuro e para fora de si.

Nos toxicômanos mais graves, há um predomínio do ego ideal, com retenção no narcisismo primário, o que leva Gurfinkel (1995) a supor a existência de uma fratura inicial caracterizada por catástrofes narcisistas com a mãe, ou de circunstâncias que não permitiram uma sustentação libidinal necessária. Haveria uma ação mais radical caracterizada justamente pelo desinvestimento que conduz ao desmantelamento da organização do ideal.

O sadismo do superego implica em um complexo representativo e um investimento psíquico das instâncias, deixando a pulsão de morte de agir como energia livre. É um investimento destrutivo, mas que, apesar de tudo, conserva a organização psíquica.

Kristeva (1989) nos lembra que a linguagem é o recurso de que dispomos diante do traumatismo, mas a possibilidade da linguagem de encadear e transpor depende do luto da Coisa e da adesão a um registro de signos. Se não é possível perder, não é possível imaginar, nomear, pois o ser falante exige um abandono, uma ruptura, um mal-estar.

É muito difícil discriminar e comparar as diversas formas de ação destrutiva da pulsão de morte; os processos de desinvestimento são múltiplos e complexos, mas sempre afetam, de alguma maneira, a estrutura do superego. O importante é que, além do fato do superego, quando patológico, ter uma função desestruturante, devido a sua aliança com a pulsão de morte, ele tem também uma função protetora fundamental.

Freud ressalta este aspecto ao comentar o medo da morte:

Creio que o medo da morte é algo que ocorre entre o ego e o superego. [...] Para o ego, portanto, viver significa o mesmo que ser amado – ser amado pelo superego, que aqui, mais uma vez, aparece como representante do id. O superego preenche a mesma função de proteger e salvar que, em épocas anteriores, foi preenchida pelo pai e, posteriormente, pela Providência ou Destino. [...] Entretanto, quando o ego se encontra num perigo real excessivo, que se acredita incapaz de superar por suas próprias forças, [...] Aqui está novamente a mesma situação que fundamenta o primeiro grande estado de ansiedade do nascimento e a ansiedade infantil do desejo – a ansiedade devida à separação da mãe protetora (1923, p. 75).

Aqui, vemos Freud oscilar entre um modelo paterno e um modelo materno. Porém, o mais importante é que ele nos faz ver que o superego tem uma função primordial de sustento da vida diante do desamparo humano.

Como argumenta Gurfinkel (1995), para ampliarmos nossa visão da relação entre superego e pulsão de morte, é preciso que reconheçamos a função estruturante do superego, secundariamente revelada pela função paterna e pela interdição no complexo de Édipo, e, primariamente, pela função protetora que possibilita a vida.

Se o projeto cultural-civilizatório conduz ao mal-estar, a busca da felicidade plena e absoluta, do prazer sem limites, do gozo, elimina com ela a organização do superego, ou seja, a possibilidade de sobrevivência do homem diante de seu desamparo. Essa situação paradoxal está representada no superego: é necessário criar o superego para que o ego não sucumba à sua insignificância, desfalecendo. Porque o ego necessita de um mínimo de amor do superego para conseguir ser.

Nas palavras de Gurfinkel:

A “saída” do toxicômano grave, supostamente portador de uma fratura narcísica primária, carrega de enxurrada o super-eu perseguidor e o super-eu protetor, e assim elimina a possibilidade de haver amor-próprio. O que resta é a droga, ou o gozo do encontro com a Coisa. O que resta é um malabarismo sobre o fio tênue que separa e une o êxtase e a morte”(1995, p.287).

CAP. 4 - TOXICOMANIA, PERVERSÃO E MAL-ESTAR NA CULTURA

O sujeito busca, pela magia das drogas, se inscrever na rede de relações da sociedade do espetáculo e seus imperativos éticos.

Joel Birman

4.1 - Mal-estar na cultura e os determinantes sociais das toxicomanias

Em *Mal-estar na civilização* (1930[1929]), Freud define o uso de drogas como uma tentativa de solução para o mal-estar, ou seja, um produto em condições de propiciar uma forma de responder ao sofrimento causado pela civilização.

Nesse livro, Freud concebe a civilização como “tudo aquilo que, na vida humana, se elevou acima de sua condição animal e que difere da vida dos animais” (ibidem, p. 94). Tal tese, segundo Santiago (1996), acentua o alcance separador da linguagem, entre o ser humano e os demais animais, e destaca o sentido universal do trabalho da civilização sobre o sujeito.

O trabalho civilizatório definido pela exigência de renúncia à satisfação pulsional, é introduzido pela função paterna. Função que assume, na psicanálise, uma dimensão mítica, a partir de *Totem e Tabu* (1912-1913), e é representada pela instância do superego. No cerne da formulação mítica da função paterna, Freud (1912-1913) identifica a culpabilidade como fato crucial, que se resume em apaziguar as exigências que se relacionam à figura do pai. Sendo assim, é possível afirmar, com Santiago (1996), que:

A partir do sentimento de culpabilidade ligado ao pai [...], Freud localiza a função da droga do toxicômano. O método químico da intoxicação adquire [...] a forma de uma ‘construção auxiliar’ (*hilfsonstruktion*), capaz de atenuar a pressão proveniente do agente paterno (p. 34-35).

Lacan abre novas perspectivas ao retomar as propostas de Freud em *Mal-estar na civilização* (1930) e ao formular a questão do gozo como um imperativo do superego ao ego.

Pode-se dizer que a culpa, considerada por Freud como um móvel essencial da civilização, se torna para Lacan, porção de gozo¹⁸. Pois, para este, “os produtos de substituição não procedem, simplesmente, do sentimento de culpabilidade, mas de uma lógica do discurso, que capta o funcionamento do agente paterno de modo particular” (SANTIAGO, 1996, p.35).

A tese freudiana do impossível da felicidade, inerente ao processo civilizatório, se converte na expressão de um excedente, que Lacan nomeia “mais-de-gozar”, obtido pela renúncia à satisfação pulsional, de cada membro do grupo humano. É por essa razão que a completude do gozo assume um valor puramente mítico, ou seja, “[...] só tem validade para o pai primitivo, para o pai mítico, onde a nocividade do gozo exprime-se por seu retorno sob a forma da gula do superego” (SANTAGO, 1996, p. 35). No sujeito em que a função fálica está presente, o gozo se sustenta pela obediência a uma ordem, que o conduz a abandonar seu desejo e a se submeter ao Outro, o que causa angústia.

Tomando a hipótese do uso de drogas como uma técnica capaz de atenuar, de modo provisório e precário, os efeitos nocivos do gozo, Lacan (1975) realça uma função específica da droga, definindo-a como “aquilo que permite romper o casamento com o pequeno pipi”. Uma tentativa singular de afastamento dos efeitos do Outro e de sua demanda.

Essa função separadora da droga pôde ser proposta em função da análise lacaniana do caso clínico do Pequeno Hans. A angústia de Hans eclode no momento em que o seu “faz-pipi” desperta e ele se sente casado com o falo.

Esse momento, em que intervém, para ele, a presença real do pênis como lugar de gozo, coincide com sua tentativa de situar-se diante do desejo da mãe. [...] Esse caso confirma, de maneira exemplar, o quanto a constituição do sujeito é orientada por sua acomodação ao gozo fálico e como a travessia desse momento não se dá sem a resolução de certos obstáculos decisivos. (SANTIAGO, 1996, p. 35).

¹⁸ Termo que se tornou um conceito na obra lacaniana, com significado distinto do termo prazer, por uma tentativa permanente de ultrapassar os limites do princípio do prazer, movimento ligado à busca da coisa perdida que falta no lugar do Outro e que causa sofrimento. Relaciona-se com um resto de libido não assimilável à decifração, impossível de ser absorvido num saber simbólico e objetivável.

A função paterna vem acudir o sujeito, nesse momento, sendo decisiva para o seu casamento com o gozo fálico¹⁹. As variações no próprio desempenho da função paterna acabam por repercutir na transmissão da significação fálica e na erotização do corpo, que o distancia do Real, Real com que os toxicômanos estão intimamente envolvidos.

Os sujeitos toxicômanos “esbarram com as circunstâncias que envolvem o casamento do gozo fálico com seu corpo” (SANTIAGO, 1996, p.35), configurando-se um impasse. O recurso imperioso à droga é um pretexto para fazer prevalecer a infidelidade do toxicômano diante dessa acomodação necessária ao gozo fálico.

A posição do pai de Hans exemplifica a versão contemporânea da paternidade, caracterizada pelo declínio da imagem paterna. Mas, conforme Freda (1996), o Pequeno Hans teve acesso a um sintoma, porque teve acesso a um significante. O toxicômano, ao invés de ter acesso a um significante, obtém uma significação pura de fórmula “eu sou toxicômano”, que não é um sintoma, mas um efeito de nomeação, uma ortopedia do ego. Um ego não sintomático que é completado pela realidade da droga.

No cenário da contemporaneidade, o ato toxicomaniaco traduz a incredulidade do toxicômano diante das ofertas da civilização, na medida em que ele não confia que o gozo fálico possa agir, separando seu corpo do gozo. Incredulidade que provoca sua forte devoção a essa forma de satisfação direta e imediata no Real do corpo.

O que impulsiona o toxicômano para o recurso à droga é sua aspiração a reduzir o campo de ação e as exigências do Outro²⁰, afastando-se do desejo do Outro. O toxicômano prioriza “cultivar o seu [próprio gozo], independentemente de ser subversivo ou não. O que

¹⁹ Retomando o mito freudiano do pai originário de *Totem e Tabu* (1912-13), esse “ao menos um/homenosum” não submetido à castração, que funda a possibilidade da existência da totalidade dos outros, e representa o esteio da fantasia de um gozo absoluto, tão inatingível quanto o é esse pai originário; Lacan conclui que não há gozo para o homem senão o gozo fálico, isto é, limitado, submetido à ameaça da castração, gozo fálico que constitui a identidade sexual do homem.

²⁰ Termo utilizado por Jacques Lacan para designar um lugar simbólico – o significante, a lei, a linguagem, o inconsciente, ou, ainda, Deus – que determina o sujeito, ora de maneira externa a ele, ora de maneira intra-subjetiva em sua relação com o desejo. Escrito com letra maiúscula, opõe-se a um outro com letra minúscula, definido como outro imaginário ou lugar da alteridade especular.

revela uma destituição de valores e de ideais” (LEMOS & PASSOS, 2004, p. 53). Por isso, o gozo toxicomaniaco pode ser considerado um gozo cínico, por não passar pelo corpo do Outro.

4. 2 – Aproximações entre toxicomania e mecanismos perversos.

A partir da definição lacaniana da droga, muitos autores tendem a pensar a toxicomania no universo conceitual da perversão. Identifica-se o toxicômano à posição de objeto, caracterizando-se o uso perverso da droga, ao se realçar o caráter masoquista dessa prática. Isso, porque o toxicômano se mostra capaz de se fazer de instrumento do gozo do Outro, ele se obstina a satisfazer o imperativo sem lei deste Outro onipotente, que o explora.

Freda (1989) afirma que o toxicômano faz da droga o mesmo uso que o fetiche faz do fetiche, o objeto fetiche marca, por sua presença, a imagem da mãe fálica – que a mãe não é uma mulher e que o pai não é o herdeiro de um discurso que teria constituído a criança, enquanto mandatário de uma lei a perpetuar. A mãe não somente teria um pênis, como o pai não legou um significante que deveria significar esta falta de pênis.

Assim como no fetichismo, a toxicomania seria um sintoma dirigido ao pai. Na literatura, os relatos dos pacientes colocam aqueles que desempenham a função paterna como inoperantes, como pais que se mantiveram à distância ou omissos. Por isso, o toxicômano busca, em relação às autoridades estabelecidas, um corte que o liberte desta relação narcísica com a mãe. Ao mesmo tempo, busca mostrar o fracasso ou inoperância das mesmas e assinalar que ele é sem falhas. Baseado nisso, Freda (1989) teoriza:

Minha idéia é que o uso da droga é uma forma de “trabalhar” a diferença anatômica entre os sexos, o que permite ao sujeito confrontar-se com o outro sexo, sendo a diferença colocada à parte. Quero dizer com isso que o homem toxicômano pode ter relações sexuais com a mulher toxicômana porque ambos estão sob a bandeira da “toxicomania”, ou seja, são ambos da mesma tribo (p.9).

O encontro traumático, nesse caso, é com o ato sexual. O toxicômano pode passar, sem dificuldades, muito tempo sem praticar o ato sexual, isso é algo que não lhe interessa muito. Ele se oferece como objeto do gozo, e se cria todo um fascínio sobre a sua figura, como detentor de um saber sobre este gozo outro, interditado, gozo sem sexo. É a esse gozo interditado, que o sujeito se articula e encontra o seu modo de ser no mundo.

Em oposição à essa tendência de aproximação entre toxicomania e perversão, Santiago (1996) argumenta:

Para estabelecer a aproximação entre toxicomania e perversão seria necessário, portanto, demonstrar em que medida a identificação à posição de objeto, própria à prática toxicomaniaca da droga, é depositária do uso perverso da fantasia. [...] A vontade de gozo do perverso se exerce, antes de tudo, com o objetivo de se identificar com o que se passa no Outro. [...] O sujeito perverso visa à emergência e à cifragem do gozo na divisão do Outro (p.36).

Esse autor considera que há uma grande diferença entre a lógica utilitarista em jogo na perversão e aquela presente na toxicomania. Ele afirma que a prática da droga não se coloca a serviço de uma recuperação de gozo, típica das perversões; nem se presta a um uso assimilável à fantasia fundamental. E, diz: “Se existem toxicômanos perversos, eles não o são na sua relação desregrada com a droga” (SANTIAGO, 1996, p.36).

Partindo de outra perspectiva, a natureza “coisificada” do objeto droga, discutida no capítulo II desta dissertação, remete Gurfinkel (1995) a um paralelo com alguns tipos de perversões, nas quais há uma relação erotizada com corpos mortos – objetos passivos, que não frustram nem se opõem ao sujeito e atendem à exigência de um narcisismo inflexível.

O toxicômano, no seu anseio regressivo por uma fusão com o objeto, procura anular a tensão intrínseca à relação objetal, busca eliminar a realidade da falta que emerge com a constituição de um ego e um objeto diferenciados. Ele é um verdadeiro dependente da unidade. Esta tentativa de anulação acaba por produzir um objeto-ego ideal, mas que é também uma coisa morta.

A falta constitutiva revela-se com a perda do objeto primordial, mas só é concebível com a presença/existência do mesmo. A existência do objeto é a sua vida, é o exercício de sua contingência na oscilação sempre ao acaso entre ausência e presença, frustração e satisfação.

Mas, a falta, que é motor do desenvolvimento psíquico, quando falta – pela impossibilidade de registrar a separação entre o ego e o outro de forma simbólica – faz falta, expressão de Olievenstein e colaboradores (1990, apud GURFINKEL, 1995). O grande drama do toxicômano é a falta de um objeto vivo e de um Eu com as mesmas características: a falta de uma vida psíquica, a falta do desejo. O que é reforçado pela colocação de Jeammet (1999, apud BORGES e CLAUDINO, 2006, p. 430) de que o adicto apresenta uma necessidade imperiosa de experimentar sensações para sentir-se vivo e não para sentir prazer.

Tocamos, assim, em uma verdadeira função desconstituente do narcisismo: eliminam-se a diferença e a distância do objeto, mata-se o mesmo e compromete-se o desenvolvimento psíquico. Elimina-se a falta e, com ela, o desejo e o perpétuo movimento da pulsão, conduzindo a uma situação crônica de “falta da falta”.

As relações entre pulsão de morte e narcisismo nos levam a uma reflexão sobre o significado do auto-erotismo, da teoria da perversão e da sua articulação com a toxicomania. Diversos autores insistem na aproximação entre toxicomania e perversão, indo ao encontro de uma antiga sugestão freudiana de vinculação das adicções com a atividade masturbatória (auto-erótica). Joyce McDougall (1997) propõe que a perversão seja compreendida como uma sexualidade adictiva, na qual o objeto sexual é buscado incessantemente como droga.

O auto-erotismo, como atividade sexual do narcisismo, teria, nos casos de perversão, uma função econômica: sua repetição incessante busca o domínio da angústia, e, pela erotização, procura neutralizar a sua potência destrutiva; paralelamente ao domínio da excitação, há um domínio onipotente e triunfante sobre o objeto e sua rejeição à morte e à castração.

O teatro erótico do desviante sexual é uma reação à angústia de castração e uma proteção diante da imagem introjetada de um corpo defeituoso, acompanhada do sentimento angustiante de morte interna. Certas dificuldades na relação primitiva com a mãe podem levar a uma imagem frágil e mutilada de si mesmo, levando a uma desorganização simbólica que tem como resultado a emergência da necessidade compulsiva. O desvio sexual acaba sendo a única solução erótica possível, uma técnica de sobrevivência sexual e psíquica.

A sexualidade do perverso tem um caráter compulsivo e caracteriza-se pela incapacidade da pessoa de ter relações estáveis ligadas ao sentimento de amor, devido a um déficit na assunção identificatória. Ela se torna um modo compulsivo de impedir a desagregação do self²¹; o ato sexual/droga impede que a raiva se volte contra o self e os objetos, dispersando as forças de violência interna e a perda do sentimento de si.

O predomínio da atuação compulsiva e repetitiva – denotando um déficit de simbolização e uma tentativa de domínio da angústia inelaborável – é outro ponto em comum entre a toxicomania e a perversão. Liberman (1995, apud GURFINKEL), ao propor uma classificação psicopatológica, inclui as psicopatias, perversões e adicções no mesmo grupo: as pessoas de ação, com impossibilidade de pensar com independência da ação. Mais importante que agrupá-las é compreender as relações entre elas, não esquecendo uma especificidade da toxicomania quanto à ação química da droga no psiquismo.

Mas, a toxicomania não se deixa reduzir a qualquer classificação ou estrutura psicopatológicas. Andrés Rascovsky (1995, apud Gurfinkel, p. 248-9) oferece um contraponto a essa tendência de aproximação entre toxicomania e perversão. Partindo da observação clínica da conjunção mais ou menos freqüente entre toxicomania e episódios perversos, ele mostra, no entanto, como esta relação não é automática. Nos casos de consumo intenso de

²¹ Termo usado aqui no sentido empregado por Winnicott para designar uma instância metapsicológica aproximada ao ego, mas que emerge anteriormente a este e se refere ao acontecer no mundo, com o outro.

drogas é a debilidade estrutural da organização narcisista prévia que propiciará a emergência de episódios perversos ocasionais.

Parece que qualquer encaixe nas categorias ou estruturas psíquicas descritas pela psicanálise revela-se insuficiente ou reducionista. Talvez, o caminho mais prudente seja poder compreender as relações respectivas das toxicomanias com os mecanismos psíquicos encontrados nas diversas estruturas psicopatológicas, respeitando a diversidade de formas de uso de drogas e investigando a função do tóxico para cada um.

Rascovsky (1995, apud Gurfinkel, p. 248-9) tenta discriminar grupos clínicos de toxicômanos, apontando a predominância de diferentes mecanismos psíquicos em cada um. No grupo com predominância de mecanismos neuróticos, a droga tem a finalidade de diminuir a severidade do superego e permitir ao ego uma margem de prazer e de ilusão; no grupo com predominância de mecanismos psicóticos, desenvolve-se o misticismo como uma saída delirante à criação de uma neo-realidade; e, embora a conduta perversa possa aparecer nas diversas configurações na forma de episódios mais ou menos ocasionais, torna-se em alguns casos uma modalidade instalada.

Embora estas relações não sejam simples nem esquematizáveis, compreendê-las é de grande utilidade clínica e aprofundar pesquisas sobre elas promete grande fecundidade metapsicológica.

Ao longo da primeira parte do nosso trabalho, percorrendo algumas constelações metapsicológicas construídas por Freud, pudemos abordar diferentes aspectos da toxicomania, realçados por diferentes ângulos teóricos, que podem ser utilizados para aproximações a problemas clínicos. As diversas visadas, cada uma com sua própria lente, mostram-se interessantes e fecundas e, ao mesmo tempo, apresentam seus problemas e impasses, inerentes aos limites do ângulo de visão próprio.

Vimos que, para a psicanálise, a relação com a droga tomou diferentes significações. Compreendê-la como uma estrutura particular parece arriscado, pela própria diversidade encontrada na clínica. Porém, afirmar que seja um sintoma que pode se apresentar em qualquer estrutura – neurótica, psicótica e perversa – não determina a particularidade do problema em questão.

O conceito de toxicomania, mesmo que não seja uma estrutura, pode denominar algumas particularidades, tais como: dificuldades identificatórias, pobreza do imaginário, predileção pelos atos em detrimento das elaborações mentais, dificuldades narcisistas, forte presença do ego ideal, intolerância à parcialidade da satisfação pulsional, e assim por diante.

A toxicomania vem sendo relacionada, por muitos autores psicanalistas, com a perversão, seja enquanto uma patologia específica a ser classificada como estrutura perversa, seja enquanto estados limites, seja como montagem perversa de defesa contra estados melancólicos ou depressivos. Nos termos de Melman: “[...] tudo nos leva a falar de perversão, mesmo se é uma perversão um pouco especial onde o objeto não é representativo do falo, mas onde o objeto vem mesmo negar o falo” (1992, p.81).

Paradoxalmente, o próprio Melman (1992) afirma que qualquer um pode se tornar toxicômano. Por outro lado, no tocante à compreensão da estrutura psíquica chamada perversão, trata-se de um tema complexo e controvertido, que sofreu muitas transformações com a evolução do pensamento psicanalítico. E, atualmente, a própria perversão e o discurso perverso têm sido alvos de muitas pesquisas inovadoras e ainda temos muito a descobrir sobre eles.

Nota-se, então, mais uma vez, que a tentativa de enquadrar o toxicômano na psicopatologia psicanalítica clássica exige sempre adaptações. Diante de tamanho desafio, Nogueira Filho (1999) traz uma proposta inovadora – pelo menos no âmbito do campo psicanalítico – de encarar o uso de drogas em si e os efeitos subjetivos que produz,

modificando o funcionamento psíquico, como o fenômeno ou a vivência que define a questão da toxicomania, ao invés de relacioná-la com uma vivência traumática na história do sujeito.

Apenas citamos essa proposta, a título de informação, pois não é nosso objetivo aqui discuti-la nem aprofundá-la. Se, por alguns aspectos, ela oferece uma válida possibilidade de compreensão, por outros, ela parece muito delicada por incluir o risco de se retornar a um campo que tanto os psicanalistas se esforçam em se diferenciar, ou seja, o campo que tem como suporte o postulado ‘a droga faz o toxicômano’, colocando o toxicômano como produto deste objeto.

Sintoma, estrutura, montagem, modificação da dinâmica psíquica – esse ponto é muito polêmico entre as diversas abordagens, entretanto, ele é importante quanto às condutas a serem adotadas na direção do tratamento.

Porém, o fundamental, o que interessa ao psicanalista, é perseguir a dimensão de metáfora da toxicomania: qual o lugar que a droga ocupa na dinâmica psíquica do toxicômano? Como o sujeito se constituiu um toxicômano? Essas questões só podem ser respondidas por uma “desmontagem dessas formações”, pela construção/reconstituição das múltiplas relações de significações da toxicomania com vários outros elementos da história de vida do sujeito.

PARTE II:
A TRANSFERÊNCIA NA CLÍNICA DA TOXICOMANIA

Analisamos, através de alguns conceitos metapsicológicos, algumas compreensões psicanalíticas da dinâmica psíquica dos toxicômanos. Percebemos o quanto o aporte freudiano se apresenta como campo fecundo para se pensar as relações do sujeito toxicômano com o objeto droga e para se operar inversões de perspectiva, que têm, evidentemente, consequências importantes sobre a prática clínica.

O estudo da metapsicologia só tem sentido em diálogo constante com a prática clínica, visando sempre à ampliação da escuta clínica. Faz-se necessário dar conta das particularidades do sujeito toxicômano e das condições de tratamento, de tal forma que o ato clínico aconteça – ato que significa uma ampliação da compreensão deste particular que é a toxicomania.

Nesta segunda parte da dissertação, nos deteremos exatamente nas possíveis pontes entre os dois campos, da metapsicologia e da clínica. Nosso foco será a observação de como é vivida a transferência no tratamento com toxicômanos: quais as dificuldades encontradas nesse encontro entre o psicanalista e o toxicômano, que condições são necessárias e que manejos são utilizados para a construção de um espaço transferencial nessa clínica específica.

Iniciaremos com o conceito psicanalítico de transferência: sua delimitação teórica, sua trajetória conceitual, sua importância para o processo psicanalítico.

Num segundo momento, com o auxílio de entrevistas realizadas com psicanalistas experientes no atendimento de toxicômanos e de leituras do material científico encontrado (artigos, livros, teses, etc.), estudaremos como a transferência pode acontecer na clínica dos sujeitos toxicômanos e quais as possibilidades de manejo têm se apresentado mais adequadas ou promissoras.

CAP. 5 - O CONCEITO DE TRANSFERÊNCIA

Temer o amor é temer a vida e os que temem a vida já estão meio mortos

Bertrand Russell

Nas relações com aqueles que encontramos no decorrer de nossas vidas, podemos reconhecer marcas das primitivas raízes de nossa afetividade, transferidas inconscientemente e atualizadas a cada nova vivência. Assim, em seu sentido mais geral, a transferência está presente em todas as relações humanas.

Porém, na clínica psicanalítica, sua delimitação conceitual e seu valor foram, gradativamente, construídos ao longo da obra de Freud, que primeiramente definiu transferência como uma forma de resistência, ou uma “falsa conexão” entre afetos vividos no passado e o analista, sendo um fato isolado e superficial que obstaculizava a análise.

De acordo com as necessidades que surgiram com o próprio desenvolvimento da teoria e da clínica, a noção de transferência sofreu transformações, aprimorando-se e conquistando cada vez mais um lugar de destaque na experiência analítica. Essa noção chega a ser reconhecida classicamente, segundo Laplanche e Pontalis (1967), como o próprio lugar, em que se realiza o tratamento psicanalítico, uma vez que este último se caracteriza pela sua instalação, interpretação e resolução.

Assim, há uma espécie de concordância entre os teóricos da psicanálise, ainda que eles se oponham sobre outros aspectos da clínica: o começo da operação propriamente analítica – a interpretação – deve ser adiado até a consolidação da transferência.

Neste capítulo, tentaremos delimitar o conceito, a função e a importância da transferência para o tratamento analítico. Começaremos por acompanhar sua trajetória

conceitual na obra freudiana, através de algumas referências teóricas, para em seguida refletirmos sobre sua dinâmica em tratamentos, nos quais o fenômeno transferencial tem dificuldades para ser desenvolvido, pelo menos nos moldes pensados para as neuroses.

5.1. A trajetória do conceito na obra freudiana

5.1.1. O fenômeno da transferência na pré-história da psicanálise

A transferência, como fenômeno presente nas relações humanas, deve ser considerada parte de todas as formas de psicoterapia, porque todas elas se assentam na relação entre o paciente e o terapeuta. Vejamos rapidamente como ela era manejada nas práticas psicoterápicas imediatamente anteriores à psicanálise, para situar historicamente o caminho de Freud na descoberta do seu valor e da sua eficácia terapêutica.

Por volta das duas últimas décadas do séc. XIX, período da formação médica de Freud, a hipnose, que sucumbira ao ostracismo desde o início deste mesmo século, volta a receber a atenção dos cientistas. Começa a ser utilizada por duas grandes escolas psiquiátricas francesas da época: Salpêtrière e Nancy.

Na primeira, o mestre Charcot dava maior ênfase às mudanças fisiológicas produzidas pelos estímulos externos. Ao reproduzir artificialmente as paralisias histéricas, por meio do sonambulismo induzido pela hipnose, provou que elas resultavam de idéias que dominavam o cérebro do paciente em momentos de especial disposição. Essa descoberta abriria caminho para um estudo psicológico dos mecanismos subjacentes aos fenômenos histéricos.

Em Nancy, Bernheim via a hipnose essencialmente como um fenômeno de sugestão: o hipnotizador comunica uma idéia com a força de uma ordem ao hipnotizado, que a aceita como se fosse algo inteiramente espontâneo. Ele não se preocupava em desvendar a natureza

psicológica dos sintomas, e afirmava que toda a sintomatologia histérica era igualmente efeito psíquico da sugestionabilidade.

Freud valeu-se dessas experiências e dos efeitos da sugestão pós-hipnótica como prova de que nossa conduta pode, muitas vezes, não ser determinada por nossas motivações conscientes. E, mais tarde, em *Sobre o narcisismo: uma introdução* (1914), ele vai compreender a sugestão hipnótica como expressão da tendência a transferir, expressão das pulsões sexuais, movida pela força aglutinadora de Eros, que impele o sujeito a harmonizar-se com o outro e termina por restringir a auto-estima em prol da sujeição ao outro.

No uso da hipnose para tratamento da histeria, a cura era concebida dentro de uma relação médico-paciente, na qual, todo poder de cura – poder de saber sobre o sintoma – era possuído pelo hipnotizador, cabendo ao paciente hipnotizado render-se totalmente ao primeiro.

Breuer (1895) foi o primeiro a inverter essa relação de saber, ao utilizar a hipnose como forma de atingir o significado do sintoma, ouvindo sua paciente Anna O. Assim, criou o método catártico, que não tinha como objetivo fazer desaparecer os sintomas das doenças por uma ordem do hipnotizador (sugestão), mas descobrir as causas mais profundas, das quais os sintomas eram apenas símbolos mnêmicos. Assim, incluíam a repetição de uma experiência anterior, o que é um traço característico da transferência psicanalítica.

Na prática clínica de Breuer, a transferência foi decisiva no desenrolar e na interrupção do caso Anna O. (1895). Ao ter contato com indícios da paixão transferencial de sua paciente, o fisiologista vienense não pôde descobrir as conexões entre a repetição e a relação médico-paciente. Por acreditar que todo aquele afeto era dirigido a sua pessoa, não suportou e abandonou a direção do tratamento.

A resistência do médico quanto ao amor transferencial de sua paciente pode ser considerada como a primeira confrontação de Freud com essa problemática, ainda que, nessa

época, ele não a houvesse formulado teoricamente. Tal episódio lhe serviu como indicação de que a sexualidade faz parte da etiologia das neuropsicoses de defesa.

Tendo tido contato com o método catártico de Breuer e feito estágio na Salpêtrière com Chacot, Freud volta a Viena para iniciar sua carreira como médico especialista em doenças nervosas. Em seu arsenal técnico, conta apenas com os métodos de tratamento então correntemente recomendados como a eletroterapia, hidroterapia, massagens e a hipnose. Esta última era utilizada como auxiliar da sugestão e como parte do método catártico.

Os três primeiros métodos citados acima logo o decepcionaram e foram abandonados. Freud procura aprender com sua pacientes, ouvindo seus ensinamentos que indicavam um tratamento pela palavra. Ele aposta, então, em sua tese de que há uma relação entre o corpo e o discurso e inicia suas investigações onde Breuer e Charcot se detiveram: buscar o saber que a histérica detém e que ela mesma desconhece.

Na prática da hipnose, as dificuldades encontradas fizeram-lhe experimentar transformações gradativas, sempre no sentido de ampliar a escuta da subjetividade expressa pelo sintoma, no corpo da paciente. Freud apela ao esforço de concentração das pacientes para recordar as situações traumáticas, utiliza a pressão das mãos sobre a fronte do paciente como forma de obter o material recalcado, até que, se colocando cada vez mais em uma posição de escuta, cria o método das associações livres.

Era preciso deixar a histérica falar, dizer aquilo que não sabe para que um saber sobre suas manifestações corporais pudesse ser construído. A psicanálise, através das lacunas do discurso manifesto (chistes, atos falhos, esquecimentos), faz aflorar o saber inconsciente. Isso se dá sob a condição de que o analisando associe livremente, o que implica, por parte do analista, uma atenção flutuante e a abstenção de se colocar como pessoa real.

É exatamente neste período de criação do método das associações livres, entre 1892 e 1895, que Freud vai se aperceber de que algumas partes do complexo de idéias inconscientes,

ao invés de serem rememorados, intrometem-se na consciência e provocam perturbações na relação terapêutica.

5. 1. 2. As primeiras formulações teóricas sobre a transferência

Em *Estudos sobre a histeria* (1895), Freud faz suas referências iniciais ao que hoje denominamos transferência, formulando, em uma extensa nota de rodapé, o que denominou “falsa ligação”, pois

O que costuma ser percebido de forma consciente é o sentimento geral ligado ao complexo inconsciente, e é este sentimento que, por uma espécie de ‘compulsão à associação’, precisa que se encontre para ele uma ligação com algum complexo de idéias que se ache presente na consciência (ibidem, p. 96).

No capítulo deste mesmo livro, intitulado “Psicoterapia da Histeria” (1895), Freud discorre sobre a relação médico-paciente, evidenciando o aspecto da aliança terapêutica e da influência do médico como importante condição para a realização do tratamento. E, embora não mencione o termo transferência, refere-se – mediante comentários superficiais, ditado pelo bom senso – a sentimentos como confiança e simpatia que se instalam entre paciente e médico.

É sobre outro aspecto da relação de cura – o da resistência ao tratamento – que Freud irá utilizar, pela primeira vez, a palavra “Übertragung” para denominar uma “falsa ligação” do afeto do passado (recalcado) ao analista do presente. O termo denomina, também, a transferência da defesa contra um afeto doloroso, em relação a uma pulsão reprovável. O analista deve, portanto, interpretar a transferência, desfazendo a falsa conexão e combatendo-a do mesmo modo como enfrenta a todas as outras resistências ao desenvolvimento do trabalho de busca de lembranças traumáticas.

Podemos considerar, então, que, nesse texto, sob o registro da rememoração catártica, a transferência já assume a acepção, que mantém até hoje, a de envolver o analista na trama inconsciente do analisando, cumprindo o papel, ao mesmo tempo, de revelador do passado e de resistência ao relato desse passado. Freud já possui a idéia de sua gênese, de sua importância técnica e terapêutica, mas ainda lhe falta visualizar sua amplitude, pois a coloca num lugar limitado e periférico na economia do tratamento.

Nesse momento, o que temos são as transferências, no plural, que se apresentavam como deslocamentos de defesas contra afetos dolorosos, marcadamente relacionados a pulsões reprováveis experimentadas no passado.

A “falsa ligação” revela a estrutura da transferência enquanto resistência: quando o paciente, devido ao sofrimento que experimentaria, não pode representar pela palavra ou não pode rememorar, é estabelecida uma equação simbólica entre a cena fantasmática e a cena da relação médico-paciente, estando, no desvelamento da segunda, a condição de possibilidade de explicitar a primeira, que pertence à história do paciente.

Em “A interpretação de sonhos” (1900), as transferências ocorrem quando o desejo toma posse de certos elementos desprovidos de significação, investindo-os de um novo significado. A transferência aproxima-se do desejo e é concebida como uma formação do inconsciente, tal qual o sonho, o chiste, o ato falho. O analista entra no jogo como uma representação, um “resto diurno” ao qual representações inconscientes carregadas de desejo se associariam, para transferir-lhe investimento e um novo significado, promovendo a atualização de conflitos infantis.

Essa é ainda uma concepção muito geral da transferência, mas significa um avanço teórico, que vai causar uma mudança da atitude do analista no sentido de uma maior abstinência e de um maior privilégio da escuta do desejo do analisando.

5. 1. 3. O caso Dora: Um tropeço é transformado em presente.

No relato do Caso Dora (1905), o tratamento analítico já sofrera modificações: diferentemente dos tratamentos descritos em *Estudos sobre a histeria*, Freud não mais parte dos sintomas. Ele segue o desejo da paciente, que escolhe, a cada sessão, o tema a ser tratado e realiza então as associações livres. Mas, existem ainda muito de sugestão e interpretações exaustivas que parecem vinculadas mais ao próprio desejo do analista de curar.

Embora dissesse que o paciente se apega aos detalhes reais, Freud não admite que o médico desempenhe algum papel na produção das transferências. A fonte destas é o processo neurótico. Ele ainda não abordava a contratransferência para entender o processo transferencial como um todo, em sua complementaridade dialética transferência/contratransferência. Esse fator influenciou negativamente a análise.

O analista, gratificado narcisicamente com suas interpretações, insistia em provar que a paciente estivera apaixonada pelo Sr. K. e ignorava suas negativas, exatamente como gostaria que este o fizesse: “Se ele [Sr.K.] ignorasse o primeiro ‘Não’ e continuasse a insistir em seu pedido com uma intensidade que não deixasse dúvidas, o resultado poderia ser o triunfo da afeição da moça.[...]” (FREUD, 1905, p.106).

Essa atitude ativa de não emprestar a palavra a Dora, para que ela própria pudesse falar de seu desejo, prejudicou sua percepção dos fenômenos transferenciais.

No pós-escrito, não datado, Freud reavaliou sua posição em relação à Dora e concluiu que o equívoco se deveu a seu próprio preconceito: sua expectativa de que o que pode interessar às moças são os homens. Por isso, não percebeu e deixou de analisar o interesse fundamental da paciente pela Sra. K.. Dora, como observou Lacan, só se interessava pelo Sr. K. como mediação para se aproximar do mistério essencial que ocupa a histérica – Que é uma mulher?

Freud não foi capaz de dominar a transferência, por isso, esta atuou a favor da resistência e o tratamento foi interrompido. Ele foi enganado pelo peso maior que deu às representações verbalizadas com certa coerência, e não escutou devidamente uma outra comunicação mais fragmentária que se esboçava nos sonhos e de forma velada na relação terapêutica.

De sua falha, Freud retira uma nova lição: desde que manejada corretamente e no tempo devido, a transferência, para além de obstáculo à análise, torna-se um verdadeiro aliado do terapeuta. A partir de agora, a transferência vai ocupar um lugar privilegiado no tratamento analítico, pela sua capacidade de trazer à tona todas as tendências do paciente, inclusive as hostis, tornando-as objeto do tratamento, que, ao se tornarem conscientes, destroem a própria transferência.

Aqui, pela primeira vez, a transferência é isolada como conceito teórico. Freud escreve:

Que são transferências? São as novas edições, ou fac-símiles, dos impulsos e fantasias que são criados e se tornam conscientes durante o andamento da análise; [...] substituem uma figura anterior pela figura do médico [...] é renovada toda uma série de experiências psicológicas, não como pertencentes ao passado, mas aplicadas à pessoa do médico no momento presente (1905, p.113).

Trata-se de um fenômeno imaginário, no qual o desejo se liga a um elemento muito particular, o analista. As teses dos ‘Três ensaios sobre a teoria da sexualidade’(1905) vieram reforçar essa conceituação da transferência como fenômeno da repetição: depois do período de latência, o sujeito procura indefinidamente, em sua vida amorosa, novas edições do objeto prototípico cunhado pelos primeiros objetos perdidos.

A transferência apresenta, aqui, um caráter patológico próprio da experiência analítica, e Freud reconhece que essa patologia é inevitável, pois o desejo inconsciente é mobilizado pelo tratamento.

Nesse período da construção freudiana, podemos identificar a transformação do campo da escuta do analista, que vai dar menos atenção à limpidez do discurso coerente, para atentar

para os não-ditos, que são sinalizados pelos silêncios e vazios da trama discursiva e que aparecem representados, substituídos, por uma ação dirigida ao analista. Cabe a este, captar tais representações, intuí-las e poder transformá-las pela interpretação à condição de texto, revelação necessária ao progresso da cura.

5. 1. 4. A transferência depois de Dora: aprimorando teoria e técnica

Vimos que a transferência surgiu, no registro da rememoração catártica, em seu aspecto de resistência à leitura e ao deciframento do inconsciente, como um deslocamento de sentimentos de experiências vividas no passado para a situação terapêutica.

Com Dora, ela passa a exibir seu aspecto de repetição, de retorno do recalcado pela atualização dos complexos inconscientes na atualidade da relação analítica. Há um lugar na economia psíquica do paciente a ser ocupado pelo analista, como nos testemunha o caso clínico de *O Homem dos Ratos* (1909), onde Freud tira proveito do manejo da transferência, mostrando-a como veículo da repetição do que não podia ser lembrado.

Esse paciente recusava-se a acreditar na interpretação de que, em algum período de sua tenra infância, tivera sido tomado de fúria (que a seguir, se tornara latente) contra o pai, a quem amava tanto. Só revivendo todos os sentimentos na transferência com Freud, foi que ele conseguiu a convicção que lhe faltava.

Nesses dois tempos, verifica-se uma profunda dicotomia que permanece implícita ao conceito de transferência: de um lado, ela é consequência da técnica da interpretação e serve à resistência, interrompendo as associações do paciente e, do outro lado, depende da libido e possibilita a análise, atualizando a patologia no “setting” analítico.

Essas duas vertentes tornavam a questão muito complexa. Freud vai, então, esforçar-se em aprimorar a técnica quanto ao manejo deste dispositivo analítico, porque, até o momento,

a transferência ainda não tinha sido suficientemente estudada para que pudesse ser posta sob controle e manejada com a devida intencionalidade.

A seqüência de seus artigos técnicos, escritos entre 1911 e 1915, testemunha esse empreendimento, podendo ser considerado o período mais fecundo da elaboração freudiana sobre a cura analítica. Nela, a transferência vai ser elaborada, apresentando-se em diferentes facetas: como repetição, como resistência e como sugestão.

A esse terceiro aspecto da transferência Freud era especialmente sensível, porque a emergência da transferência indica a adoção do analista pelo analisando, “o analista entra na família”. Isso confere ao analista a autoridade que foi aquela do pai e da mãe. Assim, o paciente dará crédito ao analista e sua palavra de intérprete terá chances de ter efeito. É nesse sentido que ele pode fazer da transferência a condição da interpretação.

No entanto, a sugestão põe em pauta a questão do poder de sedução e de influência do analista, envolvendo um ponto extremamente delicado, ao qual muito do conteúdo dos artigos técnicos será dedicado, como veremos em seguida.

A Dinâmica da Transferência (1912) ocupa um lugar essencial dentre os escritos técnicos, permanecendo como a síntese mais completa e o texto mais representativo da fase da obra em que a concepção da transferência era subordinada ao princípio do prazer.

Freud tenta elucidar por que razão a transferência sobrevém inevitavelmente no decorrer da análise. Ele nega qualquer responsabilidade do analista ou da técnica psicanalítica sobre a transferência. E responsabiliza a própria neurose pela intensidade e irracionalidade dos fenômenos transferenciais.

Porém, detendo-se na parte seguinte do mesmo texto, onde o autor discorre sobre o mecanismo da resistência de transferência, vamos encontrar certas expressões que remetem à contradição referida acima. Averiguando como a resistência de transferência faz perder completamente o sentido de realidade na relação do paciente com o analista, Freud

praticamente encontra as causas na situação psicológica em que a análise colocou o analisando.

Aqui, Freud vai articular transferência e resistência, fornecendo inclusive um conselho prático aos analistas: “[...] se as associações de um paciente faltam, a interrupção pode invariavelmente se removida pela garantia de que ele está sendo dominado, momentaneamente, por uma associação relacionada com o próprio médico, ou com algo a este vinculado” (1912, p. 135).

Ele ressalta com precisão as fontes inconscientes que as determinam: (1) a libido introvertida que se insurge contra a análise ligando-se ao psicanalista, quando este aborda complexos ligados à regressão da libido e (2) o aumento da atração que os complexos inconscientes exercem sobre a libido à disposição do ego, na medida em que diminuem os estímulos da realidade externa na situação analítica (abstinência do analista).

Assim, cada ato mental do paciente é um compromisso entre as forças que impelem ao tratamento e as forças mobilizadas para se opor a ele. E a primeira parte do complexo patogênico que se torna consciente é algum aspecto que pode ser transferido. Nesse sentido, a transferência assinala que o inconsciente foi atingido e, imediatamente, se manifesta através de uma infração à regra fundamental, por um silêncio do paciente que evita o pensamento acerca do terapeuta.

Tudo converge para uma situação em que, tecnicamente, todos os conflitos devem ser tratados no plano da transferência: médico versus paciente, intelecto versus pulsões, rememoração versus descarga, palavra versus emoções. A análise da transferência afasta da pessoa do analista os sentimentos hostis e as tendências eróticas recalcadas. A persistência dos sentimentos positivos conscientes e isentos de culpa permite o prosseguimento e o êxito da análise, ou seja, permite a análise da resistência.

Em *O Início do Tratamento* (1913), a transferência é assimilada à sugestão e um papel positivo é aconselhado ao psicanalista: “O primeiro objetivo do tratamento consiste em ligá-lo [o paciente] ao tratamento e ao psicanalista”. Para tanto seria preciso dar-lhe tempo, devotar interesse sério, afastar cuidadosamente as primeiras resistências e evitar certos erros, como demonstrar atitude moral ou comportar-se como advogado de terceiros.

As preocupações com o aspecto de sugestão também estão presentes em *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise* (1912b), no qual Freud condena a ambição terapêutica, a reciprocidade das confidências, a ação educadora, afastando a psicanálise de qualquer tipo de tratamento sugestivo.

A teorização sobre a sugestão é um contraponto necessário para se elaborar como a transferência deve ser vista e manejada pelo psicanalista. Todo paciente traz para qualquer processo terapêutico a transferência como fonte de sugestão, e o poder da sugestão seduz os terapeutas, porque ela rapidamente dá fim aos sintomas, pelo menos por um certo tempo – lembremos da sugestão hipnótica – consistindo em armadilha para o psicanalista que deve utilizá-la apenas para fazer o analisando realizar o trabalho psíquico.

Na psicanálise, ela não pode ser utilizada por si, existe uma economia no seu uso. Não apenas pela ineficácia da terapêutica sugestiva que não alcança a cura definitiva, mas, sobretudo, porque impede o conhecimento do jogo das forças psíquicas que estruturam a neurose, e nesse sentido serviria à resistência do próprio analista.

O conceito de compulsão a repetição, tema principal de *Recordar, Repetir e Elaborar* (1914), embora não fosse uma idéia nova, favoreceu uma visão mais ampla de fenômenos que já eram familiares no lidar com a transferência e a resistência, levando Freud a um aperfeiçoamento técnico, fundamental para a psicanálise, tal como ele a sistematizou em sua última fase de teorização.

Essa inovação não faz da repetição a causa da transferência. Os únicos fatores que contribuem para o determinismo da transferência ligam-na à resistência, como nos textos anteriores. Mas ela faz com que a transferência passe a ser considerada um fragmento da repetição, enquanto a repetição é uma transferência do passado esquecido para todos os aspectos da situação atual.

Agora, a transferência se torna o principal meio do tratamento, abrangendo todo o processo de cura. O sintoma (através do qual o paciente procura o analista) transmuta-se em neurose de transferência (outro sintoma), criando uma região intermediária entre a doença e a vida real. A transição de uma para outra pode ser efetuada através da aquisição de uma significação na análise.

Tornamos a compulsão inócua e na verdade útil, concedendo-lhe o direito de afirmar-se num campo definido. Admitimo-la à transferência como a um playground no qual lhe é permitido expandir-se em liberdade quase completa e no qual se espera que nos apresente tudo no tocante a pulsões patogênicas, que se acha oculto na mente do paciente. Contanto que o paciente apresente complacência bastante para respeitar as condições necessárias da análise, alcançamos normalmente sucesso em fornecer a todos os sintomas da moléstia um novo significado transferencial e em substituir sua neurose comum por uma ‘neurose de transferência’, da qual pode ser curado pelo trabalho terapêutico (1914, p. 201).

O principal instrumento para controlar a compulsão a repetição do paciente e transformá-la num motivo para recordar reside no manejo da transferência. O primeiro passo para vencer as resistências é o analista revelar a transferência, que nunca é reconhecida pelo paciente, e familiarizá-lo com ela. Devemos dar tempo ao analisando para que se familiarize com a resistência, a elabore, a supere, e continue o trabalho analítico. Só quando a resistência está no auge, o analista pode descobrir os impulsos pulsionais recalcados que a alimentam.

O artigo *Observações sobre o Amor Transferencial* (1915) traz o reconhecimento de que a situação analítica induz a paciente a apaixonar-se. O que é incrementado pela resistência.

O analista provoca a transferência na medida em que substitui a figura sedutora da cena originária que emite mensagens enigmáticas. Este tipo de sedução nada tem a ver com a

sedução perversa do adulto para com a criança ou do sedutor analista que induz astutamente a transferência.

Freud compara o aparecimento do amor transferencial, na cena da análise, ao surgimento inesperado de um incêndio numa representação teatral. Este impacto de um dado da realidade no campo simbólico e imaginário da análise é utilizado imediatamente pela resistência como uma estratégia para impossibilitar o tratamento.

A técnica requer que o analista não recuse, mas também não consinta a satisfação amorosa que a paciente solicita. Mesmo não dizendo precisamente o que vai por fim ao amor transferencial, Freud nos ensina que o analista não é uma simples efígie e que não poderia se contentar em remeter ao passado do analisando as manifestações da transferência de que é objeto.

Pressionar a paciente para que suprima, abandone e sublime as exigências de seus instintos, a partir do instante em que ela confessou seu amor de transferência, não seria uma maneira analítica de tratá-las, mas sim uma maneira absurda. [...] Ter-se-ia feito surgir na consciência as pulsões recalcadas para, no terror, devolvê-las uma vez mais ao inconsciente pelo recalçamento. [...] A paciente sentirá somente humilhação e não deixará de se vingar (1915, p. 218).

O analista deve remontar o amor às origens inconscientes, que devem auxiliar a trazer para a consciência tudo que está profundamente oculto na vida erótica. A única forma é interpretar, seguindo o princípio fundamental da abstinência – não propiciar ao amor transferencial (fonte de energia para o tratamento) qualquer satisfação substituta. Para fazer valer o princípio da abstinência, o médico não pode extrair do amor de transferência nenhuma vantagem pessoal. Deve prezar, acima de tudo, a oportunidade de analisar.

Freud vai avançar em defesa da regra de abstinência, em *Linhas de progresso na terapia psicanalítica* (1919), quando objetiva responder a Ferenczi, que acabara de preconizar a técnica ativa, e aos partidários de uma psicanálise mais normativa e moralizadora, representados por Putnam e a escola de Zurich.

A abstinência não quer dizer nem a privação de todas as satisfações, nem a privação sexual, mas “algo que tem muito mais a ver com as dinâmicas da doença e da recuperação” (ibidem, p.205). Freud lembra que o paciente adoeceu por uma frustração pulsional e que os sintomas servem-lhe de gratificações substitutas. Na relação de transferência, o analisando também busca satisfações substitutas e é útil recusar-lhe precisamente aquelas que exprimem de modo mais insistente. Assim, o analista contribui para o desenvolvimento da neurose de transferência.

Sobre esse processo de desenvolvimento da transferência, Laplanche (1992) observa que a transferência tem uma dinâmica própria que evolui no processo da análise, o que torna a palavra na transferência, além de reveladora do inconsciente, também portadora de um novo sentido. Ao que Rocha acrescenta:

Esta é a razão porque interpretar a transferência é mais do que tratá-la como defesa, é trabalhá-la, fazê-la evoluir para que esse novo sentido se manifeste na e pela palavra. Interpretar a transferência é libertá-la do bloqueio discursivo no qual o objeto é manipulado pelo desejo e pelo discurso do outro. Esta libertação se faz pela força criativa da linguagem (1995, p.258).

5. 1. 5. A transferência após o conceito de pulsão de morte

A introdução do conceito de pulsão de morte é um elemento tão radicalmente novo que transtorna a psicanálise de maneira muito profunda, acarretando nela uma profunda revisão dos seus eixos conceituais.

A partir da segunda tópica e da descrição não mais de um inconsciente sistematizado, mas de um id sem referência a qualquer inscrição representativa, em que um excesso de energia pulsional resiste à simbolização, torna-se necessário rever a função do analista em sua tarefa clínica.

Segundo Lagache (1980), nos anos 20 e 30, Freud escreveu pouquíssimo sobre as implicações de suas mais novas idéias para o conceito de transferência. Este chega a declarar,

em *Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise* (1933), que nada tem a acrescentar à teoria do tratamento, tal como a expôs, quinze anos antes, nas Conferências Introdutórias.

Mas, se Freud não trabalhou a transferência nesse contexto da última fase de sua obra, isso não significa que ele tenha deixado de reconhecer sua importância. Tanto que, a partir da articulação do fenômeno transferencial com a compulsão a repetição, ele encontrou um dos fundamentos para introduzir a própria noção de pulsão de morte.

Em *Além do princípio do prazer* (1920), quem resiste ao tratamento é o ego, que foge ao desprazer causado pela abertura do inconsciente. Os analisandos repetem, na transferência, com a maior engenhosidade, todas as situações indesejadas e emoções penosas, revivendo parte de sua vida sexual infantil e, portanto, o complexo de Édipo. Essa compulsão à repetição, na transferência, despreza o princípio do prazer, sob todos os modos.

O analista deve saber manejar a transferência em favor do tratamento, em contraposição ao aproveitamento dela pelo ego em favor da resistência. Nesse sentido, ele empenha-se em forçar, dentro do possível, a memória e permitir que surja como repetição o mínimo possível. Porém, deve permitir ao analisando re-experimentar algo de sua vida esquecida, e deve cuidar para que este reconheça que aquilo que parece realidade é apenas reflexo de um passado esquecido.

Aqui, no trabalho de relacionar transferência, compulsão à repetição e pulsão de morte, Freud parece esquecer que, além dessa visão mais negativa da transferência, que prioriza o aspecto automático da repetição; existe o seu aspecto dinâmico e criador de novos sentidos.

É em *Recordar, repetir, elaborar* (1914) que Birman e Nicéas (1982) extraem uma conciliação antecipada para o que parece uma contradição teórica quanto a esse duplo aspecto da compulsão a repetição: A transferência libidinal vai continuar a existir, como manifestação da pulsão de vida, embora comporte uma forma de repetição, permite o trabalho analítico. Porém, a compulsão repetitiva que alimenta uma resistência feroz vai ser o suporte da

transferência negativa e tornar-se índice privilegiado do trabalho silencioso da pulsão de morte.

Para esses dois autores, analisando que apresentam predominantemente esse último tipo de transferência, ao invés de recordar, têm suas experiências internas predominantemente traduzidas em atos transferenciais. A cena analítica é dominada por uma repetição permanente, não surgem lembranças nem associações, caracterizando uma pobreza discursiva. Só o adequado manejo da transferência vai possibilitar a abertura da repetição ao campo da simbolização.

No terceiro capítulo de *Além do princípio do prazer* (1920), Freud afirma que “não se deve esquecer que o inconsciente, o recalcado, não oferece qualquer resistência aos esforços de cura” (ibidem, p. 23). E, defende que está comprovado que o paciente tem que repetir o recalcado como uma experiência atual, ao invés de recordá-lo; é isso, inclusive, o que permite destruir as catexias em que está capturado, pois só se pode fazê-lo no presente.

Isso marca uma diferença entre 1911 e 1920. Agora, o inconsciente, como tal, não resiste, o seu movimento é emergir, é abrir passagem. Assim, temos uma oposição entre a resistência, que é do ego, e a repetição, que é repetição do recalcado.

A reformulação da teoria e a introdução da segunda tópica exigem que sejam estudadas suas implicações para o fenômeno da transferência, especialmente quanto a sua articulação com as noções de instâncias ideais do ego. Sobre isso, Freud nos fornece apenas algumas indicações.

Em *Psicologia de grupo e análise do ego* (1921), quando trata da transferência implícita no sentimento amoroso, na hipnose e nos grupos sociais, tanto o hipnotizador como o objeto amado e o líder do grupo tomam emprestado o lugar do ideal do ego. Esse fator erótico (mais do que o racional) caracteriza a fonte do poder e da sugestão que esses personagens usufruem na relação com os outros.

Para evitar a manipulação da transferência e para ter disposição interna para receber e ser submetido ao poder da transferência, abstendo-se de retirar satisfação pessoal da relação analítica, o analista conta com os efeitos de sua própria análise pessoal, para que este possa lidar com suas pulsões, perceber a contra-transferência e articulá-la com a transferência de modo a ter uma percepção dinâmica do processo transferencial como um todo.

Certamente que os progressos teóricos que Freud realizou sobre a agressividade e os mecanismos de defesa do ego, nesse último período de sua obra, solicitavam que o autor se debruçasse de modo diferente sobre a transferência negativa. Esse aspecto e tantos outros ficaram de herança para seus seguidores.

Vimos, então, que ao longo da obra freudiana, a transferência sofre transformações em sua conceituação e aproxima-se cada vez mais do centro da experiência psicanalítica, apresentando-se progressivamente em diferentes facetas: como repetição, como resistência e como sugestão. Uma transferência extremamente polimorfa aparece sempre como um conceito evanescente, que se confunde com outros conceitos. Aspectos contraditórios, múltiplos, que Freud isolou a cada momento de sua construção teórica.

Como repetição, a transferência atesta a existência do inconsciente, permitindo o contato com o funcionamento deste, na própria atualidade da sessão. O inconsciente surge como se estivesse em estado bruto, não traduzido para o discurso, e o analista é introduzido numa das séries psíquicas que o analisando constituiu no decorrer de sua existência. Não significa que a transferência, encarada desse modo, resume-se a uma mera volta ao passado, já que não há registro de tempo no inconsciente. Tudo aquilo que aflora na experiência analítica deve ser tomado como uma atualização das relações que travara com seus primeiros objetos.

Enquanto resistência, ela se mostra como um obstáculo à análise, quando interrompe as associações. O paciente, evitando recordar os conteúdos recalçados, repete marcas das primitivas relações afetivas com o analista, atuando no '*setting*' terapêutico.

Por sugestão devemos entender a forma de influir sobre uma pessoa mediante os fenômenos transferenciais, que contribuem para a influência do analista sobre o paciente, para que este seja capaz de suportar os sentimentos desagradáveis e persistir no tratamento.

É o reconhecimento gradativo da prioridade da transferência na ocupação do espaço terapêutico, que exigiu um movimento de priorização da regra de abstinência, como um convite, uma incitação a que se aceite o desejo do analisando, em toda sua abrangência, no contexto transferencial.

A cura psicanalítica se realizará fundamentalmente no campo da transferência. Se a finalidade da análise é propiciar a emergência da simbolização, ela se realiza mediante a análise da resistência, pela colocação da repetição no campo da transferência, onde a significação encontra a condição de possibilidade para se articular.

O campo analítico está assim circunscrito entre o sentido e a força pulsional. E, o analista não pode se contentar em pensar as relações entre analista e analisando em termos racionais. Tem que se entregar à experiência transferencial, para manter as coordenadas do espaço analítico e para que a simbolização possa se articular.

5.2. Algumas palavras sobre os avanços propostos por Lacan

Vimos que, no percurso do conceito de transferência, Freud se refere, em momentos diferentes, às facetas da repetição, da resistência e da sugestão, mas não as relaciona, portanto falta uma compreensão integrada do conceito. É estudando a transferência nas dimensões imaginária, simbólica e real que Lacan vai propor possibilidades de uma compreensão mais integrada dos três facetas da transferência, descritas por Freud.

Lançando esse olhar lacaniano sobre a obra de Freud, Miller, em *Como iniciamos a análise*²², identifica duas tendências distintas, em Freud, ao abordar a transferência, e as traduz retroativamente como as dimensões simbólica e imaginária de nosso tema.

A primeira tendência, localizada, principalmente, em Estudos sobre Histeria (1895), Dora (1905) e Interpretação dos sonhos (1900), é a que se refere ao período de ouro da recém criada psicanálise, identificada com a arte de interpretar sintomas, ou seja, arte de restituir significação aos sintomas.

Como vimos, é nesse período que a transferência vai surgir para Freud como uma consequência imprevista da “leitura assistida do inconsciente”. O analista se surpreende a se ver investido libidinalmente pelo analisando, numa espécie de metonímia libidinal imaginária que foi primeiramente tida por Freud como resistência inoportuna e, em seguida, aproveitada como fonte da sugestão, da autoridade necessária ao analista para que este guie a leitura do inconsciente. É, nesse último sentido, que a transferência se transforma em condição para a interpretação.

Tudo que depende da técnica da interpretação, que surge a partir desta, é denominado de dimensão simbólica; e reflete a visão inaugurada em *A interpretação dos sonhos* (1900), quando Freud, a partir de relatos de sonhos aparentemente incoerentes e absurdos, começou a lê-los de uma outra maneira, restituindo-lhes uma coerência e uma significação.

A segunda dimensão da transferência, localizada retroativamente nos escritos de Freud, trata da dimensão imaginária, que refletiria o que há em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1920). Aqui, os primeiros objetos são perdidos e, depois do período de latência, o sujeito procura indefinidamente, em sua vida amorosa, novas edições do objeto prototípico que foi perdido. Essa idéia vai basear toda a doutrina de Freud sobre a vida amorosa, que é

²² MILLER, Jacques Alain. Como iniciamos a análise. Texto não publicado. Parece tratar-se de uma conferência proferida pelo autor.

elaborada, no momento exato em que se insere a concepção da transferência como fenômeno de repetição.

A noção de que o analista é o lugar tenente do objeto perdido pode explicar porque ele atrai para si a libido do analisando. A transferência apresenta-se, assim, em seu caráter ilusório, e é por isso, que ela se presta a ser reduzida apenas à dimensão imaginária, que se apresenta como amor. Se a transferência é amor, não se trata simplesmente de que o analisando ame o analista, mas, sim, de que deseja ser amado pelo analista, ou seja, se apresenta como amável.

A transferência, na dimensão imaginária, refere-se à atualização da realidade sexual do inconsciente, a tudo que depende da libido, do amor, do desejo, da pulsão; e, investida no analista, favorece a posição de domínio que este precisa para exercer a análise.

Nota-se a descontinuidade entre as vertentes imaginária e simbólica da transferência. As duas têm, cada uma, a sua consistência, mas não estão articuladas na obra freudiana. “Esta dicotomia reflete a separação que há entre a Interpretação dos sonhos e os Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (MILLER, s/d, p. 7).

Lacan (1954) trabalha o conceito de transferência, na dimensão imaginária, em contraponto com a interpretação, na dimensão simbólica. Ele atribui ao amor, fenômeno de carga imaginária, o papel de pivô da transferência. Porém, dez anos depois, atribuirá esse papel de pivô à estrutura da situação analítica, mais precisamente ao que ele denomina “sujeito suposto saber”.

O conceito de transferência que em Freud se refere aos sentimentos do paciente em relação ao analista, passa por modificações, tornando-se, em Lacan, referente à suposição de saber dirigida a este.

Podemos localizar nesse período de dez anos – entre os livros 1 e 11 do Seminário de Lacan –, um momento importante para essa transição do amor de transferência para o “sujeito suposto saber” assinalado nas palavras de Porge (1996):

O reconhecimento por Lacan do desejo de Sócrates no *Banquete* [referindo-se a LACAN, 1960-61] prepara uma nova designação do sujeito nos seminários, a do ‘sujeito suposto saber’, e isso na medida em que Lacan situa o desejo de Sócrates em referência ao saber (p. 504).

Lacan (1964) faz essa transição da mola imaginária para a mola simbólica da transferência, mas sempre reconhecendo que há os efeitos imaginários da transferência, ou seja, tudo que depende da metonímia imaginária da transferência, da repetição, dos sentimentos em relação ao analista, da semelhança mais ou menos acentuada com os personagens fundamentais da história do analisando.

Mas, priorizando focalizar a estrutura da situação analítica, Lacan passa a se esforçar em mostrar que as molas da transferência devem ser encontradas no simbólico, apontando a demanda de análise e o “sujeito suposto saber” como as principais.

A primeira mola simbólica que Lacan encontrou para a transferência foi a demanda de análise, uma demanda de significação. Ela ocorre quando o sujeito se dá conta de que há algo que ele próprio não sabe sobre si, ou seja, ela é constituída pela questão que o sujeito faz sobre seu sintoma: “que é que isso quer dizer?”.

Então, antes de demandar uma análise é preciso já ter atribuído a seu próprio sintoma alguma “desconhecida” significação inconsciente: “eu não sei ler isso sozinho, vou procurar um analista que saiba ou que me ajude”. Uma demanda de análise não é somente um pedido, ela inclui um desejo, o desejo de saber sobre o sintoma.

Na clínica analítica, a sustentação da demanda de análise é o motor do trabalho, não apenas durante as entrevistas preliminares, mas também durante a própria análise. Ela, se mantendo, é o que levará a uma pesquisa do material inconsciente, dando acesso ao infantil e estabelecendo, assim, uma possibilidade de construir elos entre a história do paciente e a sua vida atual.

Do simples fato de haver uma demanda, há, no horizonte do sujeito, o Outro que pode satisfazê-la. Por isso, na análise, o analista é quem ocupa o lugar de Outro da demanda.

Conseqüentemente, o paciente reformula suas demandas antigas durante a análise e o analista suporta, uma após outra, todas as figuras históricas do Outro da demanda para o sujeito. Trata-se de descobrir e recontar velhas histórias que, na novidade da repetição instaurada pela transferência, permitem a criação de outras histórias.

A transferência é um efeito da demanda e podemos dizer que havendo demanda, há transferência. Quando o cliente chega ao analista sem uma demanda de análise, ela vai ter que ser construída na própria relação analisando-analista, como condição para que a análise ocorra. De nada adiantará se o analista mesmo colocar tal questão (“que é que isso quer dizer?”) em jogo, pois corresponderia a demandar pelo sujeito.

O psicanalista, ao contrário, precisa favorecer o surgimento da demanda própria do analisando. A condição para isso é, primeiramente, acolher o discurso do paciente, sempre apostando que a psicanálise tem algo a fazer, e, só depois, tentar desconstruir o discurso pronto que o paciente traz, questionar, ir encontrando furos. Tudo isso como estratégia para o analisando primeiramente se sentir seguro para poder começar a se questionar.

A segunda mola da transferência, muito mais potente e sobre a qual as bases da análise se estabelecem, é o “sujeito suposto saber”. Sua emergência assinala que os processos inconscientes já foram ativados.

Esse conceito surge na teoria lacaniana no Seminário, livro 11 – *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964-65), sendo compreendido, grosso modo, como a suposição inicial do analisando de que o analista detém o saber sobre o próprio analisando. Suposição que vai se desfazendo progressivamente, durante o processo terapêutico.

Com o sujeito suposto saber, Lacan coloca a ênfase sobre a relação do sujeito à fala, ao simbólico. Para ele, essa noção é o pivô sobre o qual se articula tudo o que se relaciona com a transferência, lembrando que o termo pivô pode designar a sustentação principal de algo que gira em sua volta. Deste modo, ele consegue articular os três diferentes aspectos da

transferência – repetição, resistência e sugestão – em torno da noção de “sujeito suposto saber”.

Sendo assim, as análises começam pelo significante da transferência, por aquilo que o sujeito se pergunta – o que isso quer dizer? – e dirige essa questão a um analista. Conforme Miller (s/d), tal questão contém certa hostilidade, ou malevolência, já que implica na suposição de que há uma significação escondida. Supõe que o que o Outro diz não é jamais exatamente o que ele quer dizer. A dita interrogação é um apelo ao Outro do Outro. Assim, Lacan situa a mola da transferência exatamente “em um lugar onde jamais tinha sonhado colocá-la. Lá onde o significante está separado da sua significação” (ibidem, p. 09).

É da articulação entre o significante da transferência e o analista que, na transferência, pode surgir a significação do inconsciente. Esta significação remete ao recalcado que seria um texto escrito suposto. Assim, podemos concluir que a transferência já tem por si uma estrutura interpretativa, sendo o essencial do trabalho do analista não colocar obstáculo a essa estrutura.

O sintoma é um elemento que tem uma significação que se dirige ao Outro. Na cura, o psicanalista se situa como receptor essencial do sintoma e, nesse lugar, graças à transferência, pode operar sobre o sintoma.

Na convicção racionalista de Lacan, a teoria do “sujeito suposto saber” localiza a transferência como consequência imediata da situação analítica. O analista situa-se na posição de ouvinte do discurso que ele estimula no paciente – “Diga tudo, qualquer coisa, isso sempre vai querer dizer algo” – posto que o convida a se entregar, sem omitir nada, sem consideração pelas conveniências, segundo o movimento que se denomina livre associação. Um dizer irresponsável, mas até certo ponto, porque é um dizer na conta do inconsciente, algo que também diz respeito ao sujeito.

Quem parece fundamentalmente em atividade na experiência analítica é o paciente, mas o ouvinte, sua resposta, seu aval, sua interpretação decidem o sentido do que é dito e,

ainda mais, a própria identidade de quem fala. A isso Lacan (1958) denomina de poder do analista sobre o sentido, chamando atenção para o fato de que a própria estrutura da relação analítica é dissimétrica, pois um entrega o material, enquanto o outro tem por função estrutural interpretar esse material, escutá-lo, recebê-lo, apreciá-lo. A transferência, apreendida em seu fundamento, é a instituição dessa relação mesma.

Lacan (1958) entende que o psicanalista não dirige o tratamento no sentido de dar sugestões, opiniões, estabelecendo normas e convenções. O analista deve recusar o lugar de mestre do sujeito – poder que lhe é ofertado pela transferência –, priorizando ocupar um outro lugar. Mas, mesmo assim, é o psicanalista quem dirige análise, ele o faz de outro ponto de vista. Sua direção do tratamento se funda na enunciação da regra fundamental, de que só haverá palavras em jogo.

O psicanalista está lá para garantir ao paciente que esse exercício sem lucro [a associação livre] quer dizer alguma coisa, mesmo antes que se saiba o quê. É nessa articulação delicada e puramente lógica que Lacan vê o fundamento mesmo dos fenômenos que são dados depois como os da transferência (MILLER, 1979, p. 71).

Existe um momento que, de certo modo, inaugura a própria relação analítica, que precede a fenomenologia da transferência, que torna possível todos esses fenômenos tão diversos, contraditórios e matizados da transferência: a “abertura a transferência”. Esse momento ocorre quando o paciente ...

Coloca-se na posição de buscar a verdade sobre si mesmo, sobre sua identidade, sobre seu verdadeiro desejo. Onde buscar a verdade? [...] no limite de sua palavra, e o limite de sua palavra está aí, no analista enquanto Outro, ouvinte fundamental que decide a significação, o pivô onde se constitui a significação. É por isso que o silêncio do analista é tão fundamental [...] (MILLER, 1979, p. 73).

É por isso que o psicanalista não deve se precipitar a satisfazer a demanda do paciente. Seu silêncio é fundamental para dar lugar ao desdobramento da palavra. Na estrutura da relação psicanalítica, o analista ocupa o lugar daquele a quem se dirige o significante e, ao

mesmo tempo, daquele que retroativamente decide acerca da significação do que lhe é dirigido, ou seja, o sujeito que se supõe que sabe o sentido.

A premissa é que o saber que se vai elaborar na experiência analítica, em certo sentido, já está aí. A própria noção de inconsciente remete a essa idéia; e é a partir desta idéia que se funda a demanda do paciente.

O “sujeito suposto saber” é, então, um efeito da estrutura da situação analítica. Ele é muito diferente de se identificar o analista com essa posição. Não se espera que o paciente comece a crer e a dizer que o analista sabe tudo o que lhe concerne. A abertura à transferência é, pelo contrário, uma “de-suposição” de saber por parte do paciente com relação ao analista. A suposição do analista saber não é uma crença ou um sentimento, trata-se de uma suposição de estrutura, isso é difícil de entender porque existe a tendência a confundir a dimensão fenomênica e a dimensão estrutural.

Essa teorização, que prioriza a estrutura do discurso analítico – anterior aos fenômenos transferenciais –, tem limites. Não se encontra nessa explicação o que dá vida às cores da concepção libidinal da transferência.

Lacan avança, quanto a esse limite de sua teoria sobre a transferência, quando considera que, na concepção libidinal da transferência, o objeto não é evidente, ele coloca o analista na posição do objeto a. “O objeto presente é o nada. [...] O analista é antes de tudo o invólucro do nada desta significação do inconsciente” (MILLER, s/d, p. 12). Isso vai acentuar a importância da regra da abstinência.

Miller (s/d) aponta para outro limite dessa perspectiva estrutural da transferência: ela não explica sem mediação o que a análise se tornou hoje, não mais simplesmente um modo de dizer ou um modo de ler o inconsciente, mas um modo de gozar do inconsciente. Ou seja, torna-se necessário, atualmente, se debruçar sobre a vertente real da transferência.

No seu último ensino, Lacan dá destaque ao gozo. Um termo que ele transporta para a psicanálise a partir da noção de usufruto do discurso jurídico, para dar conta do que Freud constrói em *Além do princípio do prazer* (1920). E, o define (1959-60) como algo implícito à tentativa permanente de ultrapassar os limites do princípio do prazer, movimento causador de sofrimento, ligado à busca do objeto primordial perdido.

Nas palavras de Monteiro: “O gozo é então o que o sujeito experimenta como algo que lhe causa desprazer, mas que está a serviço da satisfação da pulsão, apesar de o sujeito não saber qualificar isso que é experimentado” (2005, p. 72).

Como está fora do sentido, a vertente de gozo do sintoma exige modificações na clínica que tradicionalmente focaliza as formações do inconsciente. Para uma nova clínica orientada para o Real, para tudo aquilo que escapa à simbolização, Lacan indica priorizar o ato do analista.

Essa perspectiva se baliza não mais pela pontuação do analista que possibilitaria a elaboração do analisante, mas antes, pelo corte, que tem o objetivo de isolar o significante como fenômeno elementar do sujeito. A experiência analítica reenvia, desse modo, a produção de um significante, que, como traço, letra, tem por função última nomear o sujeito, dando-lhe não uma identidade, mas um nome de gozo no horizonte desabitado do ser (MONTEIRO, 2005, p. 73).

Assim, a análise poderá intervir e modificar o gozo, que, no início, representa para o sujeito como um grande impasse – se livrar do sofrimento do sintoma significa também abrir mão da satisfação pulsional que ele proporciona. Na experiência da análise, as relações do sujeito com o gozo passam por transformações, advindo um gozo permitido, um gozo que não se esconde, que não seja mais obstáculo na vida do sujeito.

CAP. 6 - A TRANSFERÊNCIA NA CLÍNICA DA TOXICOMANIA

Nesse desvio do emprego de produtos que constitui a alienação toxicomaniaca, o duo do sujeito e sua droga não é nunca tão perfeito que não dê lugar ao sofrimento, ao chamamento, à possibilidade de uma demanda.

Valleur e Angel

Trataremos, neste capítulo, de entraves que se apresentam na clínica psicanalítica com os toxicômanos e dos possíveis encaminhamentos para o processo de constituição do campo transferencial.

Acompanharemos o paciente desde a sua chegada para o tratamento, momento em que o toxicômano apresenta a necessidade imperiosa e exclusiva de droga, sem poder associá-la com outras necessidades existentes, que ficam em um plano secundário.

Veremos como o início do tratamento pode favorecer a passagem do objeto droga de uma posição Real²³ para uma posição de significante, inserida na cadeia significante, permitindo a singularização de uma demanda de tratamento, na qual o paciente poderá falar em nome próprio, indicando o acesso em relação ao próprio desejo.

E se, de acordo com a demanda, entra-se em análise, buscaremos contribuições para pensarmos em que posição o toxicômano coloca o psicanalista. Verificaremos alguns momentos clínicos, que exigem diferentes intervenções para facilitar a evolução clínica do paciente, no sentido de alcançar uma posição subjetiva, que permita o pensar e o agir como parte de um efetivo exercício de escolhas singulares.

²³ O termo Real, com letra maiúscula, é utilizado por Lacan para diferenciar do real referente à realidade.

6. 1. Como o toxicômano chega ao analista

Conforme as informações adquiridas em nossa pesquisa – pela mediação das entrevistas e da literatura especializada –, o toxicômano, na maioria das vezes, chega ao analista sem qualquer demanda de análise. Muitos são trazidos pela família, ou encaminhados por escola, local de trabalho ou pela justiça. Esses pacientes são os que mais dificilmente aceitam o tratamento, porque, além de não haver demanda de análise, não há nenhuma demanda de tratamento, nem pedido de socorro, pois eles ainda não reconhecem nenhum prejuízo causado pelo uso contínuo de drogas.

Há apenas o toxicômano e a droga e, neste duo, parece não haver fenda ou abertura possível, não há intermediação da palavra, o que obstaculiza qualquer intervenção terapêutica. O início do tratamento torna-se, portanto, uma etapa fundamental e talvez a mais decisiva.

Santiago (2001) aponta, como premissa para abrir possibilidades de manejo desta fase inicial do tratamento, a aposta no sujeito: “[...] se há um sujeito, há também um discurso do toxicômano, e não apenas um consumo toxicômano. Trata-se de articular o discurso do toxicômano para descentralizar a problemática do objeto, recuperando o verbo” (p. 93).

Existem também aqueles toxicômanos que, muitas vezes, por força de um contundente e grave problema, consequência do uso abusivo de drogas, procuram auxílio muito angustiados por reconhecerem algumas perdas, se apresentando em situação de intenso sofrimento. Esses pacientes têm mais probabilidade de aderirem ao tratamento, mas é importante que estejamos alerta: ainda não há uma demanda de análise.

O pedido de ajuda surge quando a droga falha em sua função de alívio ou de indutor de bem-estar; ou seja, quando a substância deixa de responder a todas as perguntas e de evitar situações difíceis e angustiantes.

Para Conte (2000), a montagem toxicomaniaca fracassa, quando ocorre o desfalecimento da função de tóxico, que a droga ocupava na vida psíquica do toxicômano.

Essa função é a de subtrair o desejo para que este não seja engolfado pelo Outro, livrando, ao mesmo tempo, o sujeito de um completo desaparecimento subjetivo.

É nesse momento de fracasso da montagem toxicomaniaca, que o toxicômano busca tratamento, apresentando-se com uma necessidade urgente, tanto de usar, como de parar com o uso das drogas. Cruz e colaboradores (2001) exemplificam duas posições que representam as duas faces desse mesmo pedido do toxicômano: “[...] um pedido maciço de ajuda – ‘quero que você me ajude a mudar tudo’ – ou uma posição que não representa necessariamente um desejo de abandonar o uso da droga – ‘quero me drogar sem que ela me faça mal’ [...]” (p. 231).

Essas duas posições indicam uma ilusória expectativa de voltar a um momento anterior, quando não havia a droga, ou ao tempo em que o sujeito sentia que controlava a droga e a montagem toxicomaniaca apresentava-se como a solução perfeita e completa para todos os problemas.

Antes de entrar no campo da transferência, a toxicomania, na maioria das vezes, não está estruturada como um sintoma – no sentido psicanalítico do termo, algo que condensa muitos sentidos –; ao contrário disso, ela realiza um tratamento do corpo que não possui sentido em si mesmo. Além disso, o toxicômano não se interessa pelo significado da toxicomania para a sua vida. Ele localiza seu sofrimento apenas na falta química, ele só pode falar sobre uma extrema dor física – uma estratégia de proteção contra a angústia e a depressão provocadas pelas exigências pulsionais e o enfrentamento do desejo.

Segundo Freda (1989, apud Miranda, 1993)²⁴, quando os toxicômanos procuram tratamento, é comum usarem expressões do tipo: “venho aqui, porque não posso mais”; “estou vendo-me louco”; “se continuar assim, morro”; “isso tem que terminar”. “quero sair da droga,

²⁴ Entrevista publicada na Revista AUTREMENT – Série Mutations, Vol.106, Abril/89, Paris. Traduzida e publicada no Brasil, conforme referência.

voltar a ser o que eu era antes”. Essas falas denotam o reconhecimento do toxicômano de ser ele o objeto da droga, de ser a droga que comanda.

Nosso entrevistado 3 corrobora com essa idéia, quando menciona que o toxicômano procura análise na posição de vítima da droga, sendo difícil para ele voltar-se para si mesmo, ou seja, implicar-se subjetivamente com seu sofrimento, o qual permanece petrificado na questão de ter ou não ter a droga. Se o toxicômano superinveste o tóxico, abdicando do simbólico, certamente é porque não está em condições de suportar o que se configura como uma ferida narcísica muito grande.

O que é, então, que o toxicômano solicita? Como alerta Freda (1989, apud Miranda, 1993), não se deve entender seu pedido de socorro como uma espécie de intenção, de vontade de querer sair da droga. Devemos ficar atentos à mensagem que recebemos: o problema é do analista, na medida em que este fica na posição daquele que vai ser um pouco barrado, daquele que vai tirar o objeto do lugar onde está. É como se o paciente dissesse “Sou toxicômano, porque tomo droga, você já sabe o resto”.

Assim, dá-se um signo ao terapeuta, fazendo dele um especialista da toxicomania. Como se bastasse dizer “sou toxicômano” para que o analista faça algo. Nesse caso, o terapeuta é colocado no lugar do “outro lado da moeda”, como signo da existência da toxicomania: o terapeuta contra e o “eu sou toxicômano” a favor da toxicomania. Duas metades, dois produtos do Outro, frente aos quais o toxicômano continua objeto passivo, sem se implicar.

Se alguém se baseia somente na droga para aceitar um paciente em tratamento, o Outro, que tudo sabe, já está instalado. Se o terapeuta aceita esta posição e entra no discurso do toxicômano, terá lugar uma luta imaginária para saber quem tem razão, quem é o mais forte: a droga ou o terapeuta, a droga ou a instituição. A posição do paciente será, então, a de olhar o espetáculo desta luta.

Podemos extrair das entrelinhas da fala de nosso entrevistado 2, um exemplo dessa aceitação pelo analista da posição em que o paciente o coloca, no seguinte trecho: “[...] e volto a dizer a eles [...] que a gente só quer o bem, só quer a melhora deles. [...] e tento perguntar a ele o que é que a droga está fazendo de bom pra ele? O que é que ele acha de bom, quais as vantagens, se ele consegue ver alguma, por favor, ele me aponte. Nenhum deles, até hoje, apontou.”

Entrar no discurso do toxicômano pode trazer vários desdobramentos para a construção de um espaço transferencial, conforme detalharemos no decorrer do presente capítulo. Um deles é bem elucidado nas palavras de Freda (1989, apud Miranda, 1993):

Sabemos que há um limite estrutural [inerente à ética psicanalítica] e que, se nós vamos operar exclusivamente sobre a droga, e não tivermos um significante sobre o qual nos apoiarmos, não vai haver possibilidade de orientar-nos e dirigir a cura, e a cura vai ser então orientada pela presença ou pela ausência da droga (p.18).

Para Lacan, em *A direção do tratamento e os princípios do seu poder* (1958), o analista deve dirigir o tratamento a partir de um processo que tem como primeiro passo a retificação subjetiva (apud MONTEIRO, 2005). Esta consiste em fazer o sujeito se implicar em seu próprio sofrimento e destituir, assim, o Outro, do lugar de único responsável pelos seus infortúnios.

Lacan exemplifica esse passo com a prática de Freud, quando este pergunta à Dora, qual a sua participação na desordem da qual se queixa, fazendo-a passar da posição de vítima sacrificada à de agente responsável pelo seu sofrimento. Freud também mostra ao Homem dos Ratos, que a sua doença está lhe sendo útil como artifício para adiar sua decisão entre casar com uma moça pobre ou com uma rica.

Monteiro (2005) acrescenta que, quanto à clínica da psicose, esse primeiro passo pode ser considerado uma “introdução subjetiva”; pois a condição de sujeito do psicótico está

sempre ameaçada, de modo que introduzir o sujeito é implicá-lo de alguma maneira, responsabilizá-lo pela sua condição de sujeito de direito.

A implicação subjetiva é, pois, o umbral da demanda de análise, que, por sua vez, permite a entrada em análise. Mas, é justamente ela que é evitada e obscurecida pela toxicomania. Sendo assim, torna-se necessário, na clínica com o toxicômano, recuperar o simbólico, a subjetividade, a palavra.

Nosso entrevistado 3 salienta a importância do acolhimento inicial desse sujeito, que nos chega transbordando de dor. É preciso que o analista se coloque enquanto presença e garanta um espaço de continência, para que o sujeito possa suportar atravessar essa dor que se apresenta no real do corpo. Pois, se o sujeito não perceber que tem alguém com ele, dando-lhe sustentação, para ele não desmoronar, ele não vai investir nessa empreitada.

O mesmo entrevistado 3 faz uma comparação com os pacientes psicossomáticos, que, por um bom número de sessões, só conseguem falar do próprio corpo, até poder fazer a passagem para a subjetividade. Do mesmo modo, alguns pacientes toxicômanos, durante as primeiras sessões, só conseguem falar da sua relação com a droga – como faz para adquiri-la, quantas vezes fez uso, descrevem o uso, descrevem a falta da droga, etc.

Nesse sentido, e a partir das semelhanças encontradas entre a montagem toxicomaniaca e os quadros de superinvestimento narcísico do corpo (vide CAP.2, desta dissertação), acreditamos que seja possível construirmos algumas referências norteadoras para o início do tratamento psicanalítico com sujeitos toxicômanos inspirando-nos em algumas idéias desenvolvidas por Maria Helena Fernandes (2003), sobre o corpo doente na situação analítica.

Essa autora tem como importante aspecto norteador de sua proposta priorizar a busca por transformações na disponibilidade de escuta do analista, em contraposição à postura de outros autores, que preconizam o remanejamento do enquadre analítico.

Para ela:

[...] o problema orgânico, qualquer que seja sua etiologia, é uma realidade da qual nem o paciente nem o analista podem fugir e, às vezes, nem mesmo esquecer. Deve-se ter claro que essa realidade orgânica não exclui outras realidades: neuróticas, psicóticas, perversas. Como analistas, nós olhamos, escutamos e, de certa forma, participamos dessas realidades (ibidem, p. 103).

Para o sucesso do tratamento analítico, Fernandes (2003) defende que é primordial questionarmo-nos a maneira pela qual acolhemos a “dor corpórea” (e a toxicomania) de nossos pacientes. Porque não podemos negar que o corpo (e aqui incluímos a questão fisiológica da falta química da droga que o toxicômano insiste em colocar em primeiro plano), como realidade específica, invade a situação analítica.

A toxicomania não remete a uma significação oculta como no modelo do sintoma neurótico, mas ocupa um lugar na economia psíquica do sujeito. E, como lembra Escobar (2006), o processo psicanalítico, tal como foi concebido por Freud, não comporta o “discurso toxicomaniaco”. Esta “nova forma de subjetivação na contemporaneidade”, nos termos de Birman (2001), constitui um desafio ao processo psicanalítico clássico e impele o terapeuta a estender sua escuta a um campo além da subjetividade, sendo convocado a freqüentes incursões na realidade objetiva do paciente.

No modelo de escuta analítica do corpo, só um verdadeiro acolhimento pode abrir possibilidades para que o trabalho analítico consiga reconstruir alguns circuitos simbólicos antes bloqueados e para que vá envolvendo em suas redes o real do corpo e possibilitando que o paciente encontre novas saídas em relação a sua dependência.

Se essa transposição – do modelo de escuta analítica do corpo para a escuta psicanalítica do toxicômano –, com os devidos ajustes, tem sua validade, vejamos o que Fernandes (2003) propõe como prática analítica:

[...] o trabalho da análise pode bem ser o de nominação/ligação, essa colocação em palavras que reenvia sempre a alguma outra, criando assim uma cadeia associativa que visa ligar os elementos do discurso em um verdadeiro trabalho de construção de sentidos. Nomear a doença significa dar-lhe, de alguma forma, um contorno, um limite, de tal maneira que ela comece a adquirir uma forma, uma imagem, permitindo ao paciente inscrevê-la em uma história (p.98).

Desse ponto de vista, interpretar não quer dizer desvelar o sentido oculto, mas, sim, trabalhar na construção de novos sentidos e abrir espaço para outras interpretações, favorecendo o trabalho associativo do sujeito.

Essa diversidade de sentidos se constrói por meio das palavras. O analista incentiva o paciente a desenvolver seu poder imaginativo e de associação livre, “por meio da delicadeza da escuta, [...] da busca dos detalhes, dos gestos, do olhar, do silêncio, que o analista reencontra as marcas das imagens internas do paciente” (FERNANDES, 2003, p.99).

Assim, favorece o estabelecimento de um sistema simbólico, de uma cadeia associativa, em torno do fenômeno toxicomaniaco, de tal forma que este acontecimento, que toca o corpo, não fique privado de possibilidades metafóricas e adquira uma forma, uma imagem passível de ser inserida em uma história.

Cabem à abordagem psicanalítica “todas as formas de viver o corpo e de colocá-lo em palavras, mesmo que essa palavra [sic] não seja pronunciada com facilidade, mesmo que ela seja mais ‘atuada’ que ‘falada’, mesmo que seja muda [...]” (FERNANDES, 2003, p.103).

Os pacientes toxicômanos e somáticos, dentre alguns outros representantes das formas de subjetivação na contemporaneidade, colocam em evidência a limitação da escuta analítica, se esta tenta se guiar pelo modelo clássico, em que o trabalho analítico visa desvendar os sentidos ocultos do sintoma. Eles podem nos ensinar que a expressão verbal e metafórica freqüentemente utiliza o corpo como imagem, solicitando do analista um olhar e uma escuta capazes de figurar essa imagem e descrevê-la em palavras.

Eles parecem necessitar que o analista os acompanhe na busca das palavras capazes de acolher os detalhes mais fortuitos, da sua fala, e colocá-los em relação com o que se passa no seu corpo, permitindo que um sistema simbólico possa ir lentamente se estabelecendo em torno do evento somático (FERNANDES, 2003, p.101).

Conte (1997, p.34) afirma que receber o toxicômano marcadamente situado em uma necessidade de parar com o uso da droga, do ponto de vista da psicanálise, significa levar em conta o sujeito e não um corpo orgânico. Mas, para isso, é necessário utilizar-se do método clínico psicanalítico de forma flexível, renunciando aos estereótipos da droga e do drogado e escutando os “lugares de irrupção do tóxico” no discurso do paciente.

Podemos acrescentar, baseados nos ensinamentos de Fernandes (2003), que essa flexibilização da escuta inclui considerar que o discurso do paciente, muitas vezes, tem como única via de expressão o Real do próprio corpo. É justamente quando o sujeito, por meio da palavra, só pode mostrar seu corpo, que a escuta do analista deve poder acolher a emergência do evento somático da vida do paciente, reinventando-lhe uma trama.

Outro aspecto significativo assinalado por Fernandes (2003) é que alguns pacientes psicossomáticos chegam com certa expectativa de que o analista procure explicações psicológicas para designá-las como causa de sua doença somática, o que pode resultar em certa reação paranóica.

Para o toxicômano, o tratamento, além de ameaçar expor os conflitos que o paciente tenta evitar através do uso abusivo de drogas, também dá indícios de pôr em perigo sua quase exclusiva fonte de alívio, prazer e suporte narcísico.

Nosso entrevistado 4 discorre sobre alguns pacientes toxicômanos, que, em início de tratamento, se colocam numa posição subjetiva de verdadeiro antagonismo ao analista, ficam entrincheirados em defesa da sua relação com a droga e colocam o analista no lugar daquele que vem apartá-lo do objeto exclusivo de sua neo-necessidade.

Certamente, esse tipo de reação agravar-se-á, se o analista, logo de início, propõe um trabalho de busca dos sentidos inconscientes para o ato toxicômano. Principalmente, se temos em vista que esse paciente geralmente chega ao consultório do analista, numa situação diferente da situação psicanalítica clássica, assentada no tripé sintoma, demanda e transferência.

O “analizando clássico”, segundo Santiago (2001), por viver a própria divisão do sujeito operada pelo recalque e impulsionado pelo sofrimento causado por seu sintoma, procura ajuda. Esse pedido de auxílio, nas primeiras entrevistas com o analista, transforma-se em uma demanda de análise – demanda de decifração do sentido do sintoma – a qual, por sua vez, vai orientar a transferência.

Em contraposição, o toxicômano procura o analista, não na posição de sujeito dividido, mas na posição de mecânico de seu próprio corpo. Acredita que sua falta é uma falta química, simplesmente. Não se trata de uma falta a ter ou a ser. Além disso, não se interessa por seu inconsciente, nem por seu romance familiar.

As intervenções explicativo-causais de cunho psicológico tornam-se inadequadas, por se constituírem verdadeiros atos de violência ao paciente, que, numa tentativa extrema de reduzir o sofrimento e os conflitos psíquicos, encontra uma saída somática e não-psicológica.

A clínica com esse tipo de paciente solicita do analista a delicadeza de tentar manter-se no espaço intermediário, não cedendo às demandas imediatas nem se ausentando demais em um silêncio sem eco, tentando permanecer no espaço suspenso e aberto da palavra.

Um silêncio rígido do analista pode enviar o paciente a uma solidão muda, remetendo-o à sua própria morte e à incapacidade de lidar com os traços traumáticos de sua própria história. Não é por acaso que esse tipo de paciente tem necessidade de constatar a presença viva do analista; é essa presença que lhe assegura que o analista não está ‘morto’. É interessante notar que simples expressões sonoras que emanam do analista muitas vezes são suficientes para reassegurar o paciente, permitindo assim o desenrolar do trabalho associativo (FERNANDES, 2003, p.106).

Sensível a essas peculiaridades iniciais no tratamento do toxicômano, Melman (1992) propõe, como essencial ao tratamento, uma empreitada de sustentação do narcisismo, que poderia parecer contrária à ética psicanalítica, mas que se pode sustentá-la, se cuidarmos de uma escuta.

Em outra perspectiva, Olievenstein (2002) também condena o silêncio típico da clínica psicanalítica clássica no tratamento dos toxicômanos, sugerindo ao analista uma atitude diferenciada, principalmente na primeira fase do tratamento. Vejamos o que diz:

É preciso partilhar a fantasia com o toxicômano, procurando uma imunização contra a intensidade do afeto doloroso: trata-se de uma espécie de sedução: a escuta, ao contrário da analítica, não pode ser silenciosa, já que não há ainda possibilidade de espera. Uma relação meio cúmplice, meio perversa – uma perversão necessária própria da dependência com o terapeuta. Isso pode permitir ao sujeito construir, de alguma maneira, um novo edifício psíquico mais ou menos sólido (ibidem, p. 97).

Trata-se de uma estratégia, que, embora possa ser considerada de manipulação, não objetiva trocar uma dependência por outra. Ela objetiva a independência psíquica do sujeito. O terapeuta oferece-se como um ponto de referência, uma segurança, que permita a emergência do desejo sexual, diferente daquele da perversão, indiferenciado. O resultado deste processo é uma vida psíquica pobre, definida negativamente pelo não-retorno a um limiar insuportável de sofrimento. Mas, apesar de tudo, traz ao sujeito uma segurança que ele nunca conheceu.

A ética, chamada por Olievenstein (2002) de perversa, procura instaurar uma perversão à altura do duo eu-droga, ou uma estratégia de sobrevivência que pode substituir a “neo-necessidade” do toxicômano. A perversão da relação terapêutica foi o meio por ele encontrado para realizar a transição para fora do nirvana; um meio arriscado e delicado que exige do terapeuta habilidade. A grande dificuldade é justamente a sedução da perversão, a atração que o jogo perverso e ilusionista exerce constantemente sobre o terapeuta e o paciente.

Essa terapia transicional é justamente uma transferência do vínculo enigmático, que une o sujeito e seu objeto-droga, para uma situação que possa absorver a intensidade deste investimento pouco apreensível.

Como toda transição, este tipo de psicoterapia – criada por Olievenstein – deve obedecer a uma seqüência lógica, gradual e paulatina de passos intermediários. Qualquer transferência de intensidades deve obedecer a um ritmo e a uma lógica proporcional à quantidade nela envolvida. E, posteriormente, num determinado momento do percurso do tratamento, a exclusividade e a onipotência cedem para a falta e o sofrimento.

Birman (1997) também leva em consideração essas particularidades da clínica da toxicomania, quando diz: “A presença viva do analista é necessária para que ele possa acolher o impacto das forças pulsionais, se constituindo assim como esse Outro, através do qual a libidinização torna-se possível” (p.26).

Isso nos remete a uma analogia com a função materna, no início da vida, quando a mãe – ou seu substituto – serve de continente para o impacto das forças pulsionais, procurando dar-lhes nome e sentido. Esse acolhimento e essa nomeação dão ao bebê a experiência da presença da mãe. E o trabalho de escuta e interpretação das demandas do bebê só é possível, quando a mãe investe no corpo da criança.

Tomando justamente a escuta do corpo do bebê pela mãe como modelo de escuta do corpo na situação analítica, Fernandes (2003) enfatiza que é o Outro-analista, que, à semelhança da alteridade materna, pode investir o corpo do paciente, acolhendo e nomeando suas sensações, em uma operação de libidinização, transformando-o, assim, em um “corpo falado”, aberto à abordagem psicanalítica, enredado na teia simbólica.

Esse acolhimento só é possível se o analista não se perder nas ressonâncias contratransferenciais de suas próprias representações frente à toxicomania e de sua onipotência. O trabalho de observação sutil, na psicanálise, consiste não só na observação do

funcionamento psíquico do paciente, mas, também, no funcionamento psíquico da dupla formada por analista e paciente, que mutuamente se afetam.

Exercer essa função materna de nomeação e libidinização é diferente, embora pareça próxima da atitude do analista aceitar a posição para a qual o toxicômano se esforça em arrastá-lo, a posição de um Outro materno alienante, como veremos, mais adiante. Isso inviabilizaria o tratamento psicanalítico.

O analista, ou a equipe da instituição de tratamento, vai traduzindo o que o paciente refere como “necessidade” imperiosa de droga, relacionando com os significantes que compõem o relato de vida, ou que se encontram nas entrelinhas, mas que não estão acessíveis ao paciente. Numa operação semelhante à interpretação que a mãe atribui ao choro de seu bebê, ele prepara as condições para o surgimento da demanda de análise. Pois, de acordo com Lacan (1958, apud ROUDINESCO, 1998, p.299), só quando atravessada pela linguagem é que a necessidade se converte em demanda.

Só com a entrada da linguagem e desse terceiro, o analista, será possível favorecer uma mudança de foco, do registro da necessidade para o registro da demanda, da solução “tóxico” para aquilo que ela encobre, o sintoma.

Nosso entrevistado 3 descreve uma possível intervenção do analista, que, aos nossos olhos, coaduna-se com o que trabalhamos até agora sobre o acolhimento clínico do acontecimento toxicomaniaco: “Olhe, esse uso está lhe incomodando, estou percebendo isso, e posso ouvi-lo; mas você não é só isso, e aqui é o lugar de falar disso, como também de tudo que lhe ocorrer, o que lhe vier [...]”.

Essa intervenção representa a preocupação em não desprezar a concretude do uso abusivo das drogas e, ao mesmo tempo, estimular a atividade da associação livre, do deslocamento entre os significantes.

6. 2. A demanda de análise

Vimos que para se começar uma análise é necessário um sintoma e também um desejo de saber sobre ele, ou seja, é necessário que uma demanda se articule em torno do sintoma. Isso supõe “uma escolha singular e uma posição subjetiva que devem ser entendidas por si mesmas, e não em função do simples consumo de substâncias[...]” (LE POULICHET, 1996, p.545).

Este não é o caso do toxicômano: ele se apresenta como um sujeito inteiro, sem falha, exceto por um detalhe: querer parar de usar drogas. É sobre essa pequena margem que é preciso atuar. Para ele, o fato de drogar-se é uma verdade em si e ele traz essa verdade consigo.

Além disso,

Decifrar, o trabalho de significação e ressignificação, é um trabalho árduo para o toxicômano, pois sua relação com a linguagem é tênue, marcada por uma renúncia à simbolização e uma constante substituição de palavras por atos que fazem do início do tratamento um grande palco, onde o toxicômano demonstra sua dificuldade em lidar com a droga, fonte ao mesmo tempo de prazer e sofrimento (MARTINS, 2001, apud CRUZ, 2001, p.235).

Sabemos que a necessidade imperiosa de droga esconde algo relacionado com a falta de satisfação sexual e precisa ser escutada nessa dimensão simbólica. Como outras novas formas de manifestações clínicas, ela é uma prática que esconde o sintoma e o sujeito dividido. O toxicômano faz da droga a causa da demanda. E, por isso, exige uma atenção toda especial à demanda. Exige que o analista passe “da demanda de tratamento para o tratamento da demanda” (COGUS et al, 1989, p. 58)²⁵.

O toxicômano nos apresenta uma certeza, está certo de saber quem ele é: “eu sou toxicômano”. Essa espécie de enunciado diagnóstico reduz, num primeiro momento, o acesso

²⁵ Texto publicado na Buletin de Liaison du CNDT (1989). Publicado também em *Analytica* 57; lê toxicomane et sés thérapeutes. GRETA. Navarin Éditeur, 1989, Paris, p. 130-8. Traduzido e publicado no Brasil conforme referência.

ao tratamento e o alcance do ato analítico. Ao se definir assim, ele oculta seu sintoma, esconde “a causa” que o faz colocar a droga na posição de “tóxico”.

É necessário, sobremaneira, tornar esta prática sintomática e favorecer o surgimento de uma divisão do sujeito e de uma questão sobre o sintoma. Há, aqui, um problema clínico: como chegar a um sintoma, a partir dessa apresentação (“eu sou toxicômano”)? Como fazer com que a solução toxicomania se converta em sintoma? O analista tem uma operação clínica a realizar: não identificar o sujeito ao seu comportamento e focalizar o sujeito em sua singularidade.

É como se o toxicômano realizasse um desejo de afirmar “você não sabe o que é drogar-se”. Para exemplificar essa afirmação, tomamos as palavras de nosso entrevistado 1, as quais descrevem atitudes de alguns toxicômanos, que provocam, contratransferencialmente, um profundo sentimento de irritação no analista.

São pacientes que claramente têm uma atitude, que eu digo, assim, até provocativa dentro do grupo [...] usam também o espaço do grupo para estar dizendo o que fez: que fez, que pegou, que roubou, que não sei o quê, que pegou crack, que pegou pedra [...]. Nisso aí, eu sempre tenho que intervir; mas, isso me incomodada profundamente (ENTREVISTADO 1).

Como verdadeiro amante da unidade, o toxicômano se compraz de ser completo. Nessa posição, ele faz valer o gozo do seu saber. Uma indicação clínica seria não perguntar ao toxicômano o que ele sente. Quanto mais lhe perguntam como goza, mais ele goza; porque sente que o Outro está preocupado e começa a gozar da ignorância do Outro. O toxicômano faz uso de um saber que desorienta o psicanalista – porque ele extrai gozo de um produto de consumo, um gozo fora da ordem fálica. Mas,

O que o toxicômano ignora é que o ‘eu sou toxicômano’ não é senão aquilo que ele suporta como proveniente do Outro. Longe de ser um sintoma, o ‘eu sou toxicômano’ descreve antes o lugar onde ele se encontra em sua relação com o Outro: ao se nomear, ele autentica a voz do Outro (FREDA, 1993, p.16)²⁶.

²⁶ Texto publicado na Revista Quarto Bulletin de l’Ecole de la Causa Freudienne em Belgique. Periodique Trimestriel. Traduzido e publicado no Brasil conforme referência.

O toxicômano fica em cumplicidade com o Outro do discurso, o Outro social, que identifica o sujeito a seu comportamento e solicita ao psicanalista que separe o sujeito da droga. O toxicômano é o sintoma do Outro, é o produto do Outro e, também, o objeto do Outro. O sujeito apresenta-se nessa posição de transmitir a mensagem do Outro.

Assim sendo, é importante que o analista confirme a veracidade da afirmação do paciente – o analista não sabe como este se droga – e comprove que isso constitui uma diferença entre eles dois; acrescentando que, todavia, o essencial é saber por que ele se droga. Assim, tomando como ponto de partida a declaração expressa de um não-saber do analista sobre o toxicômano, o analista apresenta para o paciente uma questão mais importante: o não-saber por que ele se droga. Por esta forma, pode-se realizar uma mudança no discurso do paciente.

O sujeito passa da solução ao sintoma, da necessidade à demanda, quando começa a reconhecer aquilo que faz nele um erro, um defeito, o significante enquanto tal. Momentos em que algo da ordem da divisão se produz para o sujeito: “cada vez que digo a mim que quero parar, não posso; minha palavra não consegue”; “o que eu digo não consegue parar esse consumo”. Quando uma espécie de equilíbrio se rompe, podemos imaginar um tratamento para esse paciente.

Em lugar de tentar curar a toxicomania, o analista deve fazer surgir novas formações que figuram as questões fundamentais do sujeito. Isso envolve, num primeiro tempo, suscitar a transformação de uma montagem narcísica em formações de sintomas no tratamento.

Precisamos favorecer uma espécie de reconhecimento, não da droga e de seus efeitos, e sim da posição que o sujeito ocupa no interior desse processo de consumo regular de droga. O que será que se passa com ele para não poder deixar de tomar a droga? A pergunta que pode nortear o trabalho clínico é formulada assim por Le Poulichet: “Em que posição o sujeito tem acesso ao gozo toxicômano?” (apud CONTE, 2000, p.134).

Muitas vezes, a droga ocupa um lugar de resposta do sujeito a uma questão anterior, que se apresentou, para ele, como algo muito difícil. Nosso entrevistado 1 nos oferece alguns exemplos disso, reproduzindo a fala de seus pacientes:

[...] Eu sempre usei drogas, (ou sempre bebi), porque sempre gostei. Agora, quando eu me separei, aumentou muito mais; “quando mamãe morreu, aumentou muito mais, porque ela era meus pés e minhas mãos”. O que configura que um sofrimento muito intenso pode transformar o consumo, até então não considerado um problema, em um comportamento excessivo e muito destrutivo. O sujeito passa a viver só para aquilo, mesmo [...]

Para casos que se apresentam com essa peculiaridade, Conte (2000) aponta para o que deve ser o foco do analista. Se um paciente, por exemplo,

tem usado compulsivamente drogas para conseguir um espaço subjetivo independente de sua família, traduzir esse “pedido de socorro” em uma demanda de tratamento exigirá focalizar as dificuldades que tem encontrado para se ver independente da família e as formas de que tem se utilizado para alcançá-la (p.202).

Para Freda (1996), a resposta psicanalítica à demanda de um toxicômano é aquela que o surpreende, o faz reagir. É freqüente que isso gere uma certa hostilidade da parte dele que espera, na maioria dos casos, por uma resposta positiva e imediata, pois a droga consumida após alguns anos, aparece na lógica do toxicômano como o único motivo de demanda de tratamento. Porém, se o paciente sabe qual é a enfermidade e como se curar, o problema reflete-se na seguinte questão: para que veio se tratar, já que ele sabe o objeto que produz sua enfermidade.

Esse autor propõe que o analista comece a duvidar da proposição de um paciente que diz ser toxicômano: “como sabe disso?” “quem lhe disse isso?”. Porque o “eu sou toxicômano” livra o sujeito de pensar, deixando-o à vontade para imaginarizar o ser, ou seja, tamponar a contradição entre o ideal do ego e o ego. Questioná-lo favorece a divisão do sujeito.

Deve-se romper a imaginarização do ser, ou seja, deve-se deslocar a droga da posição de saber. Se há uma solução, a droga contém, para o toxicômano, um saber. E é deste saber que provém o saber do toxicômano.

É preciso localizar aquilo para o qual a droga se põe como solução, em relação ao sujeito. Isso corresponde ao momento do tratamento em que a resistência aflora com mais intensidade, pois o sujeito vai querer manter esse saber, essa solução.

[...] é pondo em perspectiva o desconhecido e pondo em ação um enigma que é possível abrir uma outra temporalidade, ali onde a imediatez das respostas do corpo anulava sempre o tempo articulado da questão (LE POULICHET, 1996, p.545).

Só assim, a droga poderá desaparecer como lugar de saber. Parece igualmente essencial interrogar esse tempo em que a elaboração fantasística se cristalizou para dar lugar a um ‘fechamento narcísico’ (geralmente muito antes de qualquer uso de droga), e assim despertar todas as questões fundamentais que ficaram em suspenso.

Muitas vezes, essa experiência pode significar que o trabalho da fantasia se sedimentou, não desencadeando mais a elaboração de um questionamento e de um saber que serviria para elaborar do objeto primário. É precisamente o enigma do desejo do Outro que deve ser despertado e posto em movimento no tratamento, através da retomada das indagações e das construções, quando esse enigma parecia antes obturado por uma certeza que evocava sempre a mesma resposta do corpo.

Para Le Poulichet :

O tratamento analítico deve ser entendido então como trabalho de (re)acionamento de um recalamento que torne finalmente inacessível esse lugar enigmático do saber inconsciente em que o corpo se converte quando se altera na transferência: trabalho de urdidura do gozo com sua própria interdição graças à construção de “teorias” e de “romances” em que o sexual encontra o seu lugar de elaboração fantasística (apud CONTE, 2000, p.244).

É a partir do lugar onde esse objeto se encontra que vão articular-se formas de apresentação do sintoma. O vínculo com o produto perde sua intensidade abrindo caminho

para o investimento erógeno no vínculo transferencial. Deste lugar, o analista pode promover o acesso ao simbólico e a transformação da queixa em enigma.

É a constituição de sintomas, ainda que sob a forma de uma queixa, que engendra uma distância entre o sujeito e o gozo, instaurando o lugar do enigma e de um terceiro saber. A criação do sintoma no tratamento supõe que o sofrimento do analisando se organiza ou se elabora simbolicamente como uma interpretação do desejo do Outro, fazendo ressurgir a criação de “teorias” e “romances”. É exatamente essa nova configuração que torna possível a análise, a partir do momento em que o analisando suscita o lugar do Outro no tratamento como o lugar de onde seu sofrimento vai receber um sentido.

Segundo Le Poulichet (1996), os clínicos são levados a construir a relação analítica como o lugar onde se decompõe o esteriótipo da droga. Através do surgimento de dúvidas, questões e dizeres novos abre-se um outro lugar do sujeito e, finalmente, no espaço analítico como nos outros, uma toxicomania é estruturada como uma resposta que varia segundo a questão singular que lhe é endereçada.

6. 3. O problema da transferência

O vínculo transferencial se organizará necessariamente em torno da retomada do questionamento fundamental que dá ao sujeito o seu lugar: “Que quer o Outro de mim? ou “Que sou para o Outro? E, durante todo o tratamento, as provocações ou as atuações do paciente poderão, muitas vezes, serem entendidas como novas maneiras de formular essa questão, especialmente sob a forma de um “Você pode me perder?”, que se traduz por uma falta às sessões.

Existem toxicômanos que têm a possibilidade de jogar com as letras, com a alternância entre a presença e a ausência. Desse modo, podem fazer associações livres no tratamento. Mas, há os sujeitos que não têm possibilidade de estabelecer esse jogo, o espaço entre uma palavra

e outra é insuportável para ele. A droga é continuidade, não há ambivalência, corpo e droga são um só.

Especialmente nos casos mais graves, a clínica é posta à prova. A questão da analisabilidade coloca-se: até que ponto e em que situações o toxicômano pode analisar-se? Podemos nos inspirar em *Tratamento psíquico* (1905), onde Freud afirma que o grau de disponibilidade psíquica para o tratamento não deve ser deixado sob a decisão exclusiva do paciente; ao contrário, deve-se lhe arrancar deliberadamente esse estado psíquico favorável, graças a meios apropriados. Buscar os meios apropriados para arrancar do toxicômano o estado psíquico favorável significa inventividade e flexibilidade do enquadre em que se dará o tratamento.

Contrariamente ao que foi defendido ao longo de muitos anos, a respeito da inadequação do método psicanalítico para o tratamento de toxicômanos, podemos constatar que, quando o toxicômano se engaja em uma análise, ou em um tratamento institucional, ele estabelece, afora raras exceções, um tipo de transferência particularmente intenso, como confirmam inúmeros autores [Olievenstein (1990), Melman (1992), Walks (1997)] .

De acordo com Conte (2000), as formações toxicomaníacas criam vínculos através de fusão e não de ligação, apresentando-se como um fazer. O objeto pulsional e o ideal do ego estão confundidos e as condições da transferência estão problematizadas.

Comparar a relação toxicômano-droga com as formações de massa dá a dimensão da dificuldade de intervir nessa relação, exigindo, transferencialmente, mudanças na escuta e no *setting* psicanalíticos, tais como a flexibilidade do analista para modular a relação, de acordo com as distâncias que o paciente impõe no vínculo terapêutico, frente a reatualização com o analista da relação fantasmática que estabelece com o Outro.

Isso determina uma situação paradoxal na clínica: o interesse no trabalho analítico e o prazer no contato com o analista tornam-se ao mesmo tempo fonte de angústia,

provavelmente porque evoca a ameaça de indiferenciação e fusão vivida na relação primária com a mãe. Torna-se um grande desafio para a condução do processo analítico encontrar a justa medida entre proximidade e distância, silêncio e palavra.

O controle onipotente sobre o objeto repete o vínculo de ilusória completude experimentado outrora com a mãe e é esta relação que se repete na transferência. Uma relação marcada por ausência e intrusão, desamparo e desesperança, o que exige do analista delicadeza e paciência.

Esse aspecto transferencial muito particular, consequência de uma extrema fragilidade egóica, é descrito por Waks (1997):

No começo do tratamento manifestam um verdadeiro pavor ao divã; precisam me ver, me sentir, me mastigar, me incorporar, me aplicar na veia [...]. É o que eu chamo de transferência canibal; oralmente ávida, voraz, indiscriminada e excessiva. Passo a ocupar o lugar de alterego, guru; o ideal de seus egos, e assim me vejo, freqüentemente, sendo imitado nos meus hábitos, trejeitos e discurso. Trata-se de um lugar onde o analista entrega-as de corpo e alma para servir de continente ao vazio simbólico do paciente (p.57).

Consideramos essa descrição clínica expressão de uma entrega do toxicômano ao Outro-analista, supondo-lhe um lugar de saber completo. Um tipo de relação com o Outro, dominada por aquilo que Melman (1992) chamou de “fantasma vampírico”, o qual provoca no toxicômano uma forte necessidade de se proteger de uma invasão do Outro e, ao mesmo tempo, verificar o quanto se encontra no desejo deste Outro.

Conte (2000) compara essas peculiaridades com o fenômeno natural do mimetismo. O paciente apresenta certa tendência mágica de buscar o semelhante e a assimilação ao meio. “Trata-se de um distúrbio da percepção do espaço, um problema no qual ‘não sabe mais onde colocar-se’” (ibidem, p.246) O paciente mistura-se com o espaço circundante, sendo assimilado, tornando-se o próprio meio, não lhe restando quase nada de sua singularidade.

Essa posição do toxicômano pode estar associada à relação que estabelece com seu objeto tóxico, quando vimos que ele se identifica com o objeto incorporado, enquanto resto, enquanto droga. Ela nos remete, também, ao que Freud (1919) denominou de identificação canibal, uma identificação ambivalente, um derivado da fase oral, em que o objeto que prezamos é assimilado pela ingestão.

O tipo de transferência comumente estabelecida pelos toxicômanos pode estar na base das suas atuações. Ele falta às sessões e monitora o analista pelo telefone para saber se está lá o esperando; ele não realiza o pagamento das sessões, denotando colocar o analista numa posição de incondicionalidade. Ele insiste em apontar as faltas do outro, numa tentativa de colocá-lo numa posição de espelhamento, de desbancá-lo do lugar de alteridade, de fazê-lo admitir alguma impotência na relação, como forma de proteção contra o fantasma vampírico. .

Essas atuações podem ser compreendidas como uma precária defesa contra a vivência de submissão e de domínio mútuo, que o paciente transfere da relação com a figura materna invasiva, que tem acesso aos seus pensamentos, ao seu mundo interior. Repetição na transferência de uma função muitas vezes exercida pela droga de proteção “contra um acesso fácil ao fluxo materno” (CONTE, 2000, p. 247).

O analista corre o risco de, ao tentar estimular o estabelecimento da transferência, terminar por reforçar um lado maternal alienante, cristalizando esse tipo de relação com o Outro. Como alerta Le Poulichet (1996), se o terapeuta manifesta de algum modo que quer o “bem” de seu paciente, querendo curá-lo da droga, este último só poderá recusar e desafiar essa nova sedução de um amor materno alienante, que já o levou a se entrincheirar na transgressão.

A partir do momento em que a posição do terapeuta duplica um oferecimento de tipo materno alienante, repetir-se-á, com muita frequência, o mesmo roteiro, no qual o terapeuta se

vê, por fim, como aquele que demanda, no lugar do paciente; enquanto este se descobre como o objeto do Outro-analista, destinado a desaparecer enquanto sujeito.

Outra característica do tipo de relação que o toxicômano estabelece com o mundo, a partir de seu fantasma, muito especialmente ligado com a demanda materna, pode ser descrito pelas palavras de nosso entrevistado 3: “ [...] é como se [o analista] estivesse entrando numa ‘briga de foice’ [...] ou ele [o paciente] coloca você numa posição de quem vai tirá-lo disso, ou então numa posição superegórica de quem vai intermediar isso. Isto é, como uma fiscalização, um julgamento”. Essa é uma posição geralmente ocupada pelos membros da família do toxicômano e transferida, por identificação projetiva, para o analista.

O mesmo entrevistado refere-se a situações difíceis na clínica, nas quais o paciente coloca o analista numa posição de juiz, o que vai se traduzir numa resistência à análise, que precisa ser interpretada, na relação de transferência.

O fato de o toxicômano tender a colocar o analista no lugar de juiz reflete, conforme Conte (2000), sua dificuldade na relação com a lei e no lidar com os limites que esta impõe. Se o analista, ao invés de incorporar o lugar de juiz, assumir o lugar de quem representa a lei, esta diferença de posicionamento abre a possibilidade de promover-se a reflexão do paciente sobre seus próprios atos. O paciente é convocado a participar de seu próprio destino, evidenciando que é ele quem constrói sua trajetória.

Muitas vezes, o toxicômano utiliza a análise de maneira tóxica, quando a toxicomania torna-se uma resistência à transferência ou apresenta-se como um desafio à posição do analista ou da equipe de referência. “A paciente testa continuamente os limites: o limite da angústia do analista e o limite de sua própria resistência orgânica” (Conte, 2000, p.211). Nesses casos, faz-se necessária uma intervenção para fazer o paciente se questionar sobre o sentido de continuar nesta direção.

O discurso do toxicômano produz no Outro a irrupção de um não-saber e, sobretudo, da angústia. Frequentemente o analista está sendo convocado a angustiar-se, no lugar de espectador de uma desapareição subjetiva através da montagem toxicomaniaca. Quando o paciente, ao finalizar a sessão, diz que não sabe se vai agüentar-se sem a droga, pois está “fissurado”, que vai sair do consultório e usá-la, deposita sua angústia no analista e ausenta-se subjetivamente da responsabilidade sobre o seu ato. Se o analista aceita esta carga que lhe é depositada, corre o risco de anular sua função.

Em outras palavras, nesse caso, é precisamente a abstinência do terapeuta que opera antes da do paciente, pois é ela que funda, em primeiro lugar, a possibilidade de um espaço de fala, impedindo que o terapeuta se constitua como rival da droga, ou como o destinatário dessa prática.

Nas palavras de Gurfinkel (1995), “[...] o lugar que o analista deve ocupar não é nem ao lado do prazer nem ao lado da realidade, mas ao lado de seu analisando” (p.80). Este lugar reflete uma posição ética, condição para que o analista possa exercer a sua função analítica. Isso para todo e qualquer analisando, inclusive os toxicômanos. É essencial não se horrorizar e, também, não se fascinar com a oferta ou a entrega do paciente; deve-se fazê-lo retornar sempre a uma questão: “qual o preço que pago pelo meu sintoma?”.

A transferência deve ser buscada no *acting out*, na alucinação ou, ainda, na angústia e no silêncio. O tratamento psicanalítico das toxicomanias,

[...] não se distancia do *pathos*, não tenta silenciá-lo; ao contrário, anima para dar-lhe voz. [...] a forma de tratar implica fazer introduzir o *pathos* na relação de transferência entre o sujeito que narra seu sofrimento e um interlocutor, o analista. É na relação transferencial que encontraremos as condições que permitirão transformar essa narrativa em uma experiência. (Conte, 200, p.162-3)

No início do tratamento, a montagem toxicomaniaca instala-se, subsistindo no campo transferencial, incluindo o analista e destinada a ele. A tarefa do analista será favorecer que a experiência analítica possa ser traduzida por uma nova versão que o paciente constrói de sua

história, de seu sofrimento e de sua paixão. Introduzir nesta versão uma referência simbólica ao outro e ao Outro pode modificar a posição ou a forma de gozar do toxicômano.

6. 4. Abstinência

Dissemos que a psicanálise prioriza a subjetividade dos sujeitos toxicômanos, preocupa-se com a função de tóxico que a droga ocupa para esses sujeitos, muito mais do que com os efeitos psicotrópicos da droga em si. Em contraposição, não se pode levar uma análise a termo com um sujeito aderido à droga, ou em plena intoxicação pela substância. Sendo assim, como a abstinência pode ser considerada e manejada num tratamento psicanalítico?

Se o tratamento prioriza a subjetividade, a escuta analítica com os toxicômanos não seleciona ou focaliza o sintoma do uso de drogas. Mas, como afirma Conte (2000):

[...] o fato de o analista não estar preocupado com a abstinência total ou parcial de seu paciente, não o libera da responsabilidade de cuidar para, quando necessário, intervir no sentido de instituir ou restabelecer as condições transferenciais. Deve-se estar atento aos momentos do trabalho analítico e às possibilidades de sua sustentação que apresenta o paciente (p. 208).

No uso constante, quando o sujeito se apresenta colado na droga, não há espaço para a palavra, nem para poderem aparecer os problemas subjetivos, e o toxicômano não poderá refletir sobre o sentido do tóxico na sua vida. Para ele entrar em relação com o psicanalista, tem que haver o descolamento.

De acordo com o que argumenta Nogueira Filho (2004):

[...] O corpo e o psíquico são uma unidade. A nossa questão é procurar ver o que desempenha um papel mais fundamental num determinado momento. Alguém que chega francamente em dependência de cocaína, só se eu for muito burro é que eu vou colocar ele deitadinho no meu divã e dizer ‘me fale de sua infância’. Eu tenho que tomar o fato psicofísico em primeiro lugar, porque esse sujeito está [...] apartado do simbólico. É um sujeito em curto-circuito com os atos correspondentes à obtenção da droga, nada mais (p.5).

Podemos dizer que há um consenso entre os psicanalistas de que é condição para ocorrer uma sessão de tratamento psicanalítico, que o paciente esteja em “falta” do produto químico. Só assim, ele poderá vir a se dar conta que a “falta” não é, necessariamente, química.

Quando a instituição de tratamento se constitui como um espaço sem drogas, esta lei tem consonância principalmente com o sentido que Freud dá ao estado de falta, enquanto constitutivo do sujeito.

Quando se coloca como condição, no local de tratamento, o nada de drogas e estimula-se a fala, o uso da palavra; o nada de droga na instituição tem função de interdição como funcionamento significante. A abstinência da droga no local de tratamento é uma regra geral, mas previsivelmente o toxicômano a negligencia, num primeiro momento, pois, se ele pudesse deixar de tomar droga, ele não procuraria ajuda.

Para Freda (1989, apud Miranda, 1993), é necessário que as transgressões sejam consideradas levando-se em conta muitos aspectos envolvidos: o momento do tratamento, em que época da vida do paciente isto se passa, suas ocultas intenções – para ser colocado na rua, para provocar uma desordem na instituição, dentre outras. É preciso analisar caso por caso. Deve-se considerar também a possibilidade da instituição absorver esta situação, e não traduzir imediata e mecanicamente as transgressões em suspensão do tratamento.

Precisamos reconhecer qual a maneira específica pela qual a montagem toxicomaniaca virá a instalar-se no tratamento para viabilizar a transferência. Uma vez que todo tratamento pode conduzir a uma modificação dos sintomas e do estatuto subjetivo do paciente; isto produzirá reviravoltas psíquicas, mas não podemos precisar o quanto o paciente suportará.

Muitas vezes, essas reviravoltas ocorrem amparadas pela estratégia de continuar usando drogas em alguns momentos particulares. Neste sentido, mesmo persistindo o uso de drogas, a montagem toxicomaniaca no campo da transferência poderá sofrer uma reconfiguração. Este aspecto é observável quando ocorrem recaídas e os pacientes as relatam,

em geral, com culpa, pois referem que a lembrança da equipe, do analista ou dos colegas na hora da recaída teria atrapalhado, levando-os a se questionarem e se preocuparem em como fazer para dar continuidade ao tratamento.

Conforme Conte (2000), uma forma de abordar o fato de o paciente sentir-se culpado por ter usado drogas é reconstituir com ele a trajetória que o levou à droga. Neste trajeto, surgem significantes como a vivência de solidão, a desvalia, o abandono, onde a droga surge como solução imediata, geralmente embasada no sentimento de desesperança em relação às pessoas. Estas construções favorecem o deslocamento da culpa para um plano secundário, recolocando as motivações inconscientes que o animaram em direção à droga. Esta nova leitura referenciada na transferência propicia ao paciente aos poucos alcançar a possibilidade de responsabilizar-se por sua situação psíquica.

O analista não toma a abstinência ou a problematização do uso como indicadores de cura, mas sim como um primeiro passo no sentido de uma mudança da posição discursiva. Ele pensa a indicação ou não da abstinência sempre no campo da transferência, o que implica questionar: abstinência de que e de quem?

É a partir da posição de semblante de objeto *a* que o analista e a equipe de referência podem resguardar-se e manter-se em abstinência em relação ao seu próprio narcisismo, que, seguramente, não está em questão. A abstinência do analista, em termos de não buscar uma gratificação com o próprio paciente em relação ao seu trabalho, é indispensável; e há uma concordância entre os analistas em relação a este ponto.

Ao recorrer a diversos instrumentais complementares ao tratamento analítico, poderá parecer que a função do analista, ou da equipe de referência, vacila entre a posição médica e a analítica. Não raro, o paciente que frequenta o consultório poderá precisar simultaneamente frequentar um hospital-dia; também, o paciente que vem à instituição, em algum momento, demandará ou lhe será indicada a análise individual, dependendo das dificuldades que

encontra para controlar ou diminuir o uso de drogas, de tal forma, que consiga vir às sessões ou à instituição.

Ainda, se a cada momento do trabalho psíquico que provoque angústia, o paciente recorre ao uso de drogas; a aceitação de um corte simbólico, através de uma rápida hospitalização, torna-se efetiva para possibilitar o curso do tratamento. Este corte simbólico através da hospitalização é uma forma de “re-situar” a dimensão da presença-ausência, já que não está havendo uma descontinuidade, quando o uso de drogas é ininterrupto. Estas observações são pertinentes a um trabalho analítico e não respondem ao *‘furor sanandi’*, que teria como alvo salvar o paciente da droga, a qualquer custo, nem respondem à representação imaginária da droga como um mal a ser extirpado.

O trabalho com a abstinência, nos casos de toxicomania de suplemento,

deve considerar a problemática edípica e o fato de que indicar a interrupção do uso de droga pode animar o desejo, porque remete a um pai interditor. O trabalho deve estar centrado no fortalecimento de uma função paterna, recolocando em cena os ideais (CONTE, 2000, p.179).

6. 5. A transferência na Instituição de tratamento

O trabalho clínico com toxicômanos solicita flexibilidade nas formas de intervenção, pelas dificuldades encontradas em relação à demanda de tratamento, à transferência e à necessidade da droga. Para um dispositivo de tratamento ser flexível é corrente se associar recursos que são complementares: a análise individual, o tratamento institucional, a abordagem familiar; buscando atingir diferentes aspectos, de acordo com cada plano terapêutico individualizado.

Conte (2000) acrescenta razões para a conjugação de intervenções diferentes na clínica do toxicômano, quando percebe que a proposta de tratamento institucional atrai mais os

toxicômanos, e procura compreender os motivos disso, analisando o tipo de transferência estabelecida pelos toxicômanos e a função da toxicomania no laço social.

Ela observa uma tendência do sujeito toxicômano a se reportar, preferencialmente, a uma instituição, como forma de evitar estar frente a um Outro personificado, nominado, a quem ele só poderia responder com seu próprio corpo. A impessoalidade característica da instituição protegeria inicialmente o sujeito da invasão do Outro, da qual sofre.

Quando se trata de instituição beneficente, acrescenta-se mais um atrativo a esses sujeitos, pela dificuldade de lidarem com o que significa o pagamento em um tratamento – um corte na especularidade. Esse aspecto relaciona-se com a dívida paterna e torna-se um complicador da relação transferencial. Os toxicômanos demonstram um interesse especial pelas formas de pagamento radicais que envolvem o corpo. Eles pagam com seu próprio corpo, exigindo do analista uma intervenção clínica, na transferência, para que passem a pagar em palavras e em dinheiro.

Gurfinkel (1995) observa que a instituição de tratamento serve como um quadro a partir do qual o sujeito consegue uma organização precária. Suas normas, princípios éticos, rituais complementam como próteses uma organização psíquica – ideal de ego – desfeita; proporcionam externamente uma segurança, um vigia, uma proteção – o superego, seus ideais e a consciência crítica – que é falha no plano interno. Clínicas, comunidades terapêuticas, grupos religiosos freqüentemente oferecem esse tipo de continência.

Ele alerta para o fato de que a necessidade de alguns toxicômanos da instituição de tratamento denota o esvaziamento psíquico interno e o dismantelamento do ideal do ego, e costuma levar o toxicômano a um novo tipo de dependência que pode ser tanto “transicional” como “cronificante”.

A consequência deste tipo de dependência é uma inevitável restrição da vida psíquica e pessoal, uma falta de autonomia no pensar e uma rigidez no lidar com a vida. A necessidade

de uma “prótese” como esta é reveladora de uma carência interna do toxicômano crônico e de uma dificuldade de internalizar adequadamente as instâncias psíquicas, especialmente o ideal do ego. A “prótese mística”, comum entre os toxicômanos graves, reconstrói a instância do ideal à maneira dos fenômenos psicóticos restitutivos.

A função estruturante que a instituição tem para o psiquismo do sujeito pode ser comparada ao significado do enquadramento na situação de análise. Ambos, pela característica de invariabilidade, estabilidade e confiabilidade, funcionam como depositários para o remanescente, no psiquismo, da situação primitiva de relação fusional com o objeto primário. Essa situação primitiva, caracterizada pela dependência absoluta, expressa a vulnerabilidade e o desamparo humanos.

No caso dos toxicômanos graves, em que a dependência absoluta da droga expressa uma falha nos processos de diferenciação em relação ao objeto primário, encontrar um continente para as angústias psicóticas de dispersão e de aniquilamento é, em si, uma grande conquista.

Algumas instituições têm a finalidade de oferecer ao toxicômano, o que Freda (1993) chama de “regime significativo pesado”. A partir do acolhimento e do oferecimento de várias possibilidades de simbolização – fala, escrita, expressão artística –, espera-se favorecer a emergência de uma demanda no interior da instituição, levar o paciente a se questionar e tentar dar sentido ao que o trouxe. Assim, serão favorecidas as reviravoltas dialéticas visando ao aparecimento das singularidades, ao descolamento do tóxico para poder fazer emergir o sujeito, seu discurso e a construção de sua história.

Nas instituições de tratamento, o trabalho em grupos, coordenado por psicanalistas, apresenta-se como um dispositivo para viabilizar algumas funções terapêuticas frente às especificidades relativas à constituição subjetiva dos toxicômanos.

O grupo Vindicas (2003) identifica dois momentos diferentes em que este trabalho em grupo pode ser útil: como tratamento da demanda do sujeito, viabilizando uma reflexão sobre o uso de drogas estabelecido pelo sujeito, a fim de que, se configurada uma demanda, seja indicado algum tipo de tratamento, e como um dispositivo do próprio tratamento.

“Não há como negar que o grupo, acompanhado da intervenção de uma equipe de referência em condições de escuta, pode oferecer ao paciente uma multiplicidade de identificações secundárias que ocorrem entre os membros” (CONTE, 2000, p. 337).

Essas identificações secundárias permitem a diversificação das escolhas singulares, se não excluem a identificação primária. Em última análise, a função fraterna, nessas condições, faz uma suplência à função paterna, dando maior consistência subjetiva ao ego.

A fratria é um recurso que recupera uma importante função na constituição do sujeito, pois vem funcionar, nesta transição que vivemos, como suplência da função paterna. No entanto, não basta que um grupo esteja reunido em torno de algo em comum, mas que o lugar de alteridade esteja preservado. Essa perspectiva elucida as possibilidades terapêuticas no enquadre grupal/institucional que se abrem ao rever o lugar e a significação dos semelhantes e dos irmãos na constituição da subjetividade, em um contexto que evidencia o declínio do pai, na modernidade (CONTE, 2000, p.326).

Conforme essa autora, a vida comunitária torna-se extremamente produtiva para o toxicômano, pois o retorno que os colegas e a equipe lhe oferecem, a respeito de sua própria imagem, estimula ao investimento próprio. E, os limites que a presença do outro impõe leva-o ao exercício de colocar-se no lugar do outro e reconstruir uma alteridade.

Nesses grupos, há alguns princípios combinados para pautar suas relações internas, e que servem de referência para os coordenadores intervirem: a não imposição da abstinência, o respeito às diferenças e a preservação das distintas posições, dos momentos e dos tempos de cada um para enfrentar seus impasses.

É pela via da identificação propiciada na troca de experiências em relação ao percurso de vida com as drogas que surge a possibilidade do grupo servir como referência, tanto para quem procura a abstinência como para quem quer dar início ao questionamento de sua dependência às drogas.

Nos grupos, entrecruzam-se laços transferenciais entre os participantes e entre eles e os coordenadores. As identificações entre os pares são condições essenciais para o estabelecimento de laços transferenciais, aspectos trabalhados pelos coordenadores, representantes de alteridade, que viabilizam, entre outros pontos, a circulação da palavra.

O grupo fornece uma riqueza de possibilidades identificatórias importantes ao longo do tratamento, confluindo numa escuta que auxilia o sujeito a se reorientar frente aos significantes que o representam no mundo.

Há no dispositivo de pertença a um grupo, o convite ao restabelecimento de um circuito pulsional de trocas, favorecido por relações de sociabilidade. Tal recurso, segundo Vindicas (2003), organiza anteparos a uma relação totalizante com o Outro, na medida em que a fala de cada um dos integrantes do grupo pode ter a função de espelhar uma imagem, para quem se encontra numa situação de fragilidade psíquica.

Muitos toxicômanos apresentam a ilusão de auto-suficiência absoluta em relação ao semelhante. Devido sua escravidão às drogas, os sujeitos toxicômanos tendem a utilizarem-se do outro como instrumento de gozo. Assim, eles precisam abandonar esta posição de auto-suficiência para que seja possível introduzir a contabilização do semelhante em seu circuito libidinal mediante a posição de respeito às diferenças proposta para estarem ali. Nesse sentido, trabalha-se no estabelecimento de laços simbólicos. Os laços estabelecidos no grupo podem facilitar a passagem de uma relação instrumental com o outro para a viabilização de outro tipo de laço social.

No trabalho em grupo, destaca-se a oportunidade de deslocamento da identificação maciça com o “eu sou toxicômano”. Essa identificação homogênea que se apresenta nos primeiros momentos do trabalho, aos poucos, através das interpretações, vai dando lugar às singularidades da história de cada um, suas insuficiências, vazios e significações.

[...] a formação grupal tem como efeito fomentar identificações. Desta forma, nestes grupos em que o traço que os identifica está ligado ao artefato droga, há sempre o risco de uma equivalência entre aquilo que são e o que consomem. Esta equivalência faz com que o sujeito se proteja na identidade calcada numa relação dual com a droga. Pensamos que é no desmonte da fixação a esta identidade, quando ela instala-se, que podemos esperar deslocamentos (VINDICAS, 2003, p. 30).

Através do exercício de ir e vir (presença-ausência), silenciar em alguns momentos, falar em outros, sem ter que dizer tudo ou supor que o peso da palavra enunciada lhe deixaria transparente e em desamparo; o grupo apresenta-se como uma possibilidade terapêutica, na construção de novas fronteiras que delimitam uma borda pulsional esvaecida. Como sabemos, as relações de objeto nas toxicomanias se estabelecem de forma peculiar; no lugar do objeto de desejo há a cristalização de um único objeto de satisfação, a droga. Tal cristalização está relacionada a um imaginário de fantasias vampíricas, alicerçadas em uma relação totalizante com o Outro.

Um dos diferenciais que a intervenção grupal propicia é que “a interpretação dirigida a um integrante possa convocar outros a advirem como sujeitos, viabilizando mediações importantes” (VINDICAS, 2003, p. 30). Por não exigir uma resposta direta do sujeito muito fragilizado ou quando se apresenta de forma muito passiva, ainda dominado pela droga, esses sujeitos podem se ver, através de seus semelhantes, de forma protegida.

O grupo pode permitir que cada um, a seu modo, suporte a falta, seja, inicialmente através do compartilhamento da falta da droga ou no percurso do tratamento pela transformação da posição do sujeito.

[...] o grupo, acompanhado por uma escuta analítica, pode promover efeitos de castração simbólica, quando há a possibilidade de cada participante suportar o encontro com diferentes posições discursivas ou experimentar a semelhança na diferença. (KEHL, 2000, apud VINDICAS, 2003, p.31)

Ocorrem deslocamentos subjetivos decorrentes deste processo, o qual permite também que a droga passe de uma posição de objeto ideal para uma outra posição, de objeto interdito e inserido em uma cadeia significativa.

Cabe ressaltar as limitações desta abordagem e as dificuldades no campo transferencial. Como em toda situação clínica, facilmente a transferência se transforma em resistência, principalmente em um enquadre grupal, onde ocorrem muitos atravessamentos transferenciais. É essencial muita habilidade analítica e uma escuta perspicaz para a intervenção nesse dispositivo.

Os impasses institucionais que cotidianamente podem envolver todas as instâncias da instituição – direção, equipe, outros profissionais – influem no tratamento de cada paciente ou sobre todo o grupo, repercutindo negativamente nos movimentos de resistência.

Os citados impasses não superam a potencialidade que este enquadre nos oferece enquanto dispositivo que propicia o estabelecimento do jogo transferencial, servindo para organizar a polaridade espaço-temporal, dentro e fora, por meio da mobilização motriz do limite, possibilitando que o paciente possa “jogar” com seu corpo sem se sacrificar.

O limite, diferente de como é utilizado na perspectiva comportamental, precisa, antes de mais nada, ser reconhecido pelo analista ou pela equipe de referência para que, em vista disso, não venham a se completar ou gozar com as oferendas que os pacientes lhes endereçam.

A clínica toxicomaníaca, no enquadre institucional, ainda tem muito por avançar, pois esta abordagem coloca em jogo uma série muito extensa de variáveis: os aspectos institucionais, a dificuldade de compor um trabalho transdisciplinar, as transferências que ocorrem no grupo de pacientes, o estilo de cada profissional, a problemática familiar, a social e o imaginário das drogas e suas consequências.

Kehl (2004) defende a priorização de tratamentos em grupos, porque a experiência grupal treina o sujeito a esperar pelo prazer, o prazer do encontro e da criação coletiva de soluções. Essa experiência, apesar de não propiciar um prazer imediato, nunca poderá ser substituída pelo prazer solitário da droga.

6. 6. O tratamento das toxicomanias de suplência

Como já vimos, nas toxicomanias de suplência, encontramos sujeitos com um transtorno na relação primária com o Outro, frente ao qual alguns cuidados no estabelecimento transferencial serão necessários.

Na relação transferencial, devido a sensação de que seus pensamentos podem ser captados sem que precise falar, colocam-se em jogo pelo menos duas expectativas: a de que o analista seja um bobo, porque não vê nada, mesmo estando tudo tão exposto; ou, no outro extremo, a de que o analista seja um telepata.

Se a toxicomania é o que está sustentando o Sinthoma – como a hipótese de Conte (2000) – que organiza a vida psíquica do paciente, neste sentido, toda intervenção deve cuidar para não dissolver a função da toxicomania antes que algo possa se articular no lugar.

A orientação para a abstinência poderá desestruturar a tal ponto, que a resposta pode ser uma crise ou um surto, expondo o paciente a uma situação crítica de desorganização psíquica, indicando que os significantes que estavam amarrados pelo Sinthoma do toxicômano passam a correr descoordenadamente em todas as direções.

Se o toxicômano de suplência se vê num impasse entre a droga e o tratamento, isso pode levá-lo a uma passagem ao ato no qual o paciente sai da cena, identificado com objeto a, pois não há mais um Outro destinatário de seu ato.

O fundo melancólico de algumas toxicomanias de suplência pode ficar subsumido na escuta, se esta amplifica os atropelos causados pelo uso de drogas, tanto nos episódios toxicomânicos, quanto nos delinqüenciais.

Da posição melancólica, a dificuldade do toxicômano empreender um tratamento se localizaria nos seguintes aspectos: O processo melancólico que desencadeou uma dependência de drogas reaparecerá no momento de fazer o luto pelo tóxico. A libido não se retira do tóxico, não se desloca para outros objetos, se retrai ao ego, identificado com o objeto perdido. Ressurgem a desesperança, a inibição, perdas na vida pulsional e empobrecimento do psiquismo.

O trabalho com estas toxicomanias processa-se a partir do reconhecimento da clivagem, pela construção de um objeto de desejo que permita sustentar uma castração simbólica e não mais real. Exigirá intervenções de “costuras” terapêuticas que permitam a constituição de um eu, de um objeto e o endereçamento a um Outro. Isso se fará pela possibilidade de compor uma ilusão viável, rastreando pequenas indicações que evidenciem desejo, em um sujeito que se identifica com o quase nada. Há aqui uma pequena possibilidade que se pode aproveitar para alavancar o trabalho terapêutico.

Pontuando as marcas que indicam a configuração do objeto, pode-se chegar a reconstrução de um objeto de desejo, que a droga servia para encobrir totalmente.

A transferência é predominantemente imaginária, frente à ameaça do Outro. Há, então, o medo de se perder e o analista não pode desprender-se rapidamente do lugar de objeto para relançar outros trajetos do desejo. Pela fragilidade fantasmática, o paciente insiste em provocar o analista para que intervenha em sua realidade através de uma posição de domínio.

O investimento neste paciente exigirá alguns cuidados essenciais, que Conte (2000) lista da seguinte forma:

1. o analista não pode oferecer-se como destinatário de um depósito que o paciente queira entregar-se como um objeto de gozo;
2. dar o tempo necessário para que, a partir do jogo de presença-ausência, o corpo possa ser colocado em palavras, podendo ausentar-se na medida em que entra em uma cadeia simbólica;
3. verificar de perto as condições em que a palavra e o tóxico se articulam e quais as consequências que podemos antecipar dessa toxidade;
4. viabilizar a reconstrução de um Outro na transferência, que inscreva na língua e no desejo gestos do paciente, tornando possível recuperar sua esperança na relação transferencial;
5. favorecer que um enigma venha a produzir a interrogação sobre o que o Outro quer de mim. Para isso, o analista deve ser capaz de criar um “da” a partir de suas próprias representações, quando o paciente oferece nada mais que um “fort”;
6. o trabalho inicial deve contar com o apoio da família em um enquadre institucional.

Para Hassoun (1996, apud CONTE, 2000), mesmo que o uso de drogas permaneça, é possível constatar uma mudança no sentido de haver uma sublimação, quando, para além de alterar o objeto (droga), altera-se a meta. Se anteriormente a droga era utilizada como um fim em si e agora ela poderá ser usada como um meio para viabilizar outros investimentos; ocorreu uma modificação significativa.

6. 7. O tratamento das toxicomanias de suplemento

Nesse tipo de toxicomania, os sujeitos estão ocupados por uma busca fálica de reconhecimento, que precisamente fracassa. A operação de *farmakon* sustenta, então, esta

dimensão de suplemento narcísico, que tem como consequência uma interrupção ou suspensão dos conflitos psíquicos.

Será necessário que o luto pelo objeto perdido seja finalizado, para que o toxicômano possa recolocar a droga em uma cadeia significativa e prescindir do tóxico, enquanto defesa secundária. Isso permitirá a criação de representações diversificadas do objeto para sempre perdido.

Para Conte (2000), o essencial para facilitar a transferência, nesses casos, é o analista não assumir uma competição com a droga. O risco maior ocorre se o paciente se ver frente ao impasse: ou o tratamento ou a droga. Nas toxicomanias de suplemento, esse impasse pode levar a um *acting out*, na tentativa de demonstrar que o analista saiu de sua posição terapêutica ao competir com a droga.

O analista atua traduzindo o uso compulsivo de drogas, promovendo um giro do sintoma atual para um sintoma fonte enigmática de sofrimento. Isso coloca o paciente em uma nova posição em relação a sua palavra e permite que ele dirija suas queixas ao analista.

Na toxicomania de suplemento, a transferência é preferencialmente simbólica, contudo, há uma especificidade que se constata e que precisa ser considerada: O paciente convoca o analista para a atuação – para agir como pai interditor –, na esperança de que se abstenha, ou para criticá-lo, caso responda ao convite.

Como se trata de uma problemática edípica, todo cuidado deve ser tomado para não reanimar esse pai interditor. Deve-se centrar as intervenções no reconhecimento de uma função paterna (simbólica). Para isso, será necessário favorecer a resolução do Édipo, criando as condições para que o paciente venha admitir a castração, abandonando definitivamente a posição objetal – de ser o falo do Outro – para transformá-la em identificação – poder ter ou não ter o falo.

Diferente das toxicomanias de suplência que necessitam de construir um pai, nas de suplemento, trata-se de reconhecê-lo para resgatar a eficácia da sua função, tomando-lhe emprestada a força necessária para que o próprio paciente possa erigir simbolicamente um obstáculo, momento no qual o tóxico perderá sua função de necessidade e aparecerá como um sintoma propriamente analítico.

Assim, pode-se resgatar o ideal depositado no tóxico, permitindo restituir ao sujeito suas condições subjetivas, reabrindo a experiência da falta, na qual a pulsão volta a impulsionar-se em sentido espiral e não mais em curto-circuito.

No instante de olhar, não será necessário reconstruir um olhar, mas sim reafirmá-lo. O pertencimento a um grupo terá sua importância nesta trajetória de reconhecimento de si. No tempo de compreender se concentrará o trabalho maior, porque é muito mais fácil lidar com o tóxico que falta, do que lidar com a falta propriamente dita, que remete à angústia. É possível ir rastreando os indícios que delineiam esse objeto, para recolocar o sujeito na trilha do seu desejo.

As marcas que escrevem uma história singular estavam apenas encobertas. É possível desnudá-las para que o paciente passe a reconhecê-las e a contá-las em sua historização.

Antes da toxicomania de suplemento, o paciente tem suas defesas frente à castração; no entanto, tendo em vista a economia toxicomaniaca, essas defesas reduzem-se a modalidades cristalizadas e empobrecidas, ficando o ego enfraquecido. Trabalhar no sentido de uma defesa eficaz enriquecerá a subjetividade e permitirá a reconstituição de laços sociais.

O recalamento se coloca como o processo psíquico que permite a formação de sintoma. Não mais impedido de “jogar” com seu fantasma, o paciente se vê novamente amparado pelos “nomes-do-pai”, fazendo com que o tóxico perca sua função. Isto será o resultado de um mapeamento significativo das marcas identificatórias que lhe permite retornar a uma identificação com a qual possa contar para a obtenção de reconhecimento.

O ponto de corte e de interpelação nas toxicomanias de suplemento, para que permitam uma mudança subjetiva, não incidem sobre o sintoma, mas sobre uma posição ética frente ao preço pago para escapar da castração. Esse preço é a entrega ao Outro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este é o momento em que nos lançamos a garimpar os pontos-chave desta pesquisa, e a reorganizá-los de modo a condensar o que pudemos apreender no transcorrer de nosso trabalho dissertativo. É quando retomamos esses pontos principais, atribuindo-lhes uma nova configuração e novos destaques, a fim de fazê-los contribuir como estímulo para posteriores aprofundamentos e para o surgimento de mais questões que poderão ser tema de futuras pesquisas.

Trata-se de um movimento entre o interno – o conteúdo de nossa investigação – e o externo – sua pertinência ao percurso profissional do autor, suas possibilidades de interação com outras pesquisas e com a prática clínica –, que constitui um exercício de delimitação do próprio trabalho e de sua inserção no campo da psicopatologia fundamental e da pesquisa em psicanálise. Com ele, estaremos demarcando o final de uma etapa, o momento de passagem.

Há uma quase unanimidade entre os psicanalistas em considerar a clínica da toxicomania como um dos grandes desafios lançados à psicanálise no contexto cultural da contemporaneidade. Ela é uma nova problemática tomada como objeto de estudo, a partir de um momento muito recente na história da psicanálise, traduzindo-se em um corpo teórico ainda incipiente e pouco estruturado, pois temos uma reduzida literatura psicanalítica sobre a toxicomania e poucos relatos de experiências clínicas com bons êxitos.

Frente ao atual estado de coisas, nossa pesquisa oferece uma pequena contribuição ao buscar algumas visões psicanalíticas sobre a subjetividade dos toxicômanos e a constituição do campo transferencial com esses pacientes, tentando articulá-las, confrontá-las, favorecendo o reconhecimento de suas diferenças e concordâncias. Isso com o intuito de provarmos um pouco – um “aperitivo” – da imensa riqueza que existe nessa diversidade do campo psicanalítico.

Ao longo desta investigação, percorremos os principais momentos de construção da metapsicologia freudiana como norteadores do nosso percurso. No tempo da primeira teoria pulsional, vimos a intensa relação do toxicômano com o prazer e exploramos as características que definem a toxicomania como uma biologização da pulsão sexual – fixação extrema ao objeto e transformação da pressão em urgência inadiável de droga – subvertendo-a em auto-conservação, em necessidade.

Com a teorização do narcisismo, pudemos aprofundar características marcantes da toxicomania – a atividade auto-erótica, a escolha narcisista de objeto, o que essa escolha comporta de agressividade ao objeto e os problemas relacionados às instâncias ideais.

O uso abusivo de drogas pode servir para evitar o trabalho de luto do objeto primordial e tamponar a falta constitutiva. Assim, deparamo-nos com a teorização de Le Poulichet (1990, apud CONTE, 2000) que coloca na base da toxicomania a operação *farmakon*, uma montagem narcísica e episódica que pode se estabelecer em qualquer das estruturas psíquicas.

A teoria da operação *farmakon* permite ao clínico uma certa flexibilidade quanto aos diagnósticos estruturais, proporciona uma grande maleabilidade clínica e auxilia na compreensão das condições em que a montagem toxicomaniaca se instaura, permitindo identificar duas lógicas toxicomaniacas diferentes.

As toxicomanias de suplência, quando o tóxico tem função de defesa primária frente à melancolia, estando submetido ao registro do narcisismo primário. E, as toxicomanias de suplemento, quando o tóxico tem uma função de defesa secundária como forma de enfrentamento com a castração, submetido ao registro do narcisismo secundário. Nestas últimas, o tóxico pode ser articulado à noção de objeto transicional, permitindo uma transição entre realidade psíquica e realidade externa.

Na perspectiva da dicotomia entre pulsão de vida e pulsão de morte, investigamos o movimento autodestrutivo, que caracteriza as toxicomanias mais graves, revestindo a forma

de um ato compulsivo não associado a outras idéias, vazio, efeito da radicalização do princípio do prazer, ou do princípio do nirvana. Deparamo-nos com a paradoxal função tóxica, ao mesmo tempo estruturante e aniquiladora, tão bem expressa por um paciente, com quem tivemos oportunidade de conversar. Pois, ao descrever os perigos pelos quais já tinha passado em função de sua dependência, esse sujeito usou as seguintes palavras: “Morrer para viver!” Ou seja, a auto-destruição como forma de sobreviver à dor de viver.

Observamos, nas toxicomanias, a fragilidade das instâncias ideais: o predomínio do ego ideal, enquanto a função do ideal do ego – instância simbólica, que desloca o narcisismo para o futuro e para fora do sujeito – tende a desaparecer, nos toxicômanos graves; a anulação do superego perseguidor e, com ela, a do superego protetor, fazendo desaparecer o sentido da vida e o amor próprio. O que resta é a droga, o gozo do encontro com a Coisa.

Na segunda parte da dissertação, dedicamo-nos ao diálogo entre metapsicologia e clínica, focalizando o conceito de transferência, como definidor da clínica psicanalítica.

Esta clínica exige do psicanalista um maior esforço no sentido de favorecer a construção de um campo transferencial. É exatamente por essa dificuldade, que a psicanálise tem avançado na aposta de um tratamento possível, tomando as particularidades que as toxicomanias nos colocam, pois sabemos que a experiência com toxicômanos confronta o analista com uma clínica que requer uma abordagem diferenciada.

Para pensarmos esse atendimento ao toxicômano – figura paradigmática da atualidade –, baseamo-nos, principalmente, em Freda (1988-1996), que oferece muitos subsídios para a compreensão das demandas do toxicômano e da posição subjetiva que este paciente tende a se colocar, e em Conte (2000), que aprofunda a teoria sobre a clínica, ao distinguir – baseada em Le Poulichet (1990) – duas lógicas toxicomaniacas distintas, as toxicomanias de suplência, mais graves, e as de suplemento.

Baseamo-nos, também, na teorização de Fernandes (2000) sobre a clínica do corpo, ousando propor a consideração de seu modelo como possibilidade de aprimoramento da escuta psicanalítica dos toxicômanos.

Vimos que algumas considerações são comuns a essas diversas abordagens psicanalíticas. Pelo menos, a preocupação em fazer surgir uma demanda singular do sujeito e a tendência a evitar o “silêncio” do analista, o qual seria impossível de ser tolerado pelo toxicômano – principalmente no início do tratamento –, estão presentes em todos os teóricos estudados.

Acredito que o modelo de escuta do corpo, na situação analítica, proposto por Fernandes (2003), constitui um caminho interessante para ser pensado em relação ao tratamento com sujeitos toxicômanos. Pois, este modelo representa uma tentativa de favorecer esses sujeitos de ir constituindo ou reconstituindo, na relação transferencial, o fortalecimento do simbólico, de ir desenvolvendo a capacidade de imaginação e de pensamento, para, em seguida, eles poderem ouvir as intervenções do analista no sentido de deslocar o objeto-droga da posição que ocupava, até então, na dinâmica psíquica do toxicômano.

Essa vivência na transferência de uma função materna de nomeação e de libidinização do corpo do analisando coloca-se com a delicadeza de um campo limite, quando o analista ao mesmo tempo em que investe o corpo do analisando, oferecendo-lhe uma sustentação narcísica, também não pode ser levado pelo gozo dessa relação dual, que o convoca para ocupar o lugar da droga, o lugar de grande Outro total, absoluto.

Um meio arriscado e delicado de abordar o toxicômano, que exige habilidade do terapeuta. A grande dificuldade é criada justamente pela sedução que o jogo perverso e ilusionista exerce constantemente sobre o terapeuta e o paciente. Torna-se necessário manter essa relação em um campo intermediário. Para isso, a abstinência do analista – em termos de

não encontrar uma gratificação com o próprio paciente em relação ao seu trabalho – é indispensável.

Nosso estudo observou, também, as vantagens do tratamento em instituições. Ele submete o paciente a um “regime significativo pesado” (FREDA, 1993), no qual é estimulado a falar, escrever, pensar, expressar suas idéias, contar suas histórias, por períodos de tempo mais longos e mais freqüentes. Acontece também que os trabalhos em grupos podem aproveitar a função fraterna como suplemento da função paterna, a qual, geralmente, é deficiente nesses pacientes. Finalmente, à primeira vista, parece ser mais atraente para o toxicômano se dirigir a uma instituição, do que a um único profissional, porque dilui o vínculo com o Outro.

Essa extensão do trabalho analítico para instituições representa um desafio a mais para o psicanalista, que tradicionalmente tem uma formação para lidar em um *setting* particular. A instituição e as especificidades da dinâmica toxicomaníaca exigem que o analista lide também com aspectos bem mais objetivos da vida do paciente, além de também precisar manejar com múltiplas transferências, que se entrecruzam no funcionamento institucional.

Acreditamos que o objetivo desta dissertação, que se propôs reunir idéias, conceitos teóricos, depoimentos, e tentar uma articulação, que refletisse o modo próprio como pudemos apreender essas informações, foi atingido. Resta-nos esperar que esta pesquisa possa estimular o interesse de outros pesquisadores para posteriores aprofundamentos, tanto no campo metapsicológico, quanto, sobretudo, no da clínica da toxicomania, campo em que só pudemos iniciar algumas considerações.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAM, Karl. **Teoria psicanalítica da libido**. Rio de Janeiro, Imago, 1970.
- ALMEIDA, Ronaldo M. **Entre o ouro e o cobre**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa (PB), 1987.
- AULAGNIER (1985), Piera. **Os destinos do prazer**. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda., 1985.
- BENETI, Antônio. Sobre as toxicomanias e o tratamento do toxicômano. In: **Subversão do Sujeito na Clínica das Toxicomanias** – IX Jornada do Centro Mineiro de Toxicomania FHEMIG – Belo Horizonte, 1996.
- BIRMAN, Joel. **Mal-estar na atualidade**: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. 3ª. ed. – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- BIRMAN, J. e NICÉAS, C.A. Constituição do campo transferencial e o lugar da interpretação psicanalítica: um estudo sobre o pensamento de Freud. In: BIRMAN, Joel...[et. al.] **Transferência e Interpretação** – Rio de Janeiro: Campus, 1982.
- BORGES, Maria Beatriz F. e CLAUDINO, Angélica de M. Transtornos alimentares e compulsão alimentar: que dependência é esta?! – In: SILVEIRA, Dartiu X. e MOREIRA, Fernanda G. B. **Panorama atual de drogas e dependência** – 1ª. ed.- São Paulo: Ed. Atheneu, 2006, (p.429-430).
- BRUSSET, Bernard. Bulimia: introdução geral. In: URRIBARRI, R (org.) **Anorexia e bulimia**. São Paulo: Escuta; 1999.
- CHEMAMA, Roland. **Dicionário de psicanálise** – Trad. Francisco Franke Settineri – Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995.
- COGUS, J.C., FREDA, F.H. & REPELLIN, J. Toxicomania, toxicômano e sujeito: algumas considerações sobre uma clínica psicanalítica em uma instituição especializada. In: **Textos sobre Toxicomania e Alcoolismo** – publicação do CMT - Centro Mineiro de Toxicomania, 1993, p.57-80.
- CONTE, Marta. **A clínica psicanalítica com toxicômanos**: o corte & costura no enquadre institucional – Tese de Doutorado não publicada, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2000.
- _____. Alguns tratamentos no campo das toxicomanias: uma violência à subjetividade. In: Boletim de Novidades da Livraria Pulsional – **Fantasia sexual e pensamento filosófico** - Ano VIII, nº. 77 - setembro/95, 1995, p.5-10.
- _____. Da Necessidade à Demanda: Reflexões sobre o estabelecimento da transferência no tratamento com toxicômanos. In: Boletim de Novidades da Livraria Pulsional – **Insuficiência imunológica, psíquica e toxicomania** – Ano X, número 103 – nov/97, 1997, p.33-41.

CRUZ (2001), Marcelo Santos (coord.). O tratamento de usuários de drogas no PROJAD: sobre as especificidades das demandas nesta clínica. In: CRUZ, M.S. e FERREIRA, Salette M.B. **Álcool e drogas: usos, dependência e tratamentos** – Rio de Janeiro: Edições IPUB-CUCA, 2001, p.229-238.

DERRIDA, J. **A farmácia de Platão**. São Paulo: Iluminuras, 1997.

ESCOHOTADO, A. **Historia de las drogas**. Madrid: Alianza Editorial;1995.

ESCOBAR, José Carlos S. Dependência de drogas e psicoterapia: A perspectiva psicanalítica. In: SILVEIRA, Dartiu X. e MOREIRA, Fernanda G. **Panorama atual de drogas e dependências** – 1ª. ed.- São Paulo: Ed. Atheneu, 2006.

FÉDIDA, Pierre. A adicção da ausência: a espera de ninguém. In: Boletim de Novidades Pulsional. **O eu e as paixões**. São Paulo: Escuta, Ano X, nº 101 - set.1997, p.29-39.

FERNANDES, Maria Helena. **Corpo**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2003.

_____. **O corpo na anorexia e na bulimia**. In: <http://www.estadosgerais.org/encontro/IV/PT/trabalhos/Maria_Helena_Fernandes_2.pdf>, 01/12/2005.

FREDA (1988), Francisco-Hugo. Demanda, entrada e fim de análise com toxicômano – participação em comentário de caso clínico realizado no Centro Mineiro de Toxicomania, outubro/1988. In: **Textos sobre Toxicomania e Alcoolismo** – publicação do CMT - Centro Mineiro de Toxicomania; Transcrição: Raquel Martins Pinheiro, 1993, p. 39-50.

_____. Quem lhe disse isso? In: **Textos sobre Toxicomania e Alcoolismo** – publicação do CMT - Centro Mineiro de Toxicomania; Trad. Maria Luíza Miranda, 1993.

_____. Ela nunca me engana. In: **Textos sobre Toxicomania e Alcoolismo**– publicação do CMT - Centro Mineiro de Toxicomania; Trad. Maria Luíza Miranda e Vera Motta, 1993, p.26-30.

_____. Existem toxicômanos. In: **Textos sobre Toxicomania e Alcoolismo**– publicação do CMT - Centro Mineiro de Toxicomania; Trad. Maria Luíza Miranda, 1993.

_____. Da droga ao inconsciente. Trad. Fernando T. Grossi e Gerard E. Rauber In: **Subversão do sujeito na clínica das toxicomanias** – IX Jornada do Centro Mineiro de Toxicomania, Belo Horizonte, 1996.

_____. Adolescência e toxicomania, In: **Boletim Napsi** nº 01, Conferência realizada em evento promovido pelo NAPSI (Núcleo de Atendimento Psicológico), Salvador-BA, 1996, p.6-9.

FREUD, Sigmund. Estudos sobre a Histeria (1895). In: FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Direção de Tradução Jayme Salomão. 2.ed.Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986, v.2.

_____. Caso clínico Sra. Emmy von N(1895a). In: FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Direção de Tradução Jayme Salomão. 2.ed.Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986, v.2.

_____. Carta 79 (22 de dezembro de 1897), Extratos dos documentos dirigidos a Fliess (1950 [1892-1899]). In: FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Direção de Tradução Jayme Salomão. 2.ed.Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986, v.1.

FREUD, Sigmund. A sexualidade na etiologia das neuroses. (1898). In: FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Direção de Tradução Jayme Salomão. 2.ed.Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986, v.3.

_____. A Interpretação dos Sonhos. (1900). In: FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Direção de Tradução Jayme Salomão. 2.ed.Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986, v. 4 e 5.

_____. Tratamento psíquico ou mental. (1905 [1890]). In: FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Direção de Tradução Jayme Salomão. 2.ed.Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986, v.7.

_____. Fragmento da análise de um caso de histeria. (1905). In: FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Direção de Tradução Jayme Salomão. 2.ed.Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986, vol. 12.

_____. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905). In: FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Direção de Tradução Jayme Salomão. 2.ed.Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986, vol.7.

_____. Notas sobre um caso de neurose obsessiva (1909). In: FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Direção de Tradução Jayme Salomão. 2.ed.Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986, v.10

_____. A dinâmica da transferência (1912). In: FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Direção de Tradução Jayme Salomão. 2.ed.Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986, v. 12.

_____. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912). In: FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Direção de Tradução Jayme Salomão. 2.ed.Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986, v.12.

_____. Totem e tabu (1912-13). In: FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Direção de Tradução Jayme Salomão. 2.ed.Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986, v. 13.

_____. Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I) (1913). In: FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Direção de Tradução Jayme Salomão. 2.ed.Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986, v. 12.

_____. Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II) (1914). In: FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Direção de Tradução Jayme Salomão. 2.ed.Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986, v.12.

_____. Sobre o Narcisismo: uma introdução. (1914) In: FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Direção de Tradução Jayme Salomão. 2.ed.Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986, vol. 14.

_____. Os instintos e suas vicissitudes (1915). In: FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Direção de Tradução Jayme Salomão. 2.ed.Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986, v.14.

FREUD, Sigmund. Observações sobre o amor transferencial (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III). (1915). In: FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Direção de Tradução Jayme Salomão. 2.ed.Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986, v.12.

_____. Luto e melancolia.(1917[1915]). In: FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Direção de Tradução Jayme Salomão. 2.ed.Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986, v.14:275.

_____. Uma criança é espancada: uma contribuição ao estudo da origem das perversões sexuais. (1919). In: FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Direção de Tradução Jayme Salomão. 2.ed.Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986, v.17.

_____. Linhas de progresso na terapia psicanalítica (1919). In: FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Direção de Tradução Jayme Salomão. 2.ed.Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986, v.17.

_____. Além do princípio de prazer (1920).In FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Direção de Tradução Jayme Salomão. 2.ed.Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986, v. 18.

_____. Psicologia de grupo e a análise do ego (1921). In: FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Direção de Tradução Jayme Salomão. 2.ed.Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986, v. 18.

_____. O problema econômico do masoquismo (1924). In: FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Direção de Tradução Jayme Salomão. 2.ed.Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986, v. 19.

_____. Mal-estar na civilização (1930). In: FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Direção de Tradução Jayme Salomão. 2.ed.Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986, v.21.

GURFINKEL, Décio. **A pulsão e seu objeto-droga**: estudo psicanalítico sobre a toxicomania – Petrópolis, RJ: Vozes, 1995

GREEN, André. **Narcisismo de vida, narcisismo de morte** – trad. Cláudia Berliner. – São Paulo: Escuta, 1988

JEAMMET, Philippe A. A abordagem psicanalítica dos transtornos das condutas alimentares. In: URRIBARRI, R (org.) **Anorexia e bulimia**. São Paulo: Escuta; 1999.

JEAMMET, Philippe e CORCOS, Maurice (2005). **Novas problemáticas da adolescência: evolução e manejo da dependência** – São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

KAUFMANN, Pierre. **Dicionário enciclopédico de psicanálise**: o legado de Freud e Lacan – editado por P.Kaufmann; trad. Vera Ribeiro, M. Luiza X. de A. Borges; consultoria Marco Antonio Coutinho Jorge – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

KEHL, Maria Rita. **As drogas**. Série Café Filosófico. Entrevista gravada em VHS NTSC, São Paulo: tv cultura – Fundação Padre Anchieta, 2003.

KRISTEVA, Julia. **Sol Negro**, depressão e melancolia. Rio de Janeiro: Rocco 1989.

LACAN, Jacques. O Seminário, livro 1: **Os escritos técnicos de Freud** (1954) – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1983.

_____, J. **A direção do tratamento e os princípios do seu poder**. (1958), In: _____. Escritos. Trad. Vera Ribeiro – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. Cap. 5 (Campo Freudiano no Brasil)

_____, J. O Seminário, livro 5: **As formações do inconsciente**. (1958), Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

_____, J. O Seminário, livro 7: **A ética da psicanálise** (1959-60), Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed

_____, J. O Seminário, livro 11: **Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise** (1964), Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller; trad. M.D. Magno – 2 ed. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

LAMBOTTE, Marie - Claude. **O discurso melancólico**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud 1999.

LAPLANCHE, Jean & PONTALIS, J.-B (1986). **Vocabulário da Psicanálise**. 9.ed., São Paulo (SP): Martins Fontes Editora Ltda.

LAGACHE, Daniel. **A transferência**. Trad. Álvaro Cabral- 1.ed. brasileira – São Paulo (SP): Martins Fontes, 1990.

LE POULICHET, Sylvie. Toxicomanias. In: **Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan**, editado por Pierre Kaufmann; trad. Vera Ribeiro, Maria Luiza X. Borges; consultoria, Marco Antônio Coutinho Jorge – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

LE MOS, Inez e PASSOS, Marina. **O gozo cínico do toxicômano**. Mental. [online]. Nov. 2004, vol.2, no.3 [citado 09 Abril 2006], p. 51-60. Disponível na World Wide Web: <http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1679-442720044000200005&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1679-4427.

LODI, Maria I.H. & DUARTE, Tereza C.T. Perguntas que dão o que pensar. In: **O Objeto Droga**, Fascículos FHEMIG – n.5 MAR/88.

MC DOUGALL, Joyce. **Teatros do corpo**. O psicossoma em psicanálise. São Paulo: Martins Fontes; 1991.

_____, J. **As múltiplas faces de Eros: uma exploração psicoanalítica da sexualidade humana** – trad.: Pedro Henrique Bernardes Rondon, São Paulo: Martins Fontes, 1997.

MELMAN (1992), Charles. **Alcoolismo, delinquência, toxicomania: uma outra forma de gozar**; trad. Rosane Pereira; org. e revisão técnica Contardo Calligaris – São Paulo: Escuta, 1992.

MILLER Jacques-Alain. Conferências caraquenhãs. In: **Percursos de Lacan: um introdução** – Trad. Ari Roitman – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1979.

MONTEIRO (2005), Cleide P. A clínica das psicoses e a prática psicanalítica nas instituições públicas de saúde mental. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica – Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2005.

NOGUEIRA FILHO, Durval Mazzei. **Toxicomanias** – São Paulo: Escuta, 1999

_____, D.M. Entrevista à Folha de São Paulo – 22.06.2004. In: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/treinamento/vicios/>>, 11/2004.

OLIVEIRA, Luciano L. “**O Édipo e o(s) Destino(s) da Transferência na Cura Analítica**” Monografia curso de Especialização em Psicanálise, pela UFPb, João Pessoa (PB), 1997.

OLIEVENSTEIN, C & colaboradores. **A clínica do toxicômano: a falta da falta**. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1990.

OLIEVENSTEIN, C.& PARADA,C. **Droga, adolescentes e sociedade: como um anjo canibal** – Trad. José Luís Godinho – Lisboa: Instituto Piaget, 2002.

PORGE, Erick. Do sujeito desejante ao sujeito suposto saber. In: **Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan**, editado por Pierre Kaufmann; trad. Vera Ribeiro, Maria Luiza X. Borges; consultoria, Marco Antônio Coutinho Jorge – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

RASSIAL, Jean-Jaques. **O adolescente e o psicanalista**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

ROCHA, Zeferino. **Os destinos da angústia na psicanálise freudiana** São Paulo: Escuta, 2000.

_____, Z. **Freud: aproximações**. – 2. ed. rev. e aum. – Recife: Ed. Universitária de UFPE, 1995.

ROUDINESCO (1998), Elisabeth & PLON, Michel. **Dicionário de Psicanálise** – trad. Vera Ribeiro, Lucy Magalhães; supervisão Marco A.Coutinho Jorge – Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Ed., 1998.

ROSENFELD (1968), Herbert A. **Os estados psicóticos**. Trad. Salomão J, Corrêa Dias P. – Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1968.

SANTIAGO, Jésus. **Droga, ciência e gozo: sobre o tratamento clínico do mal-estar do desejo**. In: *Opção Lacanaiana*, 15: p. 33-38, 1996.

_____, J. **A droga do toxicômano**. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

TOROSSIAN, Sandra D. **As contribuições da teoria psicanalítica para o entendimento das toxicomanias** – In: <<http://www.appoa.com.br/download/correio118.pdf>> Porto Alegre, n.118, out./2003.

VINDICAS. **O dispositivo de grupo como possibilidade de intervenção na clínica das toxicomanias**. In: <<http://appoa.com.br/download/correio118.pdf>> Porto Alegre, n.118, out./2003.

WAKS, Cláudio E.M. A clínica psicanalítica da toxicomania: “o lixo clínico” In: *Boletim de Novidades da Livraria Pulsional* – **Insuficiência imunológica psíquica e toxicomania** – Ano X, número 103 – nov/97, 1997, p.55-61

WINNICOTT, D.W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda., 1975.

ANEXOS

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO - UNICAP
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - PROPESP

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro, para os devidos fins, que concordo em participar do Projeto de Pesquisa intitulado **TOXICOMANIA E TRANSFERÊNCIA: Reflexões sobre a subjetividade do toxicômano e a transferência analítica**, sob a orientação do professor **ZEFERINO DE JESUS BARBOSA ROCHA**, do Departamento de **PSICOLOGIA**, da Universidade Católica de Pernambuco, desenvolvendo as atividades que me competem, pelo período previsto no referido Projeto.

Assinatura

Prof^º Dr. Zeferino de Jesus Barbosa Rocha

Matrícula: 4077-7

Identidade:

CPF:

Fone(s) para contato:

E-mail : zephyrinus@globo.com

Assinatura

Mestranda Eugênia Chaves

Matrícula: 200460010-0

Identidade:

CPF:

Fone(s) para contato:

E-mail : eugeniachaves@terra.com.br

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESPONTÂNEO

TOXICOMANIA E TRANSFERÊNCIA

Eu _____, abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa supra citado, inserido no Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, sob a responsabilidade da mestranda Eugênia Chaves e de seu Orientador Prof Dr Zeferino de Jesus Barbosa Rocha. Assinando este termo de consentimento estou ciente de que:

1. O objetivo da pesquisa é: contribuir para a clínica psicanalítica com pessoas em situação de dependência a drogas, tentando melhor compreender algumas características da dinâmica de personalidade dessas pessoas e o modo como se relacionam com o tratamento e o psicanalista.
2. A entrevista será semi-dirigida de acordo com os objetivos da pesquisa. Em nenhuma circunstância, serei identificada.
3. Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa.
4. Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa
5. Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada.
6. Poderei contatar o Comitê de ética da UNICAP para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa, através do telefone: 3216-4376, o qual encaminhará o procedimento necessário.

Recife, ____ de _____ de 2005.

Voluntário

RG: _____

ANEXO B – ENTREVISTAS

ENTREVISTADO 1

PESQ. Bem então pronto, como a gente falou não é? Gostaria que falasse um pouquinho. Como é que esse tipo de paciente chega lá no serviço? O que é que ele demanda, o que é que ele solicita? Pode falar a vontade.

ENT. Olhe é só descaso que ele tem na dependência dos outros, que o outro aproveita. Precisa ter passado por uma situação contundente, muitos pacientes chegam assim: quando aconteceu alguma coisa complicada com a família, ou no trabalho, às vezes, são encaminhados através do trabalho; e muitos são levados pela família, e os que são levados pela família geralmente têm pouca adesão ao tratamento. Porque assim não têm ainda um desejo e muitas vezes durante a triagem, a primeira entrevista, o primeiro contato, que tem a pergunta lá, porque que você veio? Como foi que você chegou aqui? Porque minha mãe me trouxe, porque meu pai me trouxe, porque a justiça mandou, enfim, nunca diz porque eu quero me desfazer da droga, porque a droga só me trouxe prejuízos. Esses que falam assim é que têm uma chance maior de aderirem bem ao tratamento. “Porque eu perdi minha família”, “porque minha mulher me abandonou”, “porque eu quase morri”, “tive um acidente”, então têm essas duas formas de chegar. Aquele que chega assim falando das perdas que teve, tem uma chance maior de ter uma melhor adesão; embora que em muitas situações, mesmo que haja essa fala desse desejo, mas, há também muita ambivalência, muita negação, a gente vai percebendo isso durante o tratamento.

PESQ. Como assim, ambivalência?

ENT. Ambivalente, sim. Mas eu tenho que vir todo dia? Dizendo que perdeu tudo, que perdeu a mãe a família, mas “todo dia eu tenho que tá aqui?” “Mas, é de tal hora até qual hora?” “Ah! Mas aí eu não posso não. Eu tenho que trabalhar”... Ai, a gente sempre tem que está colocando: “olhe, mas já é o seu trabalho!” Às vezes o paciente diz: “Não, mas eu já tenho condições de trabalhar”. Então ele fica com uma certa resistência a aceitar o contrato terapêutico, digamos assim, que é a primeira coisa após a triagem, fica sem aceitar entrar no tratamento. E aí, muitas vezes, até a nossa frequência que é diária, tem que estar todos os dias na clínica, já se coloca uma certa resistência. “Não doutora, mas todo dia?!”... sempre têm um ou outro argumento.

PESQ. E a negação?

ENT. A negação é assim: “Não, eu venho todo dia; mas, eu não sou desses que caem no meio da rua; quando eu quiser parar eu paro!” “Deve ser exagero. Trabalho pra me manter”. A negação acontece geralmente com profissionais do serviço público, que já têm uma situação extremamente complicada no trabalho que é o último recurso que o trabalho lhe dá. É como se essa demanda fosse do trabalho e não uma demanda dele mesmo; de fato, a negação acontece muito aí. Quando chega lá e diz: “Olhe tô aqui porque o meu chefe mandou. Eu não sou alcoólatra!” Ou, então, no caso de adolescentes que já não estudam mais... enfim que somem e passam vários dias fora de casa e é a mãe que traz, ou o pai, ou o padrasto. E, aí, ele reconhece que não quer mais estudar; mas, não relaciona isso ao uso de drogas – “Eu não vou estudar, porque é uma coisa que eu nunca gostei”. Não relaciona as perdas, não sente ainda as perdas. “Não! É minha mãe quem tem problemas, ela que está precisando de um tratamento, ela está muito nervosa. Eu estou bem demais”. Aparece muito essa negação dos dois... ou “Eu só uso drogas quando eu quero”. Ou, então, acontece muito da avó levar, aí diz: “Não, é que eu fui criado com ela e ela não dorme quando eu saio. Mas, não uso drogas assim como ela está dizendo, não”. Aí vai minimizando o que diz o outro, mesmo.

PESQ. Ótimo. Vou fazer outra pergunta: E, quando eles chegam assim, nessa negação, levado pelo outro, qual a estratégia que vocês utilizam para daí chegar a aderir ao tratamento, como você diz?

ENT. Nesse momento, há muitas situações em que é preciso chamar a família, no momento da entrevista, chama que o trouxe, se foi a avó, ou a mãe, ou se foi o pai. Olhe ele está dizendo que não tem problema com a droga. E a gente só vai poder cuidar dele se ele assumir que tem algum problema. E nesse momento a gente tem uma conversa. “Ah! Mas ele não disse isso, não?! Ele não disse que fez aquilo? Ele não disse que fez aquilo outro?” Nessa hora não há exatamente um confronto, mas há uma sessão de que é preciso mostrar à pessoa de que é realmente um problema e outras vezes mesmo que diga que há, que ele é até assume que há, durante o tratamento é que a gente vai percebendo, que a resistência vai aparecendo, por uma palavra, por chegar atrasado. Às vezes, não é só nesse momento não! [da triagem] E aí é todo um o trabalho; tanto dos grupos e com os pais mesmos. É um começo de prestar atenção ao que está acontecendo com ele. Exemplo: tem um que teve apagamento, um que várias vezes foi preso, que queria tocar fogo na casa, que vendeu os vales para comprar bebida, que levou a televisão nas costas e não lembra que levou, uma televisão nova que quer vender por R\$ 50,00 para usar crack e não lembra de nada, aí o outro já fala algo também. Então, assim, as situações complicadas servem de alguma coisa quando são socializadas e compartilhada e vai aumentando de alguma forma, a própria compreensão de que não se tem o domínio, de que é assim, um problema de que é preciso cuidar. Às vezes, outras situações de atraso, de falta, ou até de nem ir. Por exemplo: até na hora da triagem diz que quer, que quer, que quer; mas, não passa daquela triagem. No outro dia nem vai. Essa ambivalência é preciso pensar que ela está presente, mesmo que não se verbalize. O paciente que diz que quer, que tem o desejo, que se refere às perdas e que quer o tratamento, ele pode

nem vir, no outro dia. Como esse que é trazido, há também o desejo dele, mesmo que ele não perceba assim. Então a ambivalência está presente em todas as situações. A gente tem que estar trabalhando durante todo o percurso do tratamento, desde a triagem.

PESQ.: E, algum paciente desses demonstra assim... se questiona – não, eu uso drogas porque aconteceu isso, eu uso droga porque minha vida..., ou porque teve uma perda. Ou se questiona – por que eu entrei nesta vida? – ou não? Ou isso não é questão?

ENT.: A questão é a seguinte: eu sempre usei drogas, ou sempre bebi porque sempre gostei. Agora, quando eu me separei, aumentou muito mais; quando mamãe morreu, aumentou muito mais, porque ela era meus pés e minhas mãos. Quando... é... Geralmente acontece uma situação de um sofrimento muito intenso para aquilo [consumo de drogas] que não era considerado um problema – “eu sempre bebi, eu já fumei maconha – mas, com esse episódio, que, às vezes, é uma situação de perda familiar, às vezes, é uma situação material, aí, passa a ser um comportamento muito destrutivo, mesmo, porque aumenta muito o consumo, o sujeito passa a viver só para aquilo, mesmo.

Tenho um paciente que fala assim: eu sempre bebi. E ele estava prestes a perder o trabalho. O empregador já tinha aberto um processo administrativo contra ele. Ele já participou do tratamento três vezes. A primeira vez ele não conseguiu ficar. Ficar no sentido de adesão. Ele disse que queria o tratamento, mas ele não falava nada. Então ele abandonou. Depois de um tempo ele até entrou em abstinência, mas ele não conseguia colocar em grupo as coisas da relação dele com, por exemplo, com o pai, com a mãe, com a esposa, as relações de conflito, enfim. Ele não falava nada. Então ele abandonou.

Aí, ele volta, muito mal de novo, e, dessa vez, ele fica e começa a falar. Aí ele fica bem, passa muitos meses se tratando, sai de alta médica. Só que aí, ele se separa da mulher que ela era um pouco complicada, ele muda de emprego... Só que, em outro momento, o pai dele morre e, aí, esse processo destrutivo dele vem com muita força.

Temos notícia de que ele está assim, porque a ex-esposa procurou o serviço, que ele está muito mal, que na verdade ele estabeleceu uma relação de dependência com essa ex-esposa que apesar dele ter se separado dela, ela fica sempre em contato com ele. E aí ela nos deu essa notícia que o pai dele morreu e todo esse processo do álcool volta tudo de novo, com muita força. Então, é mais ou menos isso.

PESQ.: Você falou de abstinência. Como é a abstinência pra vocês? É uma condição?... Como é?

ENT.: Não, é um objetivo; mas, não é abstinência pela abstinência! É... A abstinência precisa ser buscada, mas dentro de um contexto de mudança. Um projeto de vida, mesmo. É uma conquista dentro de um projeto de vida maior, de forma de agir. Não só em relação a dependência da droga em si. Como na situação desse rapaz, na verdade ele estabeleceu uma relação de dependência junto a tudo:

com o álcool, com a esposa, com o pai, que morreu e ele não conseguiu elaborar essa perda e voltou a beber.

Então, assim a abstinência não por ficar sem droga, mas pra tentar entender porque que buscou a droga? O que tinha nele antes de usar droga, como é que ele era? Desde as questões de forma de ser e de agir que o levaram a usar drogas. E, como vai cuidar disso? Como é que vai ser isso? Como se ele voltasse pra si mesmo. A questão não é só parar de beber e pronto; mas, descobrir que tem coisas complicadas, que ele é impaciente mesmo, que ele em determinados momentos fica meio deprimido, que quer ficar só, e ele comina com isso. Muitas vezes, ele é chato, e o que ele vai fazer com essa chatice? Que ele é tímido e como é que vai lidar com essa timidez. Então, é assim, é tentar entender a forma dele ser, que fez ele buscar a droga, para aquilo que ele não conseguia resolver, administrar.

PESQ.: Eu queria saber quais as dificuldades desse trabalho, com esse tipo de paciente, quais as dificuldades que você encontra mais?

ENT.: As dificuldades... há muito abandono. O nível de abandono é muito alto. Há muitas atuações. Atuações assim, de buscar cumplicidade. Muitas coisas ligadas a transgressão, tentativas de buscar parcerias, alguma coisa de sedução, e, nessas situações, são situações que pedem limites, o tempo todo, da gente que está cuidando deles. Tem que impor limites. Olhe eu não sou sua amiga, sou alguém que está cuidando de você... você está colocado no grupo, não vou permitir que você saia; enfim, coisas assim. As dificuldades maiores são ligadas à transgressões e situações de que o padrão de vida de quem usa drogas e álcool, eles procuram levar para dentro do tratamento. Então, é preciso toda uma desconstrução dessa forma, de querer vender alguma coisa, querer trocar alguma coisa. Então nisso é preciso sempre estar atendo, ter cuidado,... essa é uma das dificuldades.

Outra dificuldade provém daquele paciente que não consegue abstinência, e chega intoxicado, por exemplo. Então, fica agressivo, se não tiver uma relação boa com a equipe, nesse momento, pode chegar ameaçando. É preciso ser muito claro, que esse comportamento tem consequências. Comportamento de ameaça de agressão verbal, agressão física. Essas situações estão ligadas com a situação de intoxicação. Aí, é preciso conter, indicar um pronto-atendimento para ser desintoxicado, para voltar no dia seguinte bem. Ou então, nos casos de pacientes alcoolistas, que clinicamente estão muito comprometidos. Então, aquele que está com um quadro convulsivo, que tem convulsões repetidas, tem-se que chamar uma ambulância, precisa-se contactar a família. Às vezes, a família não tem telefone, não tem endereço, ou tem e a gente não consegue contactar, situações, assim, clínicas que são graves.

Outras situações são...quando, no grupo mesmo, se elege um, por exemplo, que é o porta-voz do grupo. Nessas situações precisa-se ter um manejo: “Espere aí! Mas por quê que você está falando isso? Vamos ouvir o que é que Fulano diz sobre isso”. Assim, quando um fala pelo outro. Ou, então, mesmo dentro do grupo, quando uns fazem parcerias. Aí, uma situação específica mesmo. Um sorriso de

cumplicidade, é preciso entrar quebrando. Ou, então, quando há quebra de sigilo no grupo é uma situação muito grave, que deixa o grupo amedrontado. Situações de quebra de sigilo e de ameaça. Essas situações são indicações de que alguma coisa não vai bem, e a gente precisa botar o grupo pra falar.

Às vezes, é porque houve algum envolvimento fora do tratamento e isso sempre, sempre aparece. Se começam o tratamento e há envolvimento lá fora, isso tem reflexo não só para esses dois que geralmente abandonam; mas, muitas vezes mexe com o grupo todo. Por exemplo, começam a ir embora juntos, aí terminam usando drogas, bebendo juntos, e aí sempre acontece alguma situação, que volta pro tratamento. Às vezes, uma situação de violência fora, uma situação de excesso que termina retornando e trazendo complicações. Termina em abandono desses dois, mas, às vezes, envolve a maior parte do grupo. São essas coisas que eu percebo de maior complicação.

PESQ.: E, a gente poderia dizer que tem uma característica na forma como ele lida com a equipe, com você que está lá coordenando o grupo? Você percebe alguma característica da transferência, do lugar em que colocam você?

ENT.: Eu percebo assim... que é um lugar de alguém que sabe e que muitas vezes pedem uma resposta à gente. É um lugar assim de quem tem o saber, que sabe o que é melhor pra eles e que daria uma receita, alguma coisa. Isso é o tempo todo trabalhado, mas há sempre uma tendência a colocar a gente nesse lugar. Ou, como o tratamento é em grupo, há sempre uma solicitação, uma busca pelo individual. “Eu não consigo falar em grupo! Eu quero falar somente com Fulano, somente com a psicóloga”. Então, assim, transferencialmente, é a psicóloga quem vai entender. A nutricionista não vai entender. “A psicóloga é quem sabe o que eu estou passando”!

PESQ.: E você faz esse tipo de atendimento?

ENT.: Não faz. Faz assim algum acolhimento, mas psicoterapia individual a gente encaminha pra outros serviços. Mas, muitas vezes eu sinto como se fosse também uma relação também de muita raiva, por quem está na equipe. Então, alguém que coloca limites é alguém que faz com que se sinta muita raiva. Então é como se fosse um pai, uma mãe, quem faz parte da equipe é alguém que dita a lei, dita regras, que geralmente tem em algum momento uma certa hostilidade em relação a isso. Então, transferencialmente é preciso mostrar que colocar limites também é uma forma de cuidado e que eles chegaram ali porque também há na história pessoal uma falta de limite. Então, é também um papel da equipe, exatamente isso. Quem vai colocar os limites são as pessoas da equipe, que tá o tempo todo nessa busca. Então, isso dá também muita raiva. Quando acontece suspensão, falta administrativa. E, quando eles voltam pra falar da raiva que ficou da equipe, demonstram muita raiva mesmo e, às vezes,

isso fica meio escondido, mas a gente percebe pelas atuações que não engoliu direito aquela situação, e aí vai.

PESQ.: Porque tem a falta administrativa? É como se fosse uma punição, é isso?

ENT.: Não, geralmente é uma situação de violência, uma agressão física; ele não fica no tratamento, tanto quem agrediu, como quem revidou. Então, tem que voltar com um mês. Aí, muitas vezes nessa volta, há também uma raiva. Ou, então, situações em que há um passeio, aí ele está comprometido clinicamente, teve uma convulsão no dia anterior e a equipe avalia que não há condições de ele ir a esse passeio, então ele sente isso como uma punição. É um cuidado, mas é sentido como uma punição.

PESQ.: A maioria das pessoas que vão para o grupo são alcoolistas ou misturado?

ENT.: São misturados: tanto tem alcoolistas, como tem dependentes de crack, dependentes de maconha, cocaína, cola...

PESQ.: Mas são dependentes de drogas? De algumas drogas, ou também dependentes de jogo, etc.?...

ENT.: Não!

PESQ.: Quanto ao diagnóstico de estrutura? Por exemplo, às vezes, têm pessoas que têm dependência a drogas, mas se percebe que tem uma estrutura psicótica, vocês recebem também, ou não?

ENT.: A gente recebe quando o que está mais em evidência, no momento, é o uso de álcool e drogas. Então, às vezes, o que está em evidência é o surto – tá alucinando, tá...; aí nesse momento, às vezes, não tem nem usado drogas, mas está precisando de outros cuidados que não é o tratamento de álcool e drogas. E, outras vezes, já acontece muito de um outro serviço encaminhar pra gente, porque não está conseguindo que a pessoa faça o tratamento direitinho, porque está usando, está bebendo. Aí, encaminham pra gente. E, quando ele está abstinência, volta pro outro serviço. O paciente esquizofrênico ou com outro tipo de transtorno mental e precisa de cuidados mais continuados, que precisa usar medicação pro resto da vida.

Alguns não têm indicação, por exemplo, para grupo terapêutico, por já ter esse tipo de transtorno associado. Esses não vão participar com os alcoolistas ou com outros que não têm esses transtornos. Eles ficam fazendo uma outra atividade, uma atividade mais prática, uma oficina criativa, de trabalhos manuais, que acontecem ao mesmo tempo do grupo terapêutico.

PESQ.: Para o grupo terapêutico vocês fazem tipo uma triagem para cada cliente?

ENT.: No momento da triagem já é o momento da gente perceber se há indicação; mas, às vezes, acontece do paciente entrar e a gente perceber depois que não tem indicação. Seja porque a bebida mobiliza demais, fica muito agitado, querendo sair, passa mal, fica angustiado. Quer dizer, são situações em que é muito difícil entrar em contato mesmo sendo no outro; mas, ele termina percebendo que ele também tem esses problemas. Então isso gera muita angústia e nessas situações ele não fica, não. A gente espera um outro momento, e, às vezes, nem entra. Tem paciente que nunca entraram em GT (grupo terapêutico) e nem tem indicação para entrar.

PESQ.: Geralmente, são pacientes mais graves?

ENT.: É. São pacientes que têm uma gravidade maior ou questão da compreensão, questão elaborativa, mesmo. Às vezes, só uns falam, outros ficam calados, mas a gente percebe que fica atento e, espera-se que, em algum momento, vai poder também tá falando de si mesmo. Tem outros que a gente percebe que, no grupo, não diz nada, é muito sono. É muita resistência para entrar em contato com a própria história e, às vezes, uma falta de compreensão mesmo. Tem algum que tem problema de audição, que está ali, mas não está escutando. Quando há alguma limitação também desse tipo, a gente também conversa com a pessoa...

PESQ.: Conversa com a pessoa?

ENT.: É, a gente vai avaliando.

PESQ.: E a contratransferência? Como é que você percebe? Como é que mexe com você?

ENT.: A contra transferência? É ... Com alguns usuários que ficam numa repetição muito grande, sem muita elaboração, ou um que não quer escutar o que o colega diz. Quando ele fala, fala, fala... uma fala repetitiva, fica nessa repetição, eu me pego muito incomodada. Percebo um incômodo no grupo e eu também me sinto assim. Há essa necessidade de repetir; mas, como é isso? É uma coisa a mais, e isso me deixa angustiado. Outras vezes é assim uma situação que o paciente, diferente desse repetir, mas é um paciente que quer dar conselho para todo mundo e ele nunca fala dele. Isso também me pega, assim. E, quando eu faço alguma intervenção no sentido de “ Sim, e para você, como é isso?” Aí ele sempre volta para os outros. Então é aquele que sempre sabe como deve ser, mas ele não diz como ele faz. Está entendendo? Essa coisa que também me irrita, me pego meio irritada com o que eles falam; mas, nas supervisões a gente trata disso. Outras vezes, são pacientes que claramente têm uma atitude, que eu digo, assim, até provocativa dentro do grupo. Até perto da perversão, de está muito colado ainda na história de usar álcool e drogas e usam também o espaço do grupo para estar dizendo o que

fez, que fez, que pegou, que roubou, que não sei o que, que pegou crack, que pegou pedra... Nisso aí, eu sempre tenho que intervir; mas, isso me incomodada profundamente. Essas situações...

PESQ.: Mas, incomoda, assim, em que sentido?

ENT.: Porque é como se o grupo fosse um palco pra... , porque ele fica no contar, no relatar, de um certo prazer que ele tem de tá contando o que fez, sem nenhuma culpa. Essa situação me deixa... por isso que eu acho que esse tipo de paciente talvez tenha uma estrutura mais psicopática, uma coisa assim. Porque, muitas vezes, eles nem ficam, não dão nem continuidade ao tratamento.

Ele tem aquele prazer de ficar contando!

Aquilo, que eu furtei, que eu fiz e aconteceu, que lá na minha casa está cheio de, não sei o que... aquela coisa assim. Tanto que... ele pode, contratransferencialmente, tem que saber como lidar com essas pessoas, porque há também esse limite. Porque, acho que essas pessoas, quando começam muito com isso, não têm também muita indicação pra GT, porque, na verdade, ele também não traz questões de família, questões de si mesmo, traz o que faz, e não o sentimento. Nessas situações, me pego assim, sem querer julgar; mas, me pego aperreada. É isso aí!

PESQ.: Tem alguma coisa a mais que você queira dizer? Se eu fosse trabalhar com isso, qual era o conselho que você me daria?

ENT.: Eu não sei!... Acho que uma das coisas importantes é a gente tentar se perceber sempre, como é que a gente está, qual é o limite da gente desse trabalho, trabalhar nossa própria onipotência, que a gente não vai dar conta de dirimir muitos casos difíceis e isso é uma coisa do desejo do outro. Que a nossa própria ajuda vai ter um limite, por mais que a gente perceba que há uma dificuldade, que há um sofrimento, muitas vezes, a gente vai esbarrar nesse desejo que é altamente destrutivo. Então, eu acho que o principal, pra gente que trabalha, é trabalhar nossa própria frustração, que a gente não vai dar conta, mesmo. De situações, assim, por exemplo, de suicídio. Nunca aconteceu lá! Aconteceu assim, com um paciente, mas ele não estava lá. Mas, isso mexe com a gente, porque, eu acho que fica a idéia: “A gente não conseguiu salvar! Como é que a gente não percebeu que ele estava prestes a fazer isso?” Então, é uma coisa que deixa toda a equipe muito mal. É como se a gente imaginasse que a gente tivesse condições de salvar aquela pessoa, que é um sentimento muito onipotente! E, ter disponibilidade, ter uma capacidade continente, assim, também, de poder agüentar essas atuações, que possam vir. É importante que a gente possa ter isso.

Que a gente possa acolher e, ao mesmo tempo, colocar limites nessas transgressões. Acolher o paciente, a questão de cuidado, mas, sem perder de vista os limites, também. Acho que isso é uma coisa que tem que falar o tempo todo. E, assim, como é um trabalho de equipe, a gente tem que ter muito cuidado para a gente está falando a mesma língua; porque, senão, se não estiver muito afinado, a

equipe não tiver muito afinada, isso repercute neles. Eles percebem. Quem tiver está escapando. E, tem que ter disponibilidade para trabalhar em equipe; a disponibilidade que eu falo não é nem só com esse tipo de paciente, que é difícil; mas, também de trabalhar equipe.

PESQ.: Está ótimo, obrigada!

ENT.: De nada, espero ter ajudado mesmo!

ENTREVISTADO 2

PESQ.: Gostaria que você me falasse um pouco, como é que chega o toxicômano até vocês, até o serviço de vocês? O que é que eles demandam?

ENT.: Alguns chegam, são até levados pela família, quando adolescentes, mais novos; os mais velhos em geral vão sozinhos. Chegam lá muito aflitos, muito desesperados e muito perdidos, e dizendo não saber o que vão fazer da vida deles ,sem ver saída para eles, porque a vida está totalmente envolvida pela droga, então eles não sabem fazer outra coisa da vida,se não se drogar. E eles querem sair daquele mundo cão, da droga ,e não conseguem; é aí quando eles nos procuram. Muitos, já tentaram e não conseguiram, e aí vão mais uma vez em busca disso. Alguns permanecem , outros não, desaparecem, e a gente perde de vista, e enfim a gente não está ali, para fazer um serviço de detetive; a gente está ali para recebe-los, no caso quando eles são assíduos, a gente os mantém no tratamento; mas,quando eles abandonam, abandonam. A gente tem que aceitar. O nível de frustração do psicólogo, que cuida do toxicômano tem que ser muito baixo; por que senão, a gente não agüenta! Não é verdade? Agente tem que se trabalhar muito.

PESQ.: E qual seria a principal dificuldade que você encontra nesse tratamento específico?

ENT.: A resistência. A resistência é a negação, esse é o mecanismo mais utilizado e que a gente enfrenta com maior intensidade.

PESQ.: E como é essa negação?

Simplemente eles procuram subterfúgios, eles procuram argumentos pra dizer assim: “Não, eu recai” – Mas, recai por que? – Não, porque eu não consegui. Mas, não fui eu! Foi porque um amigo, foi porque a situação, foi a circunstância, eu estava numa festa, e não soube dizer não!”... E sempre colocando culpa no outro! É muito difícil aquele que assume, e diz não: eu recai, por minha culpa mesmo, eu assumo. É difícil; a negação é uma constante.

PESQ.: Você faz terapia individual?

ENT.: É individual

PESQ.: E como é isso? Você sendo psicanalista, de orientação psicanalítica, e atender o toxicômano? Como é isso?

ENT.: A princípio é um pouco difícil; mas, a minha escuta é analítica. Então numa escuta analítica eu tenho que, vamos dizer, enfatizar uma transferência; mas, eu não posso chegar a uma neurose

transferencial, não posso estimular isso porque não é o caso! Não estou ali com o paciente fazendo associação livre; eu tenho uma escuta analítica. Então eu procuro observar o modo como ele se porta, os atos falhos, os lapsos, os sonhos deles; pouquíssimos me falam dos sonhos, porque na grande maioria, eles não se lembram, acho que por causa do efeito da droga, o sonho é muito raro; mas, eu procuro enfatizar muito isso, e o processo transferencial tem que haver; se não, não haverá terapia com êxito, não é verdade? Então eu diria que a tensão do toxicômano existe, e nós não sejamos puristas, não sejamos puramente analistas. Enfim, usar um pouco da psicoterapia de apoio, porque eles têm que se sentir apoiados; eles têm que se sentir respaldados, por um afeto, até; um afeto aspiado, não é? Você me entende. E focal também, não é o que foca ali, o resgate, a recuperação, não é? A saída daquele indivíduo, daquele buraco negro, onde ele está mergulhado, é às vezes até, pinceladas de técnicas comportamentais, quando ele vai saindo daqui, até a próxima vinda, eu espero que ele não volte a usar aquela droga, e que ele não volte a recair, eu estou utilizando uma técnica comportamental, de uma forma muito leve, mas estou.

PESQ.: E quando você falou pra mim, que é a demanda, quando o adulto chega lá, é pedindo para conseguir deixar a droga, não é? Às vezes, já tentou outras vezes... e como é, daí, até ele se questionar? Porque ele vai lhe pedir, pra viver sem a droga, é isso que você está dizendo?

ENT.: E' ele pede; ele diz que,..., muitos negam, dizem assim: Olhe foi só um pouquinho, foi só um escorregão, muitos dizem foi só um escorregão, não foi uma queda. Hoje mesmo, um me dizia: "Eu não caí, foi um escorrego que eu dei, mas agora eu estou aqui. Agora, um grande número de alcoolistas. O alcoolismo impera, realmente. Hoje mesmo, atendi oito pessoas. Só um era toxicômano, droga pesada, no mínimo era droga pesada: maconha.

PESQ.: Interessante, menino adolescente, que você diz que os pais trazem, e como é que vocês fazem, para ele aceitar o tratamento, ou se empenhar no tratamento?

ENT.: O adolescente é difícil; mas aos poucos a gente vai conquistando, não é? Um processo, vamos dizer mas logo, até que ele aceite ser tratado... tem uns que chegam lá totalmente mudos, e num difícil diálogo, a gente tenta arrancar qualquer coisa. Eles, a princípio, têm os que não voltam, e tem uns que a gente consegue. E daí a pouco ele já destrava, e daí a pouco ele já assume, e já aceita ajuda, e a gente consegue mostrar a eles, que daquele jeito que eles estão vivendo, daquela forma, usando aquele tipo de substância, só vai se prejudicar, ao longo da vida. Porque a primeira coisa, a primeira consequência das drogas, é afastá-los dos estudos; então, todos que chegam lá, estão fora de faixa. Ou já abandonaram, ou estão para abandonar os estudos, ou estão indo pra aula, só porque estão sendo forçados, porque aula mesmo eles não assistem. Entendeu? É difícil a adolescência é uma fase difícil; a gente sabe. Adolescência é uma fase de muitos conflitos, principalmente sendo no meio de baixa-

renda. Olhe que os problemas são bem maiores, né? Às vezes, são lares muito conturbados, com muitas brigas entre casal, muitas vezes, pais separados, alguns nem sabem quem são os pais, e tudo isso acontece, e aumenta mais ainda, e intensifica mais, o momento difícil, que eles estão vivendo, na fase da adolescência. Mas, pouco a pouco, a gente vai tentando mostrar, e alguns a gente consegue, outros não. Eu não vou dizer a você que não tem isso, eu seria uma mentirosa, né? Mas algumas vezes, eu tenho conseguido isso.

PESQ.: E assim em relação ao lugar que eles se colocam, de um modo em geral, a gente podia dizer algumas características?

ENT.: Realmente eu noto isso, eles têm muito apreço, eles têm muito respeito, eles acreditam, isso aí eu consigo captar pela maneira como eles me tratam. Hoje mesmo, eu estava acompanhando um senhor, ele é alcoolista, ele veio encaminhado pelo tribunal, ele é funcionário de lá, e veio porque estava com a capacidade laborativa muito comprometida, por conta do álcool. Estava sendo violento, já é uma pessoa assim, com mais de quarenta anos, já é um funcionário antigo, e viram que estava difícil pra ele continuar no trabalho, caso ele não se tratasse. Então, hoje eu estava fazendo, uma checagem com todos eles. Fazendo uma retrospectiva do ano. Como foi a última sessão do ano, eu fiz com que todos eles comparecessem. E esse senhor, eu estava falando com ele pedindo pra ele fazer uma comparação de quando ele começou, até hoje. Ele disse: “Não, realmente já estou notando uma grande diferença na minha vida, em todos os setores; não somente no lado profissional, como também com meu filho de dez anos, eu perguntei a ele, antes de sair: Como é que você nota painho? Não, painho tá muito legal! Porque quando você chegava em casa, com cheiro de cana, era horrível, e mainha ficava brigando com você”. Esse senhor quando entrou a primeira vez, me contou que na semana anterior, tinha chegado em casa, estava a trouxa de roupa dele, arrumada na porta de casa, que a mulher estava botando ele de casa pra fora, porque já não agüentava mais, ele chegar em casa embriagado, a noite toda fora de casa, chegava dois dias depois que tinha saído, e hoje está bem, desde que entrou, em quatro de outubro, estou bem lembrada, porque foi hoje que eu estava checando isso. Quatro de outubro, hoje são seis de dezembro. Desta data até hoje, ele não bebeu mais; quer dizer, uma vitória e isso aí é como se fosse uma injeção, um estimulante, um remédio, uma vitamina pra gente. Assim estimula né? E aumenta a vontade de trabalhar, e ajudar, a essa pessoa que realmente precisa e que mantém a gente mais ligada, mais estimulada, mais incentivada pra continuar o trabalho; porque é um trabalho difícil, árduo, mas também gratificante é como eu me sinto.

PESQ.: E assim na relação mesmo, com ele ou com alguns, você percebe, como você se sente em relação a cada um, o sentimento que eles provocam....

ENT.: Cada um tem, vamos dizer, é uma peculiaridade. Eu noto assim. Têm uns mais letrados. Nesses mais letrados...Tem um, principalmente, ele é muito narcisista; realmente, é um homem que tem o terceiro grau, mestrado, é um dos poucos. E esse senhor ,sempre mantém um diálogo muito alto, muito lá em cima, ele foge do problema ,como o diabo foge da cruz, falando o português muito chulo. Uma vez, quis derrubar um pouquinho ele, desse pedestal. Como é que o senhor se sente, assim nesse posto assim, etc. etc., como é que o senhor se sente aqui, nesse hospital público, sendo atendido por compulsão ao álcool? Mas, menina, ele não soube nem responder. Este homem gaguejou, eu intervi assim, porque ele estava demais, entendeu? O narcisismo estava deixando ele muito nas alturas, ele fugindo muito, fugindo o tempo todo, é difícil da gente conseguir, penetrar mesmo, no problema dele, e dele encarar o seu problema. Hoje ele já assume. Hoje, eu estava fazendo esta retrospectiva com ele, e ele disse:A senhora sabe como eu sou, pra mim o que foi bom eu penso que poderia ter sido melhor, e o que foi ruim, eu digo assim, poderia ter sido pior. Pra você ver como ele é. Então esse paciente de certa forma, teve muita dificuldade de supervisão. Eu trabalho muito com ele, é difícil conseguir, e vamos dizer, captá-lo, atingi-lo, entendeu? Pra que ele entre realmente no processo. Muito no racional; totalmente porque ele é muito intelectual, o tempo todo, todo tempo o diálogo que tenho com ele é desse jeito, tem que trazê-lo, tem de puxá-lo.

PESQ.: Essas pessoas que a senhora atende individualmente lá na instituição; elas têm outras atividades, o tratamento inclui outras atividades?

ENT.: Lá, temos psiquiatra, quando eles chegam a gente faz uma triagem, e nessa triagem a gente vê a necessidade. Há os que estão desempregados, tem a terapia ocupacional, uns que a gente vê que tem necessidade de ser atendido pelos psiquiatras, a grande maioria por conta da ansiedade muito alta, ansiedade esta, que leva eles a uma convulsão, a grande maioria vai para o psiquiatras, agora tem uns que têm preconceitos, e dizem: eu não sou doido, médico de doido não me mande! E agente tem que respeitar não é? Eu tento esclarecer a importância dele ser visto, examinado, a grande maioria é assim; mas tem lá um ou outro, que resiste. A gente tem que aceitar e ficar somente na psicoterapia individual. Tem a psiquiatria, os grupos, que são feitos por outros psicólogos, tem o grupo família, que dá assistência às famílias dos toxicômanos, que precisam de trocar experiências, para não se sentir as mais infelizes das criaturas, e acharem que aquilo só acontece com elas, e tem coisas muito piores acontecendo com outras; e é por isso que a troca de experiência é muito saudável no tratamento deles ,entendeu? Temos assistente social, temos um grupo de pacientes, que é conduzido por assistente social.

PESQ.: Então na triagem você vai decidir?

ENT.: Não, eu vou informando! Não é decidindo! È informando; por exemplo, cada um deles é que vai escolher, se quer ou não. Tem muitos que ficam no individual, e em grupo. No psiquiatra , a grande maioria, dependendo da vontade deles, que nada é forçado; a terapia ocupacional, também eu vejo a grande necessidade também na triagem; agora a gente luta lá também com uma grande dificuldade, que é o fator financeiro; então para amenizar isso, o que é que a gente faz? Agente tenta atender a todos. Então, por exemplo, nas terças-feiras eu estou lá; eu sou uma psicoterapeuta individual, lá eu sou psicoterapeuta! Não sou psicanalista. Então eles são atendidos por mim. TO Terapeuta Ocupacional, também tem uma oficina lá funcionando às terças-feiras, e também tem, um AA também funcionando agora, então, eles podem ser atendidos em três departamentos numa mesma tarde; já diminui a despesa deles. Já ameniza a passagem, porque agente, lá, não dá vale transporte; o hospital lá, não tem condições de dar vale-transporte e nem distribuir remédio, não distribui remédio por conta da precariedade, do nosso sistema de saúde, né? Infelizmente, porque o ideal era que desse; mas, a nível de Brasil, a gente não tem essa felicidade. Sim, às vezes tem pacientes psicóticos, e às vezes a gente atende, é encaminhado, mas quando se trata de um alcoolista, de um toxicômano ou de um psicótico, já fica muito difícil por conta dessa dificuldade de passagem... porque a grande maioria é baixa-renda, a grande maioria, você conta nos dedos aqueles que não são. Então, um psicótico de baixa-renda, ele vai querer remédio, não tem dinheiro. Não tem recurso, o psiquiatra passa o remédio e ele não toma. Qual é a melhora que vai haver? Nenhuma. Então, é muito melhor, ele ser encaminhado pra um NAPS; lá ele vai ter toda uma programação, ele vai receber remédio, vai receber vale-transporte, a ajuda vai ser bem mais adequada pra ele!...

PESQ.: Psicóticos, vocês encaminham?

ENT.: É, já é encaminhado por conta disso ,o psiquiatra até pode vê-lo, e, às vezes, medica, mas a gente sempre fala que eles são levados por alguém. Agente fala da dificuldade, da inadequação do nosso serviço, para um bom resultado. Agente acha melhor falar a verdade; e porque não? Não adianta enganar, melhor falar a verdade, e encaminhá-lo para um serviço que ele tenha uma assistência mais saudável, e com melhor resultado. O objetivo principal, o que é? A melhoria do paciente.

PESQ.: Eu vou querer fazer mais uma perguntinha! Voltando um pouco para a questão dos adolescentes. Outros clientes que chegam, vindos trazidos pela família não é? O que você consideraria assim, seria uma manobra mais indicada, ou que você usa mais no sentido deles serem trazidos e deles, até chegar a se empenhar no tratamento?

ENT.: Quando eles chegam eu atendo aos pais; a grande maioria das vezes vêm com a mãe, às vezes vem com o pai; mas a grande maioria vem com a mãe, a mãe sofredora, uma mãe com a qual a gente se identifica muito, por também ser mãe, e a gente se coloca no lugar, e vê o quanto ela está sofrendo,

não é? Nessa altura, eu tenho que ser viva, e tenho que separar esse detalhe, aí eles chegam muitas vezes zangados, muito insatisfeitos, sem querer se submeter ao tratamento, dizendo que: eu vim aqui, mas não é nada disso. Desmentem a mãe categoricamente dizendo assim: – nada disso que ela está dizendo é verdade! É que ela inventa porque meu amigo, não é assim, não é assado... A mãe diz assim; é um amigo que leva ele pra isso, pra aquilo; mas ele diz – não, mas não é assim não, nunca mais eu usei!...

Mentem descaradamente; quer dizer; então eu ouço essa mãe e depois digo a ela: Agora eu queria pedir licença à senhora, pra ficar com ele sozinho; aí converso um pouquinho, entendeu? Aí eu digo a ele: “Olhe! Vamos fazer o seguinte: Na próxima semana, você vem sozinho. Mesmo que você venha com sua mãe – porque, algumas mães, querem saber se eles estão presentes mesmo, elas acompanham – a sua mãe vai pra o grupo família, e você fica aqui comigo”. Aí eu já vou tentando conquista-lo, não é? Aí eu digo: “Me conta aí, como é que foi, me conta aí, como tudo começou? Que isso é muito normal” Então, eu vou quebrando um pouco aquelas defesas, aquela armadura que está tão forte ali, entendeu? É uma forma de conquistar a simpatia, não é? Para que o processo transferencial seja instalado de uma forma positiva, e eu volto a dizer a eles, que não estou ali para julgar ninguém, e que a gente só quer a melhora deles, não é? A gente só quer o bem, e tento perguntar a ele, o que é que a droga está fazendo de bom pra ele, o que é que ele acha de bom, quais são as vantagens, se ele consegue ver alguma, por favor, ele me aponte. Nenhum deles, até hoje, apontou. E é por aí o tratamento de adolescentes. É muito difícil. Geralmente resistem; mas, às vezes, a gente consegue.

Eu estou com um caso maravilhoso; um rapaz que chegou a ser preso, ele não é um adolescente; mas, ainda hoje eu estava dizendo a ele. Ele chegou lá no início do ano, em abril. Eu estou com tudo muito vivo, devido às pesquisas que eu fiz hoje. Dia 17 de abril ele chegou. Esse rapaz chegou, estava recém-saído de uma detenção, ele não foi pro Aníbal Bruno, mas ele estava à beira do Aníbal Bruno. Ele ficou quatro dias na delegacia, para ser mandado pro Aníbal; foi quando Deus interferiu por ele, e a mãe e o pai etc. e ele foi salvo; ele era usuário de drogas, e ele dizia que era só maconha; mas, eu acho que tinha mais coisas. A mãe coitada inocente e o pai, esse rapaz foi criado assim como um rapaz muito rico, sem que fosse; mas, era filho único e a mãe deu tudo e mais alguma coisa, a ele e ainda hoje ele me dizia: Eu, até abril, – ele tem 25 anos – mas, mia cabeça era de 16, porque era um adolescente, totalmente dependente dos pais, os pais dando tudo e mais alguma coisa, aí ele se tornou dependente da droga; e foi preciso que ele fosse preso, penasse quatro dias preso, para que ele refletisse, e visse que o caminho dele, daquele jeito, onde ele estaria. Hoje mesmo, ele me disse: “Eu estaria, ou morto ou atrás das grades, se eu tivesse continuado”. Aí foi, assim, um processo muito bonito, tem sido; porque ele mudou totalmente. Esse rapaz está fazendo um curso técnico, em administração, já fez um estágio há pouco tempo, passou 3 meses no estágio, tudo orientado por a gente, minha equipe e a administração. Ele passou 3 meses, e agora, está sendo selecionado para outro estágio. Você repare que mudança radical, de abril para cá, e ele reconhecendo. O melhor de tudo isso é ele fazer uma avaliação, uma auto-avaliação dele mesmo, não é? Está procurando ser mais

independente, pra não ficar tão dependente dos pais, porque pelo menos até abril ele era! Melhor, ele está na casa dos pais, está estudando, embora seja pai solteiro, mas pelo menos está em busca de trabalho, e está com um projeto de vida, está procurando estudar e, talvez, fazer um vestibular no próximo ano.

ENTREVISTADO 3

ENT.: Vou tentar, assim, pensando em algumas situações da clínica, para dar, quem sabe, aqui, eu possa elaborar algumas questões sobre o que é que essas pessoas, quando chegam, que não têm uma demanda que inquiete mais, que impulse a chegada e a busca no tratamento da análise, em função mais prioritariamente naquele momento para a pessoa, em relação à questão do uso abusivo de drogas. Então, assim, vejo que há dois momentos, na clínica, diferentes: um, são aqueles analisandos, que são eles próprios que procuram a análise. Que referem diversas angústias, e que passam por diversos campos: não necessariamente foi impulsionado pelo uso da droga; então as pessoas, até dentro da escuta, se percebe que há um uso abusivo, seja da maconha, seja da cocaína, seja do álcool, têm algumas alterações de comportamento, se deprimem, às vezes é no computador, às vezes é na comida, no chocolate é uma compulsão de alguma coisa. Mas, algumas delas não estão conscientes, a esse ponto, a trazê-lo a uma análise; então, vai expressando a questão de relacionamento, os conflitos, sejam no trabalho, permeia um pouco. E, nesses tipos de situações clínicas, a droga não entra como foco e aparece como uma negação do problema; muitas vezes, não emerge como um problema, ela passa como outras situações em um cenário, ela vem como um vício. Então, as questões, elas ocorrem, a transferência, como um percurso seja pela pessoa estar mais deprimida, seja um funcionamento mais restritivo, então pela relação de amor, de transferência de raiva, de encanto pelo analista, ocorre numa forma, eu diria, que não é específica, quanto àquela situação clínica, em que a pessoa que busca ajuda, busca análise, ela está diretamente angustiada por causa do uso e, nessas situações, o que é que eu tenho observado? Aí vou ter que fazer alguns retoques, porque tem ocasiões que, são adolescentes que vêm, e eles vêm, porque os pais procuram, a escola, quando tem situações críticas com os adolescentes, e aí eu acho que é uma circunstância que requer algumas apreciações, eu acho que daqui a pouquinho a gente volta nisso!

Mas, assim, em outras situações clínicas, de adultos ou jovens adultos, que chegaram ao ponto realmente, da vida começar a complicar, a situação da família, com a família, no emprego, na faculdade, então eles chegam numa fragilidade muito grande, do ponto de vista, que eu poderia chamar, o corpo psíquico, de tanto o corpo, com situações de seqüelas, até porque querem reduzir o uso, ou ficar em abstinência, que está muito sofrido, e naquele primeiro momento, como é que recebo essas pessoas? Se a pessoa chega realmente com uma situação de um sofrimento, e admitindo que está vindo porque está sendo corroído pela droga, muitas vezes eles usam essa expressão, estou sendo corroído, eu me deixei levar! Eu estou realmente acabado por causa disso. Vamos pensar em situações clínicas, onde o analisando se coloca nessa posição. Então é uma posição, em que, no primeiro momento, ele tem uma necessidade de se colocar na condição de vítima, diante do analista, mas, ao mesmo tempo, em uma posição masoquista, porque ele começa a colocar, como se fossem determinadas flechas agredindo a ele, para essa ferida está muito difícil dele se olhar; e, terceiro, que

durante algum tempo,percebo que é importante acolhê-lo nessas primeiras sessões, pra entender o porquê que ele está realmente se dispondo, a que tipo de trabalho ele vem, acho que é preciso ter um acolhimento, estabelecer um certo vínculo, há situações que são possíveis de entrar num processo de elaboração, dentro do ritmo e do tempo de cada um, mas que seja possível no processo de consultório e não necessariamente, precisar encaminhar a um tratamento mais intensivo como, as vezes, acontece. Então, nesses casos, acho que é acolher esse sujeito, que está transbordando de dor; eu digo que é como se fosse um copo que está transbordando a água, um líquido, que quando não agüenta mais transborda. Então é quando transborda esse copo, que foi o excesso, que saiu, gradativamente, ele vai se deparar com um conteúdo, quer dizer, com um cenário. Quando ele possa realmente, dentro dele, poder estar se olhando. E, pra isso, é preciso você se fazer presente, estar ali, dar um espaço de continência pra ele suportar, mas sem se colocar numa posição,onde vai haver uma espécie de triângulo: ele, o analista e a droga. Então geralmente digo: “Pois é, existe essa necessidade, tem essa coisa que está lhe corroendo, que está lhe consumindo, que é possível você ver aí, algumas questões”. Porque, às vezes, a gente precisa de encaminharr a um médico, fazer alguns exames. Chegam com tremores, sudorese excessiva, estou falando isso, baseada em alguns casos, principalmente com o uso da cocaína, quando ele deixa, ou fica em uso dela, geralmente a cocaína. Hoje em dia não se usa só uma substância: cocaína juntamente com bebidas principalmente destiladas, então chega com tremores, com muita sudorese. Então, geralmente, eu tento, a partir de um vínculo, já estabelecido minimamente, ver a possibilidade de encaminhá-lo a um clínico, ou um psiquiatra, que possa, nesse primeiro momento, fazer uma avaliação, se há necessidade ou não de um ansiolítico pra diminuir mais o sofrimento que a pessoa estabelece. Mas como é que foi possível essa passagem, do analista, o analisando e a droga? Porque ela está lá, é real, está presente, ela vem através dos sinais, o corpo está o tempo todo evocando os malefícios e alguns benefícios, porque sente falta da busca daquele prazer, daquela forma. E, geralmente, vai se procurando dentro desse processo, estabelecer assim: “Olhe, esse uso está incomodando; mas você não é isso, aqui é o lugar de falar disso, como também de tudo que lhe ocorrer, o que lhe vier. É como se, a partir do momento, que aquela dor sai mais do plano concreto, do real, que é o que vai corroendo, que ela entra noutro contexto da sensibilidade desse corpo que fica, ela começa a ser possível, nesse processo, a poder falar de si que não seja unicamente a questão da droga. E, aí, eu faço até uma relação: é muito difícil, a entrada no processo da análise, assim como os pacientes psicossomáticos; porque os pacientes psicossomáticos são... bastante, o que vem muito é o estomago, é a pele, é a dermatite; até poder sair disso e dar passagem pra outro plano... Então, o que é que vejo? Eu vejo que é importante ter esse espaço de continência, esse espaço onde o analisando possa perceber, que ele vai poder deslocar dessa posição regredida pra uma outra; mas, ele não vai fazer isso, se ele não perceber, que ele não vai se desmoronar; e é nesse sentido que eu vou junto com ele, tentando ver a possibilidade de construir esse percurso. Vendo o tempo de cada um. Tem algumas situações clínicas, que lembro agora, que foi possível esse percurso, onde a pessoa chega mais ou menos nesse quadro clínico geral, que eu estou colocando, durante, eu diria, que nos três primeiros

meses, mais ou menos, as sessões se colocavam muito em função, se voltou a cheirar, se bebeu, se não bebeu, não é? Mas ele começa, eu começo a tentar trabalhar com ele, o que será que significa isso? porque se não estivesse falando disso, estaria falando de que? E a partir daí eu acho que vai estabelecendo essa possibilidade do analisando poder descolar; porque a grande questão da droga, da dependência da toxicomania é quando o sujeito fica sem a liberdade da escolha, de poder ou não usar a droga; então essa liberdade quando ele sente que é aprisionado, diante disso, e ele vai resistindo a esse aprisionamento, na medida que ele vai, a resistência é muito grande, da análise também, e me remete a alguns outros casos, porque ele vai se deparando dentro do processo, que ele está aprisionado, não puder sair dessa posição pra outra; como é que vai ser? Alguns dizem: “Como é que eu seria? Eu não sei mais como é que sou de outro jeito, sem ela” – sem essa substância. E, assim, pra poder ter relações sexuais, fazer amor, para poder produzir textos, acontece muito isso no campo profissional, que produz muito, no caso da cocaína principalmente, da maconha. Algumas pessoas entram nesse discurso, utilizam disso, porque é uma forma que é encontraram, ali, de desenvolver uma potencialidade, de lidar com a onipotência. Eu acho que inclusive que essa onipotência faz acreditar que ele pode fazer tudo, que é o processo de ilusão, que a toxicomania é como se não pudesse suportar a possibilidade da castração, então busca esse como eu falo as vezes, é como se fosse um falso atalho, não é? Num atalho ,você acha que vai chegar mais rápido onde você quer! E, o que é que acontece nessa via, quando se busca um caminho desviante, entre aspas? É porque você busca, é como se você fosse chegar logo! E alguns deles dizem assim: “eu pensei que ia ser um caminho mais rápido; mas, eu estou emaranhado!” É, a partir dessas escutas, que eu começo a fazer essa analogia, com esse falso atalho, não é? Como se fosse...Então, a questão de você estar vivendo sempre de uma ilusão, não é? Mas, é uma ilusão insaciável, interminável; então, não vai parar. Ele sempre tem aquela sensação que vai chegar. Ele quer chegar em algum lugar; mas ele não vai chegar, aí ele se sente aprisionado, é quando começa a haver esse conflito não é? Entre o estar aprisionado, assujeitado diante do outro, que pode ser inclusive a substância, e acho que isso me remete até um pouco a Piera Aulagnier, quando ela coloca muito isso, da dificuldade de muitas crianças em situação de rua, delinquência, a própria questão da toxicomania e tal. Quando alguém se vê, não quer ficar assujeitado, agora, a própria questão da toxicomania é uma ilusão, porque ele termina ficando, quando ele pega essas coisas... Então a transferência, no caso da análise, quando ele começa a perceber que aquele é um desejo do analista de ele deixar, não é um desejo dele... Só que o aprisionamento, liberdade de escolher ou não escolher, não é uma questão de desejo, é uma questão de necessidade! Então, eu percebo, que quando é possível construir um processo de análise, onde o sujeito começa a buscar um outro caminho, com outras possibilidades, que ele não se sinta que vai se desmoronar diante daquela necessidade, que ele está preso a uma necessidade; não é uma realização só do desejo, o que parecia ser um prazer, passou a ser uma necessidade; então, quando ele vai de acordo com o percurso, estabelecendo isso, aí sim, é possível fazer essa passagem, na própria análise. Eu vejo, na experiência de acompanhar alguns casos, que tem sido possível sim; agora, tem sido possível, eu tenho observado, nos casos onde sai do foco da

necessidade, e passa para entrar em contato com o que é flutuante dele. É ele poder fazer alguns acordos de sobrevivência psíquica, por outros caminhos e tal. Então, pra isso, não tem que ficar circulando só no falso atalho, ele, analisando. É preciso colocar isso. E, geralmente, no campo transferencial ele faz: “olha, eu queria dizer que eu não cheirei!” E aí eu digo: “tu estás dizendo isso pra quem? Você tá falando pra mim, mas dizendo isso pra quem?” Porque em algumas situações, pontual em alguns casos, e aí, ele; “eu acho que durante esse tempo, eu tenho falado muito mais pra você, do que pra mim”. Então, realmente, eu tenho percebido, que não é só pra poder chegar na sessão e dizer que eu não coloquei. E, “Por que tu precisas dizer isso aqui?” Então, na realidade ele vai montando uma possibilidade de estabelecer aqui, dentro da sessão da análise dele, um espaço onde ele possa se reconhecer de um outro lugar, e a partir desse reconhecimento dele, funcionar psiquicamente de uma outra forma, é que pode levar a possibilidade dele abrir mão, entre aspas, dele se depreender daquela necessidade de fazer uso, ou não usar, porque ele não tem mais a liberdade disso. E, nesses casos, aí sim, eu percebo que a relação da transferência, já começa a tomar uma outra tonicidade, eu acho que, assim, se estabelece outras formas; porque há momentos onde a negação, a raiva, estrebucha mesmo no popular; não querer sair dessa posição pra outra, aí uns dizem: “será que eu vou? Eu, pra não cair e chegar aqui e dizer que não consegui, acho que nem venho mais! Que eu tenho até muita raiva”. Então, assim, o que é que a gente observa é que, quando eles começam a faltar, é porque houve algum tipo de transgressão, entre aspas. E, em alguns momentos, dependendo da situação, eu chego até a telefonar, com algumas faltas: “Olhe tá difícil chegar até aqui, mas é possível. Pra encontrar tal hora, tal dia, naquele teu horário a gente vai ver”. E depois, ele: “que bom que foi possível chegar aqui, porque eu estava sem cara de lhe ver”. Então, esse terceiro, o fantasma que fica circulando, em algum momento, ele fica meio que... é..., ele não aparece de uma forma muito clara na análise e como ele não fala, ele vem pelos atos. “Parece que não está sendo dito aqui alguma coisa. O que não tá sendo dito? Parece que é preciso falar alguma coisa, que não está sendo dito”. Aí, sim, retoma o processo, começa a não precisar mais faltar, porque como se a partir do momento que cheirou, que fumou, que não conseguiu, e se aprisionar; ficou muito mais difícil de se colocar, no seu aprisionamento, diante dele mesmo e na presença do outro, que é o analista. Então, é a partir dessa possibilidade, que você vai elaborando junto ao analisando, que vai percebendo que eles, em grande parte, eles vão vendo o que é possível e aí saem dessa posição e vão falando do trabalho, da relação... Um desses casos me chamou muito a atenção; era um jovem adulto, estava muito mal, chegou aqui à cidade, usando cocaína, sem conseguir estudar, e ele vai buscando nesse percurso, numa tentativa muito grande de se deixar preso à necessidade dele. Ele entrava numa angústia muito grande. Ele precisou pouco tempo de fazer o uso de ansiolítico, porque estava com síndrome de abstinência; mas, foi pouco tempo, menos de um mês e ele ficou monitorado, acompanhado por um profissional e logo em seguida ele vai saindo dessa posição, vai estabelecendo um processo na análise dele onde ele vai revisitando os processos identificatórios dele, com o pai, embora ele tivesse um padrasto muito bom, mas ele tinha a necessidade de buscar essa questão com o pai. Então ele fica, vive todas as agressividades, as raivas, as brigas e começa a se

colocar mais diante desse pai, que sumia tanto, que desaparecia, que só aparecia quando queria. O pai também tinha problemas relacionados à droga, no caso o álcool, problemas de transgressão com a lei, de dinheiro, vendia uma coisa, deixava a família em apuros e ele cresce uma parte da vida dele, vivendo nessa situação, e ele passa alguns anos sem falar com esse pai; passa uns cinco anos sem falar com o pai e nem nele. E, durante a análise, ele faz o que eu chamo, ele revisita isso, procura reconfigurar até que ele aos poucos ele vai vê; bom: ele é dessa forma e eu não preciso ser assim. Então, ele vai fazendo uma associação de como ele funciona, de como ele estava fazendo uso, a própria relação dele amorosa, como é que ele fica, o apego, o desapego, o desespero quando estava se sentindo apegado, o medo de se sentir dependente aqui na análise, ele tinha. Falava: “será que eu também vou ficar assim aqui, precisando o tempo todo de vir pra análise?” E, interessante que ele vai, conclui a faculdade dele, passa em alguns concursos, vai escolhendo, e ele chega e diz: “olha eu estou até muito angustiado porque tem uma pessoa da família que não está bem de saúde; mas, interessante eu estou parando a análise nesse momento; eu sei que não estou com tempo, porque estou terminando um estudo, para fazer um dos concursos; mas eu estou muito bem! E assim, eu estou angustiado, sem dormir, estou ansioso porque eu sou desse jeito; mas, eu estou achando, que quando eu precisar, eu volto! Podemos combinar assim, não é?” E eu vi que aquela análise, aquele processo que o estava impulsionando, que dava angústia, e que ele tinha sido possível, dentro do caminho que ele percorreu, foi possível ele reconfigurar, ele refazer algumas questões que estavam na vida dele e dar um outro destino. Então, aquele momento dava. E, alguns anos depois; até recentemente me encontra e ele fala: “Olha estou aqui! Estávamos num determinado local e ele falou “eu estou bem!” Ai eu não sei detalhes; mas o importante é que foi possível fazer essas passagens dentro do próprio processo da análise.

Provoca algumas questões, e me inquieta muito, ver pacientes que eu recebo, porque primeiro tem uma coisa da realidade externa, e do corpo que precisa de cuidados; então você fica: até aonde vai, ao momento de encaminhar ou não, e, depois, neste caso, acho que foi muito prudente, porque ele precisava. Acho que foi depois de uma segunda sessão, que fiz esse encaminhamento. Às vezes, eu encaminho logo, porque tem uns que chegam com muitos tremores, sem nem poder se sentar e não tem como naquele momento você procurar a representação simbólica psíquica que alguns adoram vender para essas pessoas. Ela está sofrendo, precisa de cuidados imediatos. Isso também eu comecei a perceber com o tempo que era fundamental para o cuidado. Pra poder estabelecer inclusive esse espaço de confiança.

Depois, tem algumas questões que começam a me inquietar, quando fica assim, quando vem muito focalizado no sintoma, é quando fica a droga e o analista, isso começa a me inquietar um pouco no processo. E, também, nessa posição, de o quanto está sendo possível a escuta, ela poder ampliar o seu campo de olhar, no caso do analista, e dessa escuta pra ele não ficar tão focalizado nessa questão. [da droga, da abstinência] Então, eu acho que é algo que também, no decorrer do processo, isso com o tempo eu tenho ficado bastante... às vezes inquieta. Aí eu digo: espere aí, será que eu também já estou

assim me provocando. É a questão da maternagem, né? Será que voltou a nossa onipotência? Será que vai conseguir?... então esses são sentimentos que se passa com a família e que passa também com a transferência para o analista.

PESQ.: E no sentido dele colocar o analista contra a droga? É nesse sentido que você está falando?

ENT.: Como assim?

PESQ.: De colocar o desejo dele deixar a droga no analista?

ENT.: É, em parte, não é? Em parte pode ocorrer de... é como se estivesse entrando numa briga de foice! A representação analista igual a droga; no sentido de que, ou ele coloca você numa posição de que você vai tirá-lo disso, ou numa posição superegóica que vai intermediar isso, isso é, como uma fiscalização, um julgamento. Então, isso começa. É diferente dele se apropriar do processo da análise dele, do cuidado e dizer não! Eu estou implicado nisso! Eu sou agente disso, eu quero sair dessa posição, eu quero que você esteja comigo; mas mesmo que ele coloque isso é ambivalente! Porque existe uma coisa concreta que é a necessidade física e psíquica, que ela vem junto, e existe do ponto de vista da transferência a representação da possibilidade desse analista ser o triângulo: o analista, a droga e o analisando. Como se ele fosse fazendo uma substituição, o medo de poder substituir, a necessidade. Eu não quero ficar aqui assujeitado! Nem a família, vem o emprego, vem as leis, porque vem a questão das leis, né? A lei, a necessidade, o rompimento durante alguma coisa na vida dessa pessoa, houve lá algo, que não funcionou no ponto de vista da relação dele, com algo da lei. Algo que possa do interdito da cultura, do interdito dele mesmo, que tem de interdito dentro dele, as leis internas também, não só as leis de fora, ou as funções que a pessoa vem estabelecer, as funções do analista, a família, vem fazer, a mulher, o homem, a pessoa da relação. Então, esta é a questão da função; é como a droga, a droga vai estabelecer uma função na vida dele. Então, o que inquieta no caso que eu estava perguntando, é até que ponto, nesse processo, você saber dessa passagem, desse processo passagem, você não desprender, não desprezar, acho que é a palavra mais correta, a realidade, o efeito real e concreto, a concretude do uso abusivo das drogas, mas ao mesmo tempo, poder estar muito, com uma escuta flutuante, que possa ir suportando, e está possibilitando a ele, o caminho, que não seja esse caminho circular desse falso atalho. Que ele possa realmente se buscar nesse sujeito; que pode ser desejante, que pode pensar, pode se inscrever em outras coisas da vida, falar de outras coisas, a historicidade dele. Porque o que é que acontece? Muitas vezes ele fica focalizado no uso ou não uso. Porque é assim que ele fica lá fora! Fora do sério da análise e assim o analista também. Se nós nos colocarmos nessa posição de ficar e aí ele conseguiu usar? Não conseguiu? Como se fosse causa, efeito, a gente perde um pouco dessa possibilidade, e dessa escuta e desse sujeito, ele se escrever na sua própria história dele se reeditar, resignificar, então é nesse sentido, nessa transferência. E, aí, me

vem a questão dos adolescentes, no caso quando são adultos que buscam, que vêm ou não vêm muito por conta própria, não totalmente. É sempre um outro, companheiro ou companheira, ou quem for, ou o trabalho, uma crise grande que o impulsiona, geralmente é assim. Eu estou falando de casos da demanda ser específica: “venho aqui querendo deixar de usar drogas”. No caso do adolescente, ou a escola, ou aconteceu um fato, uma infração, ou alguma coisa dessa ordem e/ou a família pegou usando drogas; a situação da escola, existem duas situações: [1] Ou ele está muito mal em casa, caso de depressão, não consegue ir à escola, transgredir na escola, na rua e a família ainda não consegue ver que ele está usando drogas; ele chega aqui e fala pra o analista; depois de algumas sessões, ele diz: olhe, na realidade eu estou usando êxtase, eu estou bebendo muito. Ele de classe média; maconha, as vezes até a cocaína, LSD, e ele vai e coloca nesse processo.

O que acontece com o adolescente é que a demanda é muito heterogênea; a busca, o que busca no analista, no profissional, psicólogo, analista é heterogênea. Muitas vezes os pais quando ela é direta e o adolescente se recusa ou então ele vem por algum acordo, porque quer ganhar isso, quer ganhar aquilo. É aí onde entra questões: Que trabalho, que possibilidade, que escuta e que momentos vão ser peculiares nesse trabalho com os pais e/ou responsáveis no caso, as pessoas de referência. E aí vejo que é imprescindível, porque quando você vai fazer uma escuta com os pais, faz a escuta com os pais sejam casais ou não, mas enquanto pais e quando se faz a escuta singular da história de cada um (pai e mãe). Há processos identificatórios que são revisitados nesta adolescência, que são bastante comprometidos. Onde, desde sempre, foi difícil demais colocar a questão da castração, do não, do próprio sujeito, pai ou mãe, nesta posição de filiação, onde aparentava ser muito comprometida, em termos da lei. Quando não, é ambivalente, como casos que eu já acompanhei aqui, do próprio pai, ir comprar drogas com o filho, e ele, desde pequeno, usava drogas nas festas, no conjunto, ensinou o filho beber, o pai se coloca numa posição, se ele não é mais uso habitual de algum tipo de droga ilícita ou de álcool, mas ele se coloca numa posição regredida, uma das questões do uso abusivo do álcool e outras drogas é uma posição regredida. Ele fica sempre nessa posição de que não suporta, que não vai dar, que alguém vai resolver por ele. Então, um dos pais, no caso o pai, a figura mais paterna ele tem essa posição, e/ou a mãe numa posição de passagem na função paterna, que eu sei que é muito difícil. O que acontece, as vezes, já tive situações clínicas, onde a transgressão começou, não por causa de uso de substância química; mas, atos de infração de delinquência, e depois foi substituído pelo uso de drogas; mas o que é que acontece numa situação dessa? Percebo que é fundamental a função paterna. Quando possível, alguém que representa isso, eu busco ou por telefone, quando mora noutra cidade, e ele sabe, o paciente adolescente, ele sabe que está na hora d’eu falar com o pai e/ou a mãe, ou um avô que represente, no caso de não ter pai nem mãe e naquele momento ele vai saber que está se falando nele, não no que foi dito na sessão. Mas, a necessidade dessa representação; e o que é que se percebe? Geralmente, os sintomas depois de algum tempo, ele toma um outro formato organizador; ele precisa, conclama isso, tenho percebido que na medida há resistência das mães; isso quando são as mulheres que buscam essa função, isso também eu vou trabalhando aos poucos nesse processo; mas percebo que

tem uma representação simbólica importante na análise, então com o adolescente, percebo... Tem alguns que quando são os pais, eles não aceitam, eles não querem deixar, eles negam e alguns casos que é o uso mais ocasional, é o uso mais por uma transgressão em si, e não por uma dependência ao uso de drogas; ele tem uma função assim como roubar, tirar alguma coisa, transgredir mudança de carteira de identidade pra poder ir pra uma festa, entrar numa boate, tem mais uma função e esses casos geralmente eles não querem, não aceitam muito e eu vou trabalhando dentro da medida do possível; quando não tem mesmo como trabalhar com eles, eu trabalho a partir dos pais; quando os pais têm uma disponibilidade.

E há os casos onde realmente eles já estão com o uso abusivo e um comprometimento devido ao uso abusivo de drogas seja o álcool e principalmente outras substâncias. E aí o que é que se percebe? Eles buscam mais, porque estão com uma depressão, porque a família sabe ou não sabendo. Mas, a transferência, nesses casos, quando um adolescente vai se possibilitando e descortinando aos poucos – e para isso eu acho que é preciso se estabelecer um vínculo inicial, é importante essa transferência, nesse lugar, que ele realmente possa se sentir acolhido, e que ele sinta como um espaço de continente e possa elaborar as coisas, sair dessa posição e poder enxergar a necessidade; que eles negam muito. Não preciso, quero minha independência, eles começam a boicotar também as vindas à análise. E aí, começo a trabalhar um pouco mais, em função disso aí, e o que ocorre é que, nesses casos, eu tenho percebido que não se fica muito focalizado só na questão da droga, não. A droga agora, quando o analista sai dessa posição, até eu brinco: “Ih! Ele fica olhando assim, parece até que não é mais nem a analista, é a juíza, é delegada é...” Ele: É, parece que tem horas que eu estou assim, parece que eu estou assustado porque fui pra festa, comecei a usar de novo...” É, por que será? Porque aqui é o lugar de poder falar tudo, onde poderia falar o que vier, quantas vezes for necessário dizer, inclusive que acontece isso que você queria, você pode falar.

Então, a partir do momento que ele percebe que é um lugar onde... tem resistência, vai vir o medo de sair dessa posição; mas que essa. Aí, no caso, cabe ao analista trabalhar nessa posição superegóica porque não está só no analista, está nele também. Está dentro dele e o que será que se passa comigo, com a analista, não sei o que e tal... então quando a análise consegue estabelecer na transferência esse sentimento ambíguo, a busca dessa função, que ela venha ter, de alguma forma está em análise é uma intervenção, uma possibilidade de uma mudança, de uma mobilidade, então isso já possibilita ele pensar: “Bom, eu estou lá tentando, pra ver se eu deixo de fazer isso”. Seja lá o que for; no caso, as drogas. O adolescente, quando está nessa posição e se consegue trabalhar isso, na região transferencial, percebo que a análise consegue transcender e não fica focalizada entre a possibilidade de usar ou não usar, através da figura do analista. Porque se pra ele está muito difícil; em casa, como é que vai ser suportar, se fica no aqui e agora? E aí como é? Jamais é pra perguntar alguma coisa, assim: E aí fumou? Fez isso? Jamais se usa na clínica isso! Que pode ser que em algum momento se precise de fato; mas, não se ficar no causa e efeito, mas poder subjetivar isso, então o que a gente percebe é.: Quanto mais o sujeito tem, na cultura, na vida dele, ele tem mais modos de subjetivação, ele vai diminuir a

necessidade de fazer uso disso; no caso de drogas. E a análise é um dos canais, então geralmente deixa de fazer mais esporte, deixa de ir a um teatro, então quando faz, não suporta ficar muito, entra numa angústia muito grande, então como você vai poder estar ali? Você que eu digo, o analista, poder estar junto a esse adolescente, e ver o que vai ser peculiar a ele e aos pais, sem você estar nessa posição de fiscalizador. E ter, sim, um canal, encontrar um espaço de subjetivar a própria dor dele, inclusive isso. Alguns são muito vivos, e hoje com acesso à internet eles sabem tudo, eles lêem tudo sobre as drogas, fazem trabalhos, falam disso, daquilo e chegam a dizer: olhe eu já sei que os efeitos são esses, etc.; mas, é muito bom ir pra festa fazendo isso e isso... eu não sei fazer de outro jeito! Será que é possível fazer de outro jeito? Então assim: tem uma coisa específica, porque é real, é diferente, do caso da fobia, que tá no plano do pensamento, do caso das psicoses, porque ela tem uma realidade psíquica. Mas, ela vai corroendo de outro jeito o corpo. É diferente do efeito do LSD, ou do Exctasy, que é um efeito rápido e tem alterações, tem pessoas que nunca tiveram depressão e se viciam. Eu tenho percebido que, na adolescência, é muito associado a depressão, e aí tem momentos com alteração hormonal, e aí é onde entra mais uma coisa inquietante para o analista. Até que ponto chega o momento quando o paciente se recusa, ele só consegue em alguns momentos de excitabilidade, que é um dos sinais de depressão. Ele vai para as festas; mas, depois ele se recusa a falar com a família, com a namorada, com o namorado ou com quem for. Ele se recusa a se alimentar, a tomar banho, ele entra num estado de depressão, ou de pânico, que é um outro sinal da depressão, e aí chega um momento que temos que fazer algumas indagações: o que é que você quer? Onde é que você quer chegar aqui? E aí tem uma questão para o analista: até onde a ética, que princípios que deve ter para que o analista vai poder se colocar numa posição, porque fica uma coisa meio perversa! Você vai ver o outro se destruir, e ter um certo gozo ,entre aspas, dessa destruição, e sabendo e até onde você vai poder, se ele também está precisando de outras intervenções. Então, em algum caso, vai se colocando, vai se pensando que é preciso; aqui é um processo, que você sabe que tem que deve ser lento, você tem o seu tempo, como a gente vê aqui; mas você sabe que está precisando disso, e disso, então nesse momento nós vamos precisar aumentar o número de sessões. Aumento o número de sessões e ainda continua: “Olhe, aumentamos o número de sessões e ainda continua. Então, quer dizer que é preciso encaminhar. Eu não estou querendo... você sabe que para cá é fundamental também, inclusive, você poder se perceber, entrar em contato com você e poder agüentar essa dor, que está tão grande; então eu vou chamar seus pais. Geralmente, eu encaminho, num primeiro momento, para um psiquiatra que trabalhe com adolescentes e integrado. E ele vai saber que nós vamos estar nesse triângulo e isso eu tenho percebido que é muito salutar. É o meio termo; então, ele vai e encaminho para uma pessoa, e ela vai cuidar da parte clínica, e eu não vou precisar estar nisso, alguém que tenha um trabalho em parceria, então ela vai, se precisar de fazer exames laboratoriais, ou ela encaminha para um pediatra, um clínico, e acontece isso com uma certa frequência; porque as drogas mais alucinógenas, essa pessoa tem uma potencialidade de depressão, delírios e introspecção ,de entrar numa viagem, como eles dizem, muito longa. A maconha, o LSD e às vezes o crack fazem tudo isso; mas, aqui no consultório eu tive alguns,

eu acho que eu tive uns dois desses, que usavam crack e muita maconha associada; mas a maioria, acho que o crack está mais à mão; e vai mais para o serviço público, porque a classe média, ela tem acesso; se bem que como é um serviço público de qualidade, tem recebido pessoas de classe média; porque se precisar, se chegar aqui eu encaminho, não é aqui para Natal, mas eu encaminho, para que vá para outra clínica, outro centro, um caps, E se precisar de ficar o dia todo, eu já encaminhei vários casos; chega aqui, eu vejo que não é o caso, o momento da análise propriamente dita! Não é uma análise individual, um tratamento, uma ou duas vezes por semana que vai segurar! Ele precisa de cuidados mais intensivos. Então ele vai pra lá, e vem, às vezes ele fica lá, e fica aqui. Isso aconteceu duas vezes; mas as pessoas que são mais conhecidas vão pra Recife, passam um tempo lá, e voltam pra análise; como também às vezes, não dá pra fazer o tratamento aqui, encaminho pra uma análise, e as pessoas se recusam a fazer o tratamento aqui. Há pessoas que trabalham nessa área lá. Às vezes ficam duas semanas pra desintoxicar, porque tem muito isso, em casos acentuados. Mas voltando a questão do adolescente, tanto acontece isso no caso de pânico, em caso de adolescentes que nunca teve e de repente chega aqui com uma agitação muito ampla. Você vai ver se é alguma coisa relacionada à droga, ou hormonal, e às vezes é uma questão hormonal então o que eu vejo é que a nossa escuta precisa ser, uma escuta, que eu sempre coloco que é a subjetivação; ela passa em qualquer ponto da clínica. A pessoa está lá. Está com um câncer, é real. Tá com alteração de células, e você vai subjetivar, que você está vivendo um câncer. E a droga, ela está lá. A droga, o psicótico, ele tem funcionamento psíquico, a relação do aparelho do eu, do eu com a realidade no que se sobrepõe etc. tá lá! Não tem muito como negar. A droga é uma substância que é visível, ela está ali, a relação que o sujeito vai ter com ela. Ela por si só não é nada; mas, na hora em que ela vai ter uma função na vida de cada um que é muito singular, aí, ela é real, corrói as narinas, o fígado, o sistema nervoso central que é primeira coisa que altera; então como se essa pessoa não tem nenhum tipo de cuidado, se ela está com comprometimento e o analista, até onde vai esse limite, até onde temos conhecimento para atravessar isso junto com eles, e quando ele precisa desse cuidado, ele faz esse cuidado? Eu acho que ele vai possibilitar falar de outra coisa que não a análise. Então, eu acho assim sabe Eugênia, pelo o que eu percebo, há algumas situações onde os pais, inclusive que eu já tive aqui, e que não foi adiante, os pais não conseguiam colocar lei nenhuma no filho; ele usava quase 24 horas a maconha, não estudava, já estava no supletivo, a família já tinha passado dois, três dias fora de casa, tentei encaminhar pra Recife, já que não estavam aceitando aqui, e a análise, ele não saía dessa posição; então era tudo muito o plano no concreto, do real, toda hora ele tentava deixar e quando elaborava mais alguma coisa era só da vida afetiva dele, trazia a vida afetiva, sofrimento com o pai, o pai era frágil, eu tentei trabalhar esse pai, essa mãe, muito tempo. Passou um ano quase em análise, houve um período de trabalhar na perspectiva de redução de danos. Como é que isso ocorre numa análise? Ele falou: olhe não tenho como deixar de fumar totalmente. O que é que tu queres? Eu acho que é possível reconfigurar algumas coisas na tua vida! Pra você, o que é possível hoje melhorar um pouco? Ele disse: poderia diminuir... se pelo menos eu fumasse só de manhã, não fumasse à tarde!... eu disse pois é! Primeiro, o que é

preciso pra isso? Tu tens que buscar a necessidade, o que é que impulsiona a necessidade psíquica? Sabe-se que tem a química, mais a psíquica porque ele precisa disso! Então em alguns momentos houve possibilidade, ele estava muito no êxtasy, usava crack, nessas festas, sem dormir, sem comer, fumando cigarro, então tente ver qual a possibilidade! A pessoa já estava com um comprometimento clínico no médico geral, clínico geral. Então é o momento que chega na análise um paciente desses na época tinha quinze anos, era alguém de quinze anos na rua há dois, três dias, e ninguém sabia onde ele estava, e desde os doze anos que fumava, na verdade ele ia fazer já dezesseis. e os pais já não tinham mais o que fazer com ele. E eles falavam; o que se espera daqui? No primeiro momento estou pedindo socorro! Porque a família vem em busca disso! Pois é, eu estou aqui com vocês; como é pra vocês viverem isso? porque aí sim, essa família vai ter aqui, um espaço de subjetivar essa dor, essa ferida narcísica, eu mãe errei, eu pai errei, etc. porque ou ficavam bombardeando um ao outro, ou não saía dessa posição! Só que ficou; melhorava, diminuía um pouco, tentava diminuir, mas, ficou muito no lance, diminuiu um pouco, não diminuiu a causa, o efeito, as possibilidades subjetivas da disponibilidade é muito pouca; tanto da parte deles, que dizem cansei, não agüento mais. Isso por um tempo me inquietou muito; porque era um fracasso, assim; eu não estou conseguindo, que esses pais se comprometam. Eu não tenho esse poder de decidir, é o meu desejo, a transferência até mesmo da maternidade, você olha assim, que ele é um adolescente. Então é como se fosse um filho. Então como é isso? Ao mesmo tempo o sentimento que dá com relação, a transferência com esses pais. No momento que o pai diz: “Não! Eu desisti completamente, fui com ele! Quer saber? Fui com ele comprar e tal...” Eu fiquei possessa na hora, eu tive vontade de esganar o pai, e ao mesmo tempo, depois eu fiquei elaborando o que é isso? O que significa a onipotência de poder, do desejo, de valores, no meu tempo, no tempo deles. Então, assim essa foi uma vivência na minha análise, que me apontou muita coisa. Foi uma situação que me imobilizou, e ele que era muito sedutor, um adolescente muito afetivo, fazia todas as características de um dependente de drogas, ele chegava no pique, na maior loucura. Uma vez ele chegou aqui, ele tinha bebido, usado crack e chegou desesperado, porque a mãe disse que ele tinha de vir. Eu disse o que é que está acontecendo? E ele fica, ele levanta, ele se agita, e disse pois é, não dá nem pra falar! Pode ficar calado se quiser! Mas eu quero poder falar! Tem algo que está inquietando você, que você se levanta, sai, tudo bem? Ele se levantava, saía, ia ali, eu posso pegar uma água? Vinha e é muito típico. E ele olhou pra mim e disse! Eu não tenho como não dizer a você: “Eu cheirei, eu fiz isso, fiz tudo!” Porque você fez isso na hora de vir pra cá? O que é que você quer? Eu não tenho o poder de fazer você querer, se olhar se ver as possibilidades na sua vida! Eu não tenho esse poder! Mas eu estou aqui com você. O que for possível, no seu tempo você tem; agora, o que não vai ser possível hoje com você desse jeito. Você parte, tem coisas que você vai falar, fala outras, você está muito agitado. Muito agitado mesmo; porque o crack dá muita agitação; então ele ficou muito agitado e eu fiquei pensando. Faço um ato nessa sessão, dispenso a sessão. Porque você veio? Porque minha mãe disse que eu viesse! A semana passada sua mãe disse que você viesse e você nem veio. Até parece que queria mostrar como você fica! Desse jeito não dá realmente, não preciso

vir! Não preciso falar| E na hora me veio isso; tudo tem um limite! Chega o momento de você dizer, não dá! Teve um alcoolista que chegou aqui completamente ébrio, eu atendo, e falo, como você está, não vai ter condições; porque nem você vai ter condições: uma coisa é você deixar fluir o que vem à sua cabeça, outra coisa, é você está sob um efeito do que vai deixar você fluir; eu não vou lhe receber hoje! Um alcoolista que já estava pra derrubar tudo; não tinha condições. Então assim sabe, Eugênia, nessas situações transferenciais, é essa coisa,que é que faz o analista pensar? Nos remete a uma clínica que você não pode. Desprezar a realidade externa do paciente, que eu atendi que tinha câncer, não tinha como! Tinha hora que ia pra quimioterapia, e aí estava numa fase bastante difícil, tinha que haver uma mudança de horário, porque não dá, e aí será autuação. Tinha que ter um outro, então assim; eu acho ,que são desafios da vida. Já é diferente dos pacientes que têm um tratamento psicótico, que até são adolescentes que se estabelece uma outra forma, vamos dizer, em a necessidade até de colocar mais no real determinadas coisas; enquanto vou tentando, e repensando, a realidade da linha e vem a droga ,e você coloca no paciente psicótico, a diferença do corpo psíquico do outro. Tem hora que levanta, olha, é Elizabete esse aqui é o bravo! Pois é esse aqui é o meu corpo, e esse é o seu! Vai brincando...vai pra lá que esse é o meu corpo! Agora volta vem pra cá, é diferente, você de um adolescente que está fazendo delírio psicótico, por causa da LSD, que eu estou inclusive com um caso desse agora, que é também um paciente. Acontece situações que a pessoa veio por um determinado que impulsionou por causa da angústia, dificuldade, conflito com os pais, na escola, aprendizagem, e no decorrer ele já transgrediu de outra forma agora ta mudando, então também tem isso, tem outras situações clínicas, então eu penso assim ,que especificamente em relação a uns dois, três que eu falei, remeti as situações diretamente relacionado, porque eles chegam, com essa demanda, quem procura muito são os adolescentes, vem os pais, então o que é muito importante estabelecer, ele se apropriar desse processo de análise, e a contractualidade dessa análise ser estabelecida,entre o adolescente e o analista; sabendo que tem os pais. Vejo que quando isso acontece, tem condições de encaminhar; e quando isso não acontece no início dos exames, porque a transferência ,ela vai estabelecer em todos os momentos transferencial: no amor, na raiva, no deslocamento, nas coisas que venham ocorrer, e tem que se apropriar, dessa própria análise, isso quando o outro que diz, a priori foram os outros: foram os pais, foi a professora, foi a diretora da escola, o juiz que às vezes acontece.

ENTREVISTADO 4

PESQ.: Bem, eu gostaria que você falasse um pouco sobre como é receber um toxicômano nas primeiras entrevistas.

ENT.: Geralmente vem encaminhado por alguém: escola dele, ou trazido pela família. Quando já está fora dos limites do suportável, os problemas devido ao consumo intenso.

PESQ.: E a transferência? É possível falar sobre a posição em que os toxicômanos colocam o analista?

ENT.: Olha, a gente pode falar de uma característica que ocorre com frequência. Esse tipo de paciente, principalmente no início do tratamento, são tão visceralmente necessitados da droga, eles se aferram ao produto como algo imprescindível, e muitos deles, em início de tratamento, se colocam numa posição subjetiva de verdadeiro antagonismo ao analista, entrincheirados em defesa da sua relação com a droga e colocando o analista no lugar daquele que vem apartá-lo de seu objeto exclusivo de uma necessidade.

Eles tendem a nos colocar na posição de alguém que está ali para separar o paciente de seu objeto de paixão. Uma imagem desse apego excepcional foi um adolescente que foi entrar na instituição para ficar em regime de albergado e ele tinha 1 papelote de maconha no bolso. Quando foi pedido a ele aquele pacotinho ele caiu no pranto como uma criança sendo separada do seu objeto mais precioso. E daí até ele conseguir entregar esse pacotinho de droga, bem pequeno, foi um profundo sofrimento. Então, o paciente com dependência química, algumas vezes, tende a nos colocar neste lugar, daquele que persegue, estabelece uma relação preconceituosa com seu analista.