

O fenômeno transferencial na clínica da dependência química

The phenomenon of transference in clinical addiction

Michele Toniazzo Costi¹

Simone Krahl²

Resumo: O objetivo deste artigo é refletir a partir da teoria psicanalítica a cerca da formação do vínculo entre paciente e psicólogo na clínica da dependência química, destacando este, como vértice indispensável ao tratamento. Para isso, priorizou-se o estudo de diversos autores que analisam essa relação, na qual a transferência é tida como método que possibilita um espaço para pensar a relação com o objeto droga. O estudo propõe uma articulação entre o aspecto transferencial, no qual o paciente vivencia através da experiência emocional da relação analítica todas as „representações“ que ele tem de seu self e a contribuição deste na recuperação do indivíduo. Faz-se uma discussão teórico-clínica a cerca deste fenômeno no intuito de compreender as possibilidades do indivíduo desenvolver modos mais satisfatórios de relação consigo e com o outro. Nota-se que a clínica da dependência química é considerada um dos grandes desafios lançados no contexto atual, a partir de um momento muito recente na história da psicanálise, assim envolvendo ainda muitas discussões.

Palavras-chave: psicologia clínica; transferência; dependência química.

Abstract: The purpose of this article is to reflect from the psychoanalytic theory about the formation of the bond between patient and clinical psychologist in the addiction, highlighting this as the apex essential to treatment. For this, prioritized the study of many authors who analyze this relationship, in which the transfer is regarded as a method that enables a space to think about the relationship with the object drug. The study suggests a link between the appearance of transference in which the patient lives through the emotional experience of the analytic relationship all 'representations' that he has of his self and the contribution of the individual's recovery. We make a theoretical and clinical discussion about this phenomenon in order to understand the possibilities of the individual to develop ways more satisfying relationship with yourself and others. Note that the clinical addiction is considered one of the major challenges faced in the current context, from a very recent in the history of psychoanalysis, and also involving many discussions.

Keywords: Clinical Psychology . Transfer. Substance abuse

¹ Psicóloga, Especialista em Psicologia Clínica pela URI- Campus de Erechim e Especialista em Saúde Mental pela unidade de pós-graduação Uningá – Chapecó. Contato: www.michele.costi@yahoo.com.br

² Psicóloga, Professora Mestre em Psicologia do Desenvolvimento pela PUCRS. Contato: www.simonek@uricer.edu.br

Atualmente a dependência química corresponde a um fenômeno amplamente divulgado e discutido, uma vez que o uso abusivo de substâncias psicoativas tornou-se um grave problema social e de saúde pública. Suas implicações são políticas, sociais e econômicas, o que configura um importante desafio para as mais diversas áreas do saber tanto na investigação, compreensão dos fatores de riscos, formas de tratamento quanto prevenção, afirma Toscano Jr. (2001).

Ao refletir sobre essa questão observa-se que é necessário reconhecer a importante contribuição das várias linhas teóricas na compreensão da dependência química, como também não deixar prevalecer uma tendência em pensar esta clínica somente a partir do desenvolvimento de recursos adaptativos e defensivos, negligenciando de certa maneira, a singularidade e a constituição do paciente enquanto sujeito. Sobre este aspecto Chaves (2006) pontua que a teoria psicanalítica, contrária então a uma leitura reducionista do indivíduo em relação às drogas, vem contribuindo muito no estudo dos fatores psíquicos relacionados à dependência química, pois devido ao seu instrumental de escuta do inconsciente tem apontado significativas descobertas ao priorizar a dimensão do sentido do ato toxicômano. Oferecendo uma compreensão do fenômeno da drogadição nas particularidades de cada sujeito e valorizando, além do cotidiano e dos sintomas notáveis, a singularidade de cada ser, a teoria psicanalítica faz com que profissionais psicoterapeutas consigam dessa forma se aproximar cada vez mais da experiência do sujeito e suas origens.

Nessa perspectiva, ao receber este indivíduo que busca ajuda em nossos consultórios, clínicas particulares e/ou serviços públicos de saúde mental, tão importante é verificar sua sintomatologia, quanto mais ainda é necessário pensar sobre sua subjetividade e sua história, no intuito de compreender qual o lugar que a droga ocupa hoje em sua vida, de que forma determina seus vínculos e principalmente, invade a relação entre profissional e paciente. Subjetividade esta, que acaba oferecendo o colorido para este novo vínculo durante o processo de tratamento psicoterapêutico e, conseqüentemente configurando o tipo de transferência (relação) entre essa dupla. Segundo Pechansky e Luborsky (2005) a compreensão dos aspectos históricos é fundamental para se pensar na questão atual do tratamento e do cuidado desse indivíduo.

Portanto, a psicanálise estuda a drogadição e a toxicomania em um campo que se desenrola entre o sintoma, a estrutura de personalidade e o exercício individual do prazer, onde na maioria das vezes o indivíduo toxicômano apresenta uma importante necessidade de perseguir uma sensação de preenchimento e completude, encontrando na droga uma forma de sedar e obter um sentimento de onipotência. O toxicômano, na maioria das vezes, chega ao consultório não numa posição de sujeito dividido, mas de ser o grande mecânico de seu próprio corpo, estando identificado com o objeto droga, muitas vezes ausentando-se de sua responsabilidade de sujeito e acreditando que sua falta é somente química, refere Chaves (2006).

Dessa forma, observa-se que atualmente nos encontramos diante de um grande desafio quando nos comprometemos a trabalhar com estes indivíduos. Acredita-se que este artigo possa ter uma grande relevância nas discussões interdisciplinares, pois ressalta a importância de se fazer uma leitura ampliada deste sujeito que busca ou encontra-se em tratamento. Nesse sentido, pontua-se a importância de levar em conta, além dos aspectos sociais e sintomatológicos, também a subjetividade e as particularidades deste sujeito enquanto constituição psíquica. Embora estudar o fenômeno da drogadição seja altamente complexo e que a “cura” não é determinada exclusivamente e meramente pela análise da subjetividade do sujeito, o fenômeno transferencial possibilitaria um repensar das relações do sujeito consigo mesmo, com o outro e principalmente com o objeto droga, abrindo espaço para novas escolhas.

Portanto, este artigo visa refletir sob a clínica do dependente químico, a partir dos pressupostos da teoria psicanalítica e do fenômeno transferencial, destacando a formação do vínculo entre paciente e psicoterapeuta como vértice indispensável ao tratamento. Para isso, foi realizado uma revisão bibliográfica de obras que contemplam o assunto, bem como pesquisas nos bancos de dados *PsycInfo*, *Medline* acerca da dependência química com enfoque psicanalítico, levando em conta o fenômeno da transferência na prática clínica. As palavras-chave utilizadas foram, dependência química, psicanálise, transferência e toxicomania e o período pesquisado foi o compreendido entre 2000 e 2012. Também foram analisados livros e artigos que se encontravam nas referências bibliográficas das fontes indexadas.

Do fracasso da droga a busca pelo tratamento

Frente a um pedido de ajuda de um indivíduo em nossos consultórios, clínicas ou serviços públicos é importante considerar que o uso de substâncias implica em condições complexas que devem ser entendidas através de várias perspectivas. É necessário primeiramente compreender a natureza e o curso dessa problemática enfrentada pelo indivíduo para decidir qual a intervenção é necessária e mais adequada naquele momento. Uma vez que, segundo Washton (2009) mesmo o uso moderado de substâncias pode afetar o humor, o estado mental e a capacidade de enfrentamento, o que vem impedir o progresso terapêutico ou representar uma fase transitória no curso do desenvolvimento de problemas mais sérios do abuso de substâncias. É importante avaliar também os aspectos sociais que incluem variáveis como situação socioeconômica, prevalência do beber, subculturas, fatores biológicos que dizem respeito às diferenças individuais na resposta da pessoa as drogas (sexo, idade e herança genética) e fatores psicológicos, os quais incluem todo o aspecto mental e dificuldades emocionais, bem como problemas cognitivos e comportamentais, os quais aumentam o risco ou criam resistências.

Neste sentido, existe uma complexa interação entre fatores externos e internos que precisam ser considerados e avaliados, com frequência não há uma evolução linear a partir do uso inicial até a adicção, deve-se ter cuidado para não minimizar ou ignorar o uso como também não superdiagnosticar ou patologizar, pois a relação dos sujeitos com a droga pode compreender categorias, como uso recreativo, abusivo até a adicção, Washton (2009).

Sobre a adicção especificamente, Gurfinkel (1995) traz um contraponto referindo que a mesma se relaciona muito mais como um modo de funcionamento psíquico na relação com o objeto do que propriamente como uma qualidade intrínseca referida ao sujeito que se droga. Assim, a compulsão por consumir drogas seria mais um tipo de ação impulsiva presente num modo humano de agir, cuja característica essencial é a falta de limites, a ser entendida como perturbação da intermediação simbólica da relação do sujeito com seus objetos de prazer.

Nesse ponto, é importante a atenção para um tipo especial de uso de drogas e um modo particular de adicção, a toxicomania, na qual, diante do objeto com o qual está

estabelecido o vínculo de prazer, o sujeito toxicômano mostra-se impotente quanto à possibilidade de administrar seu uso, defronta-se com uma incapacidade de pensar, reagindo de forma compulsiva, correspondente a uma tensão que parece ser vivenciada como impossível de baixar por outros meios. Parecendo ser comandado pelo objeto, o indivíduo fracassa, sobretudo, quanto não há capacidade de utilizar a linguagem e o pensamento como meios de ponderação e significação ao impulso desencadeado. Assim, a falta de prazer pode reaparecer logo após o alívio da tensão proporcionado pelo uso da droga. Sua ingestão demonstra na prática, ser pouco eficaz para fazer frente às necessidades e desejos que o sujeito busca resolver por meio da utilização compulsiva, Gurfinkel (1995).

Diante dessa falta de prazer, e também por causa dela, o ciclo compulsivo recomeça. Gabbard (1995) faz uma ressalva quando menciona que apesar da dependência química ser uma relação alterada entre um indivíduo e seu modo de consumir uma substância, capaz de trazer problemas para o seu usuário, muitos indivíduos, no entanto, não demonstram problemas graves, devido aos diferentes níveis de gravidade deste uso, o que acaba por dificultar ainda mais a busca pelo tratamento por conta própria e nesse momento precisando da intervenção familiar ou equipe de saúde.

Sendo assim, Fontanella e Turato (2010) destacam que primeiramente, nesse momento de busca por tratamento, é necessário observar como este paciente chega, pois nessa etapa é comum surgirem diversas barreiras, como acesso ao profissional ou serviço, estrutura familiar apoiadora, resistências individuais, tentativas anteriores de tratamento fracassadas, condições de saúde do indivíduo, características de sua personalidade, tempo de uso da substância, entre outras que interferem diretamente no processo de adesão ao tratamento proposto e também na fase posterior de reabilitação social. Para Kessler e cols (2003) o vínculo inicial com os dependentes químicos é extremamente frágil devido a estes vários fatores citados, como também pela forte negação e onipotência observadas, por isso é importante cativá-los, evitando confrontações ou posturas que possam ser interpretadas como autoritárias ou preconceituosas.

A maioria dos dependentes químicos parece adiar a procura por tratamento ou simplesmente não pensam na possibilidade de se tratar, considerando seu problema não

suficientemente grave, essa é uma das barreiras mais frequentemente citadas por pacientes dependentes e por usuários ocultos aos serviços de saúde. Portanto, segundo Fontanella e Turato (2010) a relação entre as barreiras subjetivas e os mecanismos psicológicos de defesa contra a angústia acrescentam importância às significações pessoais.

Complementando, Chaves (2006) refere que no momento em que esse paciente chega para tratamento, normalmente nos apresenta uma vontade imperiosa e exclusiva pela droga, sem conseguir associá-la com outras necessidades existentes, as quais ficam em um plano secundário. Inicialmente o toxicômano não apresenta uma demanda para tratamento, muitas vezes vem encaminhado pelo trabalho, escola ou justiça, não se observa um pedido de socorro, pois ainda eles não reconhecem o prejuízo causado pelo uso contínuo da droga. Neste momento, encontra-se em uma etapa decisiva para o tratamento, pois uma vez que não existe a intermediação da palavra a intervenção terapêutica poderá ser obstaculizada.

Neste ponto, a contribuição da psicanálise para a compreensão da toxicomania e para a realização do tratamento pode ser fundamental. Estando fora do princípio médico "doença-cura", ela pode propor ao toxicômano um caminho que lhe permita restaurar a divisão subjetiva, incidindo diretamente em uma de suas importantes características psíquicas, ou seja, o toxicômano entende que só ele detém o saber da experiência de drogar-se. Nesse sentido, não faz suposição ao saber no Outro, que seria o ponto de partida para a possibilidade de vínculo transferencial. Por isso, a possibilidade de mudar a relação de extrema dependência com a droga, seria o ponto fundamental a ser trabalhado no vínculo, segundo Santos e Costa-Rosa (2007).

Por outro lado tem-se também, aqueles indivíduos que buscam auxílio devido a um problema conseqüente ao uso abusivo da droga, angustiados percebem algumas perdas e se encontram em sofrimento intenso, estes tem maior probabilidade de aderirem ao tratamento. Sobre isso Chaves (2006) refere que “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” (p. 121). Conte (2000) complementa referindo que quando ocorre o desfalecimento da função de tóxico na vida do sujeito, ou seja, a montagem toxicomaniaca fracassa, o sujeito tem um completo desaparecimento subjetivo e passa a sentir uma necessidade urgente de parar ou

de usar a droga, ocorrendo à busca por tratamento.

Neste momento, visualizamos o que Cruz e cols. (2001, citado por Conte, 2006) referem como uma posição de ambivalência, um pedido maciço de ajuda, ao mesmo tempo em que uma posição que não representa necessariamente um desejo de abandonar o uso da droga. Indicando uma expectativa ilusória de voltar ao momento em que não usava a droga ou que a controlava como sendo então a solução perfeita de seus problemas.

Krystal (1987 citado por Kessler e cols., 2003) também fez importantes contribuições nesse campo, quando descreve que a realidade psíquica do dependente de drogas é dominada por uma forte experiência de ambivalência na relação com a imagem da mãe, posteriormente estendida à droga e a outras pessoas do seu círculo de relações, incluindo o terapeuta. Ao mesmo tempo em que o adicto clama pelo amor objetual da mãe, ele o despreza e relaciona isso ao fim do efeito da droga. Uma vez que, além da garantia do prazer (aproximação da mãe), o usuário também tem a garantia do pós-efeito (distanciamento). Não deixa de ser um controle onipotente do objeto. Ele ainda acrescenta, que muitos usuários de drogas apresentam uma certa alexitimia (incapacidade de expressar os seus sentimentos), como se houvesse uma economia dos afetos e de sua não representação.

Para Chaves (2006) o toxicômano não se interessa pelo significado da toxicomania em sua vida, pois ele localiza o seu sofrimento apenas na falta química, conseguindo falar então da dor física, que se configura como uma estratégia de proteção contra a angústia e a depressão provocadas pelas exigências pulsionais e o enfrentamento do desejo. Muitas vezes, observa-se que o sujeito se coloca como objeto da droga e por ela comandado, colocando-se como vítima, o que torna difícil a tarefa de voltar-se para si mesmo, envolvendo-se subjetivamente como seu sofrimento. A partir disso, fica cristalizado na posição de ter ou não ter a droga, encontra-se em condições de suportar o que se configura como uma enorme ferida narcísica, então superinveste o tóxico e abdica do simbólico.

Neste momento, precisamos ficar atentos, também ao lugar que o paciente coloca o terapeuta, quando faz um pedido de ajuda, ou seja, as mensagens subentendidas. Costumeiramente, o terapeuta é colocado em uma posição de ser que tudo sabe, frente ao

toxicômano que continua passivo, sem se implicar. Se o terapeuta aceitar esta posição entrará no jogo do paciente, e assim travará uma luta imaginária para saber quem tem razão, quem é o mais forte, a droga ou o terapeuta, a droga ou a instituição ficando assim, como espectador da desta luta (Chaves, 2006).

Portanto, um ponto fundamental na clínica com toxicômanos e requisito para que a demanda se instale é torná-lo participante deste processo, recuperar o simbólico, a palavra e a subjetividade, para que este deixe a posição de vítima e pense sobre a sua participação na desordem da qual se queixa, implicando assim, o sujeito em seu próprio sofrimento, Monteiro (2005). Complementa Chaves (2006) que neste momento é preciso que o terapeuta se coloque enquanto presença e garanta um espaço de continência, para que o sujeito possa suportar passar por essa dor que se apresenta em seu corpo real, pois ele não percebe que tem alguém com ele, oferecendo-lhe sustentação para não desmoronar.

A clínica da dependência química: a luz do fenômeno transferencial

A partir da compreensão da metapsicologia freudiana e das contribuições de autores pós freudianos nos propomos a pensar nesse momento na prática clínica, abordando alguns pontos da psicodinâmica do sujeito toxicômano e sua relação com o objeto droga, enfocando o aspecto transferencial, ou seja, o vínculo que se estabelece entre paciente e terapeuta, permeado pelas antigas relações primárias.

Embora um novo vínculo esteja sendo construindo muitos aspectos estão sendo revividos, segundo Svartman (2003) a transferência se trata inicialmente de um processo em que conteúdos inconscientes, mais precisamente protótipos infantis que são vividos como uma sensação de atualidade. Na transferência um afeto é deslocado de uma representação para outra, que permite que os sentimentos, desejos e as fantasias reprimidas ou recalçadas venham à tona. Assim, a transferência acaba por ser uma forma de vínculo ativada na presença de um outro real externo, para quem ou para onde será destinada essa energia e revivida.

Complementa e ressalta Venoza (2011) que não se pode pensar no termo transferência prescindindo do conceito de repetição mesmo que ambos estejam

intimamente ligados. A compulsão à repetição, assim como a repetição traz a noção de retorno ao que chamamos de primeira “vivência de satisfação”, como experiência que funda a diferença entre prazer e desprazer. Já a transferência se torna na maioria das vezes, norteadora da relação entre paciente e psicoterapeuta e também, poderá oferecer índices sobre a evolução ou retrocessos do processo de tratamento com o dependente químico.

Corroborando com estes autores Fernandes (2003) pontua que é possível também nos depararmos na situação analítica, com a escuta do corpo do dependente químico, a qual necessitará transformações na disponibilidade de escuta do terapeuta preconizando remanejamento do enquadre analítico. Não podemos negar que o corpo invade a situação analítica, pois é onde se dá a falta química que o paciente insiste em reafirmar. Assim,

o trabalho de análise pode bem ser o de nomeação/ 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 encontro, um limite, de tal maneira, que ela comece a adquirir uma forma, uma imagem, permitindo ao paciente inscrevê-la em sua história (Fernandes, 2003, p.98).

Em meio a este trabalho Chaves (2006) pontua que 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 e a criação de um sistema simbólico que prioriza uma nova forma de escrever sua história. É necessário que o terapeuta possa ter um olhar e uma escuta diferenciada, capazes de figurar essa imagem e descrevê-la em palavras. Escutar os “lugares de interrupção do tóxico” no discurso do paciente, Conte (2000).

A flexibilização da escuta psicanalítica é fundamental neste momento, segundo Fernandes (2003) muitas vezes o sujeito só consegue falar do próprio corpo, e então é necessário que o terapeuta possa acolher este evento somático, auxiliar na compreensão e re-significação do que ele diz, re-iventando assim, junto com o paciente sua trama.

Para Chaves (2006) o tratamento pode estar também representando para o toxicômano a possibilidade de expor seus conflitos, que ele tanto evita perceber através do

uso abusivo da droga, assim pondo em perigo também sua fonte de alívio, prazer e suporte narcísico. Muitas vezes aqui, o paciente coloca-se em uma posição de antagonismo ao terapeuta, em defesa da sua relação com a droga acabando por colocar o analista no lugar daquele que vem apartá-lo do objeto exclusivo de sua neo-necessidade. Assim, diferente do analisando clássico em que vem para tratamento apoiada em um tripé sintoma, demanda, transferência; o toxicômano procura o terapeuta em uma posição de mecânico de seu próprio corpo, acreditando que sua falta é somente química, não se interessa pelo seu romance familiar nem significados inconscientes do seu sintoma. As explicações causais não surtiram efeitos e estarão representando uma verdadeira violência ao paciente, que encontra uma alternativa somática para aliviar seu sofrimento.

Fernandes (2003) ainda menciona que na clínica com estes pacientes o terapeuta precisa ficar em uma posição de espaço intermediário não cedendo às demandas imediatas nem permanecendo em um silêncio absoluto. Olievenstein (2002) sugere uma postura do terapeuta diferenciada, pelo menos no início do tratamento, ou seja, partilhando das fantasias do toxicômano e procurando uma imunização do afeto doloroso.

Complementa Birman (2001) sobre a escuta do corpo na situação analítica, fazendo uma analogia à função materna no início da vida, quando a mãe exerce uma função continente dos aspectos e forças pulsionais, procurando lhe dar nome e sentido, assim proporcionando ao bebê a idéia da presença da mãe. Nesse sentido, o trabalho de escuta e interpretação das demandas do bebê, somente é possível quando a mesma investe no corpo da criança. O que é enfatizado também por Fernandes (2003), o terapeuta é semelhante à função materna, poderá então, acolher e nomear as sensações que se passam no corpo do paciente, operando em uma libidinização, transformando-o em um “corpo falado”, aberto a abordagem psicanalítica.

Esse acolhimento é possível se o terapeuta não se perder na ressonância dos aspectos contratransferenciais de suas próprias representações frente à toxicomania e de sua onipotência. Pois o trabalho psicanalítico consiste na observação do funcionamento psíquico deste paciente, mas também no funcionamento da dupla paciente analista, Chaves (2006).

Segundo esta autora, o toxicômano sempre apresenta uma certeza “eu sou toxicômano”, o que faz reduzir muito o acesso ao tratamento e o alcance do ato analítico. Assim, ocultando seu sintoma e escondendo a “causa”, coloca a droga na posição de “tóxico”. Portanto, é necessário transformar esta prática sintomática e favorecer o surgimento de uma divisão do sujeito e de sua questão sobre o sintoma através uma operação clínica, que ela julga como focalizar o sujeito em sua singularidade e não somente identificar o sujeito e seu comportamento. É necessário trabalhar no sentido de uma espécie de reconhecimento, não da droga e seus efeitos, da posição que o sujeito ocupa no interior desse processo de consumo regular de droga. O que se passa com ele que o faz pensar que não pode deixar a droga.

Nesse sentido, muitas vezes a droga pode estar ocupando um lugar de resposta a uma questão anterior, que se apresentou para o sujeito como algo difícil de ser resolvido. Nessa perspectiva, Conte (2000) aponta que este deve ser o foco do terapeuta em seu trabalho com o paciente, traduzindo este pedido e focalizando a dificuldade que tem encontrado para resolver o problema e as formas que tem utilizado.

Venosa (2011) utilizando-se de um termo freudiano compreende o uso da droga como uma “formação de compromisso” que o sujeito estabelece para si para lidar ou amenizar o efeito de tensões originadas por um conflito intrapsíquico, mas que, apesar de lhe trazer algum equilíbrio, muito lhe faz sofrer. Quando um sujeito se droga, ele altera suas percepções e a sua capacidade de agir, assim é imprescindível levantar questões sobre as interferências que o uso de drogas pode ter na interação dos sujeitos com seus semelhantes, nos vínculos sociais que estabelecem. De acordo com Escobar (2006, p. 218, citado por Venosa, 2011), para a psicanálise, “o encontro com a substância é na realidade um reencontro, a busca é de um objeto que complete uma falta já existente [...] anulando-a temporariamente”. Para o dependente de substância psicoativa, a toxicomania aparece como uma resposta extremada a esse apelo de consumo, onde o próprio sujeito se consome na relação com o seu objeto, busca deste modo, escapar à falta constitutiva inerente ao ser humano, segundo Pacheco Filho (2009, citado por Venosa, 2011).

Pimenta, Cremasco e Lesourd (2011) complementam que o toxicômano é aquele que busca objetos na realidade a fim de dar conta do hiato de seu desejo, ele tenta preencher

com objetos reais a falta intrínseca ao desejo com a intenção de acabar com a insatisfação. A droga aparece então como a solução perfeita já que é um objeto consumível, comprável, sempre disponível, proporcionando-lhe uma sensação temporária de satisfação alucinatoriamente plena. Assim sendo, ele transforma a *falta-a-ser* em vazio possível de se preencher, em uma lacuna na qual todos os objetos são bem-vindos. O toxicômano desfigura a falta do desejo – fenda simbólica – em falta orgânica, fenda possível de ser fechada. Desta forma, não podemos ignorar que o sentimento e a sensação de falta provocados pela ausência da droga, a fissura, têm um efeito específico e particular na psicodinâmica do sujeito: a *falta-a-ser* é camuflada pela falta física da droga, uma falta possível a ser preenchida.

Nesse sentido, Freda (1996, citado por Chaves, 2006) refere que durante o tratamento com o dependente químico o terapeuta deva deslocar a droga da posição do saber, que é de onde vem o saber do toxicômano, localizar aquilo que a droga se põe como solução em relação ao sujeito. Neste momento, podem surgir muitas resistências, pois dificilmente este paciente abrirá mão deste saber e desta solução. No entanto, esta experiência pode significar onde o trabalho da fantasia se sedimentou, não desencadeando mais questionamentos que propiciaria a elaboração do objeto primário. O terapeuta deve colocar novamente em movimento essas indagações, possibilitando a reconstrução deste enigma que provoca respostas no corpo.

Pimenta, Cremasco e Lesourd (2011) trazem outro contraponto de que no dependente químico existe uma insuficiência da imagem do corpo próprio, ou seja, a falta de uma palavra, de um suporte simbólico, de um olhar pleno de significantes que o atravessasse e o signifique. Falta ao toxicômano uma imagem elaborada de seu corpo, lhe faltou um significante vindo do Outro, que lhe desse um valor àquela imagem ou mesmo a unificasse. Em vista disso, a sua tentativa parece ser justamente a de estabilizar a imagem falha de si, de seu próprio corpo com o recurso tóxico, um objeto de autoconservação que recria um corpo alucinatório não despedaçado e estável.

Segundo Costa Pereira (1999, citado por Pimenta, Cremasco e Lesourd, 2011) esta falha na formação da imagem do corpo próprio está intimamente ligada com a situação de desamparo que tem relação direta com a desintegração da imagem do corpo próprio.

Entende-se assim, que a cada vez que o sujeito se encontra em uma situação que o remete à situação de desamparo, atualizada a cada encontro com a falta da droga, o fantasma do corpo despedaçado o assombra. Portanto, a clínica explicita a dificuldade que o toxicômano enfrenta ao encarar a falta, ele se desespera, pois não aprendeu a representá-la simbolicamente. A falta, para ele é devoradora.

Nesse sentido a transferência, na clínica da dependência química, é despertada por muitos aspectos, encontrando meios para realizar sua costumeira ligação – a “falsa conexão”, como nomeia Laplanche e Pontalis (1991, p. 79), o que ocorre é que o sujeito vai buscar na droga um reencontro com o objeto perdido. Betarello (2000, citado por Venosa, 2011) afirma que o indivíduo ao se dispor a abandonar sua relação com as drogas abre o caminho para que outros elementos ocupem esse lugar, o que parece surgir na relação terapêutica, a qual tem a condição de proporcionar uma re significação da relação.

A partir das idéias expostas, pensa-se que no trabalho analítico enfocando o lugar onde este, o objeto droga está, poderá se abrir um espaço para o investimento erógeno no vínculo transferencial. O terapeuta poderá promover o acesso ao simbólico e a transformação da queixa em enigma. O vínculo transferencial se dará necessariamente em torno da questão que será retomada: qual o lugar que este sujeito ocupa em relação ao outro. Quando o toxicômano compromete-se com seu tratamento, na maioria das vezes ele estabelece um tipo de transferência muito intenso, Chaves (2006).

Observando estes aspectos Conte (2000) pontua que as formações toxicomânicas criam vínculos através da fusão e não da ligação, o objeto pulsional e o ideal de ego estão confundidos e as condições de transferência são problematizadas, dificultando intervenções na relação toxicômano-droga. Transferencialmente exige uma mudança na escuta e no *setting* psicanalítico, tais como flexibilidade para modular a relação, de acordo com a distância que o paciente coloca no vínculo terapêutico, frente à re atualização de fantasias em relação ao outro que ele volta a reviver, isso faz com que o contato com o terapeuta e o interesse pelo trabalho analítico fique ambivalente, pois ao mesmo tempo em que o indivíduo tem interesse nesse contato também o mesmo é fonte de angústia. Portanto, é necessário que no processo analítico o terapeuta esteja muito atento para encontrar a medida entre a aproximação e a distância, a fala e o silêncio.

Observa-se também nessa relação um controle onipotente sobre o objeto advindo da relação materna como repetição do vínculo primeiro na transferência, marcado pelos aspectos como ausência e intrusão, desamparo e desesperança, o que exige do terapeuta delicadeza e paciência. Este aspecto transferencial é consequência de uma extrema fragilidade egóica, segundo Waks (1997 citado por Chaves, 2006). Nesse ponto, Olievenstein (2002) chama a atenção para o problema da falta. Para esse autor, talvez mais importante do que o prazer narcísico propiciado pelas drogas, estaria um sentimento de falta, geralmente aliviado por elas. As mães *não suficientemente boas*

(termo usado por Winnicott) que gerariam um estado de crônica falta, uma falta oceânica e jamais saciável. Desta ótica, o depender de drogas seria o resultado do deslocamento deste sentimento de falta para uma "coisa", com a notória vantagem de esta ser alcançável em qualquer esquina do mundo.

Nesse sentido Rosenfeld (1968) observa que diversas estruturas psicopatológicas comuns na drogadição, se formam devido a procura da droga por um determinado motivo que se relaciona a própria dinâmica inconsciente e a psicogênese infantil de cada indivíduo. Certos pacientes não têm noção de perigo, pelo comprometimento dos processos de introjeção dos objetos parentais e sentem o seu mundo interno esvaziado e sem vida. Constantes condutas de risco podem ser entendidas, então, como fruto da necessidade de sentirem-se vivos.

Outra autora que fala sobre a relação da droga com os estados afetivos é Mc Dougall (1960, citado por Kesller e cols., 2003) ela coloca o comportamento adictivo como uma solução à intolerância afetiva. O objeto de adição seria experimentado como essencialmente bom, um objeto idealizado, com uma promessa de prazer e capaz de resolver magicamente as angústias e os sentimentos de morte interna. A solução adictiva teria origem principalmente na relação mãe-bebê, quando a mãe sente-se fusionada ao bebê e cria uma relação de dependência do bebê à sua presença. Isso dificultaria que a criança constituísse em seu mundo interno as representações maternas e, mais tarde, paterna cuidadoras, capazes de conter e manejar seus estados de sofrimento psíquico. A falta de objetos internos de identificação para aliviar por si mesmo seus estados de tensão psíquica ocasionaria mais tarde uma busca no mundo externo de algo que substituísse a mãe, como

a droga. O objeto adictivo seria então um objeto transitório, como postula a autora, e não transicional, uma vez que resolveria momentaneamente a tensão psíquica através de solução somática e não psicológica.

Retomando Waks (1997 citado por Chaves, 2006) complementa referindo sobre a chamada transferência canibal, oralmente ávida, voraz, indiscriminada e excessiva, o que faz com que o terapeuta se entregue de corpo e alma para servir de continente ao vazio simbólico do paciente, observada muitas vezes no início do tratamento. Nesse sentido, as atuações podem ser entendidas como uma precária defesa contra a vivência de submissão e de domínio mútuo, que o paciente transfere da relação materna invasiva, que tem acesso aos seus pensamentos e ao seu mundo interior. Repetição na transferência de uma situação muitas vezes exercida pela droga de proteção “contra o acesso fácil ao fluxo materno” (Conte, 2000, p. 247).

Sobre este aspecto Freud (1917, citado por Chaves, 2006) havia aproximado a toxicomania da melancolia agrupando-as sob o mesmo termo de psicose narcísica. Freud (1917, p. 270) sublinha que um “mecanismo significativo” para as “afecções narcísicas” é o da “incorporação canibalística” do objeto de amor, que presume uma escolha de objeto dada sobre uma base narcisista. A incorporação canibalística é uma reação, típica da infância, à perda do objeto de amor. Isto é, se o objeto de amor desaparece quando sua representação psíquica ainda não foi possível, o sujeito, a fim de se defender do sentimento de desamparo que vem junto com esta ausência, devora o objeto de amor e não seu representante, já que este não foi ainda criado. Desta forma, pode-se dizer que este tipo de incorporação canibalística do objeto é uma defesa à situação de desamparo. Assim, essa reação canibalística teria a função de promover uma restauração narcísica, ao nível da falta originária da imagem especular e da identificação primária.

A este respeito, Escande (2002, citado por Conte, 2000) utiliza uma bela fórmula que diz que as adições tóxicas seriam uma metamorfose atual da melancolia “fazendo da droga o substituto de uma ausência enigmática e o logro de um objeto perdido que nunca foi possuído, mas que, incluso no Eu impede a sua destruição”. Desta maneira, o toxicômano erige a droga como objeto ideal e tenta, fazendo recurso ao tóxico, exorcizar o fantasma do vazio melancólico.

Outra característica do tipo de relação que o toxicômano estabelece com o mundo é colocando o terapeuta em uma posição superegóica, de quem vai tirá-lo da dependência das drogas e intermediar através de uma fiscalização e um julgamento, posição ocupada geralmente pelos membros da família do toxicômano e transferida, por identificação projetiva, para o analista. Este fato, de colocar o terapeuta como um juiz, reflete sua dificuldade na relação com a lei de lidar com limites que esta impõe. Porém, se o terapeuta ao invés de incorporar este papel, pudesse então promover um pensar sobre seus próprios atos, convocando o paciente a participar de seu próprio destino, poderia evidenciar que ele é responsável pela sua trajetória segue então ajudá-lo a questionar sobre a posição atualmente ocupada em relação à droga, menciona Conte (2000).

Nesses casos, o terapeuta deve cuidar para não se comprometer com o superego dos pais, tampouco assumir uma posição maternal de extremo zelo e preocupação. Ele deve estar ciente de que as interpretações podem ser desvalorizadas o que, freqüentemente, pode despertar contra-attitudes negativas do terapeuta. Os desafios e agressões impõem ao terapeuta uma atitude de abstenção de toda contra-agressão (Kessler e cols., 2003).

Segundo Conte (2000) continuamente o paciente testa os limites da angústia do terapeuta, assim como de sua própria limitação orgânica, muitas vezes usando de maneira tóxica o tratamento e apresentando um desafio a posição do terapeuta ou da equipe de referência. Sobre isso, Gurfinkel (1995) menciona que o terapeuta deve assumir uma posição ética e uma função analítica, o que implicará que o mesmo se coloque ao lado do paciente, não a favor ou contra o desejo e/ou realidade, pois ele não deve se constituir como rival ou destinatário dessa prática, mas sim fundar com o paciente um espaço de fala. O terapeuta não deve tomar para si a angústia do paciente, por conseguir ficar em abstinência ou recair, o que possivelmente o paciente toxicômano tem desejo de fazer, depositando no terapeuta essa responsabilidade, retirando-se e anulando a sua função no tratamento.

O sujeito da toxicomania insiste em só representar-se como ser, no lugar de indivíduo, e ausente da *performance* desejante suposta pela divisão subjetiva. Como se fosse um "eu" fazendo do seu corpo um lugar da experiência e do prazer. Sua experiência

aparece tão profundamente singular, que ele insiste que ninguém além dele sabe o que acontece. Nesse contexto, a psicanálise visa estabelecer uma relação intersubjetiva, um novo laço social, capaz de possibilitar-lhe transitar da experiência da droga para suas experiências de sujeito. Trata-se de introduzi-lo na linguagem, no gozo do significante, com a hipótese de que, através das demandas trazidas, possam ser criados por ele novos sentidos para o ato de drogar-se. Espera-se que, a partir disso o sujeito possa conduzir-se à via do desejo marcando sua relação com formas de buscar o prazer que suportem a intermediação a espera e a diversificação. Trabalha-se a partir da hipótese de que a oferta de escuta, dando a palavra ao sujeito, faça com que a passagem pela intermediação significante da linguagem, funcione como uma espécie de exercício num registro de prazer capaz de competir com o prazer proporcionado pela droga, sugere Santos e Costa-Rosa (2007).

Pode-se acrescentar, ainda conforme esses autores que nesse modo de relação do sujeito com o significante espera-se uma espécie de cifragem do prazer corporal pela linguagem, que pode permitir lidar com os impulsos de usar drogas, de modo a poder responder a eles atenuando a compulsão. Está implícita a idéia de que há prazer, para o sujeito, na produção de um sentido novo e que essa experiência subjetiva pode funcionar como desencadeadora de outras na mesma direção. Dessa maneira, ao contrário da medicina e da psiquiatria que colocam a toxicomania no lugar de doença, a psicanálise faz outra leitura, entendendo que se trata de um fenômeno complexo cuja dimensão psíquica pode inscrever-se de modo contingente na vida cotidiana dos indivíduos, portanto passível de ser revertido.

Devido a essas questões, somada as dificuldades encontradas em relação à demanda de tratamento, a transferência e a necessidade da droga, o trabalho clínico com toxicômanos exige flexibilidade nas intervenções, necessitando na maioria das vezes ser associada a outros dispositivos além do tratamento individual, ou seja, o tratamento institucional e a abordagem familiar o que permite atingir vários aspectos dentro de um plano terapêutico, Chaves (2006).

Segundo Gurfinkel (1995) as instituições de tratamento podem servir como algo que proporcionaria uma organização para o sujeito. As normas, a ética e os princípios

complementariam sua organização psíquica deficitária e de forma externa, uma segurança, um vigia, uma proteção, ou seja, um superego, ideais e consciência crítica, que é falho neste sujeito. Segundo Chaves (1996) essa função estruturante da instituição para o psiquismo do sujeito, pode ser comparada ao significado do enquadramento na sala de análise, pelas características de invariabilidade, estabilidade e confiabilidade, onde o sujeito pode depositar toda sua fragilidade e sofrimento, mostrando sua dependência absoluta, característica das primeiras relações objetais.

Portanto, as idéias acerca das instituições ou acerca do tratamento como um todo sempre vão estar presentes. Para Freda (1993, citado por Chaves, 2006) as instituições podem oferecer também ao toxicômano o que ela chama de “regime significativo pesado”. A partir do acolhimento e oferecimento de várias possibilidades de simbolização, como a fala, a escrita e a expressão artística, as instituições proporcionariam ao paciente um questionar e pensar no que trouxe, possibilitando um sentido em seus atos e o aparecimento da singularidade, emergindo então um sujeito e sua história. Portanto, o trabalho nas instituições através da coordenação de grupos apresenta-se como um dispositivo para viabilizar algumas funções terapêuticas frente às especificidades relativas à constituição subjetiva do sujeito.

Enfim, a clínica do toxicômano segundo Chaves (2006) tem muito a avançar, pois coloca em jogo importantes variáveis como: aspectos institucionais, a dificuldade de compor um trabalho multiprofissional, o fenômeno transferencial que ocorre no grupo de pacientes, o estilo de cada profissional, a problemática familiar, social e o imaginário das drogas e suas consequências.

Portanto, considerando o acima exposto Wurmser (1974, citado por Kesller e cols., 2003) propõe um tratamento seqüencial, no qual em primeiro lugar tentar-se-á fazer com que o paciente se desintoxique, quando possível em regime ambulatorial, mas sempre que necessário, com hospitalizações em unidades especializadas. Durante este primeiro momento, todos os esforços deverão ser engendrados para se fazer uma completa avaliação diagnóstica do paciente e de sua família, bem como através da utilização de técnicas motivacionais, ajudar o paciente a aderir ao tratamento.

Segundo este autor é necessária uma abordagem mais suportiva, não confrontativa e mais direta por parte do terapeuta. Utilizam-se também nessa fase, técnicas de grupo e de aconselhamento. Uma vez o paciente desintoxicado, diagnosticado e motivado, já se observa eficácia na manutenção da abstinência, que deve ser monitorada pela feitura de screenings de drogas na urina duas vezes por semana. A maioria dos casos necessitará permanecer em tratamento por um ano ou mais, até que reúna condições de estabilidade para um trabalho orientado psicanaliticamente. Se for constatada a presença de comorbidade, esta deve ser tratada da forma mais conveniente, associando-se farmacoterapia e à psicoterapia. Da mesma forma, famílias disfuncionais deverão receber indicação de terapia familiar. As terapias seqüenciais, ou as combinadas, no tratamento das dependências químicas, são vistas como uma estratégia terapêutica.

Discussão

A partir do século XX, segundo dados epidemiológicos, os índices constatados no que se refere ao número de pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas é alarmante. Tanto no Brasil como no mundo, tem-se um crescimento importante de consumidores de álcool e outras drogas, principalmente na passagem entre a infância e a adolescência, sendo que entre os fatores que desencadeiam o uso de drogas pelos adolescentes, segundo pesquisas, são as emoções e os sentimentos associados a intenso sofrimento psíquico, como depressão, culpa, ansiedade exagerada e baixa auto-estima como os mais importantes. Nesse sentido, é possível constatar a grande relevância de estudos sobre a temática da dependência química, tanto em relação a métodos de prevenção, quanto em relação à compreensão teórica e abordagens terapêuticas para o tratamento.

No entanto, abordar sobre o uso de drogas não é falar apenas de uma questão biológica, mas sim é considerar um indivíduo que possui uma subjetividade, para quem a droga possui uma representação específica. Nos estudos já realizados sobre o tema, é consensual a dificuldade de trabalhar a questão das drogas sob um ponto de vista unilateral. Portanto, nota-se um esforço importante para compreender os motivos que levam o sujeito a usar drogas, os quais podem ter relação com aspectos tanto individuais e/ou familiares, quanto sociais. Sendo que, este uso pode se tornar abusivo e atingir uma

situação limite implicando em uma "escravidão" do indivíduo diante da droga.

Pensando nisso, a perspectiva psicodinâmica abordada na clínica da dependência química com enfoque psicanalítico, tornou-se uma ferramenta muito útil para conceitualização dos dependentes químicos, ajudando na formulação das estratégias efetivas e no aprofundamento da qualidade da recuperação desses pacientes, uma vez que os distúrbios emocionais e interpessoais, abordados nas terapias psicodinâmicas, são importantes precipitantes de "fissuras" e recaídas. Nesse aspecto, na maioria das vezes o psicoterapeuta funcionará como um primeiro dispositivo de continência, favorecendo o vínculo, oferecendo gradativamente um lugar de apoio a subjetividade, permitindo a emergência da angústia e a possibilidade do trabalho de elaboração psíquica. Através da relação terapêutica proporcionará um espaço para o fenômeno transferencial e análise de sua subjetividade, aspectos extremamente relevantes para a prevenção e a promoção de saúde.

De uma forma geral, observou-se nesta pesquisa que poucos autores arriscam-se a tecer considerações terapêuticas e aprofundar-se na temática, pois atualmente existe uma carência de trabalhos psicanalíticos produzidos referentes ao fenômeno transferencial vivenciado na clínica psicanalítica dos toxicômanos. No entanto, nos trabalhos acessados há uma quase unanimidade entre os psicanalistas em considerar a clínica da toxicomania como um dos grandes desafios lançados na contemporaneidade. Frente a isso, esta pesquisa pode oferecer uma pequena contribuição ao buscar algumas construções psicanalíticas a cerca da subjetividade do toxicômano e a constituição do campo transferencial com estes pacientes, propondo então pensar a prática na clínica com estes sujeitos.

Dessa forma, então se pode constatar que o papel do profissional psicoterapeuta é fundamental na compreensão dos aspectos subjetivos da dinâmica psíquica deste paciente dependente químico, pois através do entendimento psicodinâmico na prática clínica, o mesmo poderá conhecer e abordar junto com o paciente a forma de ele ver e interpretar o mundo, tanto objetivo quanto subjetivo e buscar a partir disso, desenvolver com o mesmo modos mais satisfatórios de relação consigo e com os outros.

As primeiras contribuições de valor psicodinâmico sobre a dependência química para o tratamento desses pacientes foram feitas por Sigmund Freud, formuladas no decurso de seus múltiplos estudos, nos quais já constatava que o uso de substâncias “tóxicas” tinha como objetivo evitar o sofrimento humano. Porém, ao longo dos anos surgiram muitas outras teorias, baseadas nesses estudos iniciais, ponto de partida de todo trabalho psicanalítico a cerca da dependência química.

A partir disso, observa-se que vários são os autores que referem sobre a droga como um objeto de consumo, capaz de proporcionar a obtenção rápida e fácil de prazer.

Nessa perspectiva, as drogas são concebidas como sendo uma das formas pelas quais o sujeito pode evitar ter de voltar a confrontar-se com a castração, obstruindo assim a angústia que surgiria como resultado lógico do seu encontro com o desejo do Outro, desejo que enquanto tal é marcado pela impossibilidade da existência de um objeto que o satisfaça por completo (Gurfinkel, 1995).

Outros autores trazem a idéia que definiria o sujeito toxicômano como aquele que tentaria, por meio da droga, fugir das determinações impostas pelas exigências e pelos ideais sociais (também ditos fálicos), com um gozo do corpo que, se não é limitado pela intermediação da linguagem e através da simbolização dos limites, só pode ser limitado pela morte, daí a propensão conhecida dos toxicômanos aos riscos da overdose. Como as aquisições provenientes do princípio da realidade são justamente as funções psíquicas deficientes no toxicômano, na literatura se descreve a intolerância e a incapacidade de espera, a insuportabilidade à frustração que dificultam o desenvolvimento do pensamento (processo secundário), a redução das representações verbais e o aumento das atuações, potencializando o processo regressivo.

Constata-se através das contribuições psicanalíticas contemporâneas, que as interpretações psicanalíticas iniciais que todo abuso de substâncias seriam regressões a uma fase oral do desenvolvimento sexual foram, atualmente substituídas por uma compreensão de que a maioria das drogas agiriam de uma forma mais adaptativa e defensiva do que regressiva. Assim, a dependência psicológica ao efeito da droga proporcionaria ao sujeito um afastamento narcísico da realidade, que lhe parece

insuportável e precisa ser negada, uma tendência a não assumir responsabilidades, uma recusa a pensar e encontrar alternativas, dificuldade de verbalizar e por fim, um agir impulsivamente o que acarretaria em dificuldades para procurar e manter o tratamento.

O indivíduo procura então, através dos mecanismos de idealização, identificação com o objeto idealizado, controle onipotente dos objetos e da negação da ansiedade evitar a frustração. O efeito farmacológico das drogas reativaria a crença narcisista do paciente em sua invulnerabilidade e imortalidade. A droga simboliza o objeto ideal, que concretamente pode ser incorporado.

Outro aspecto destacado por alguns autores como Conte (2000), Chaves (2006) e Gurfinkel (1995) é a predominância de uma organização muito primitiva, caracterizada por uma relação indiferenciada entre eu e objeto, que origina a toxicomania, aproximando-se da simbiose e do autismo, em que existe uma indiferenciação eu/objeto. Trata-se assim, de conservar o princípio do prazer e de defender os objetos da intromissão da realidade externa. Assim, o luto nunca elaborado pela separação e aceitação da realidade conduz a uma repetição fracassada e compulsiva na tentativa de restituição do narcisismo primitivo ferido nas suas bases. Nesse sentido, também observa-se a dificuldade de consolidar uma imagem de si em relação ao seu próprio corpo e dele com o mundo.

Outro ponto é a relação entre sintomas psiquiátricos e uso da droga, que tem sido definida com a hipótese da “automedicação” para lidar com o seu ambiente interno e externo, a droga como forma de auto-regulação para contrabalancear ansiedade, depressão, sentimentos de raiva e desconforto subjetivo tem sido mencionada por alguns autores incluindo Gabbard (1998). O prejuízo no autocuidado resultaria então de distúrbios precoces do desenvolvimento que levariam a internalização inadequada de figuras parentais, deixando a pessoa adicta sem capacidade de autoproteção resultando num prejuízo no julgamento sobre perigos do abuso de drogas. Nesse sentido, é apontado por eles a percepção de que usuários de drogas, por meio do uso de substâncias, buscariam um controle e não a erradicação de seus sentimentos assim, o alívio seria através do reconhecimento de uma condição “controlável” da expressão de sentimentos.

Corroborando Jeammet (2005) considera que a conduta adictiva pode ser entendida

a partir da necessidade de um suporte na realidade externa intrapsíquica no qual o sujeito busca um equilíbrio que não encontra em seus recursos internos, pois não foram desenvolvidos devidamente nas relações primárias, assim produzido uma falha na interiorização do papel do cuidador e de si mesmo. Nesse ponto, observa-se com clareza a destrutividade e a violência da pulsão de morte implicadas, aspecto este que também tem correlação entre a predileção por um tipo de droga e a tendência por uma forma de organização defensiva.

Assim, tem-se dentre os autores psicanalíticos contemporâneos abordados, diferentes relações na conduta adictiva como uma busca na conservação do princípio do prazer, outros fazem uma leitura de uma tentativa de tornar-se independente, ou distanciar-se da realidade intrapsíquica, defesa contra quadros de melancolia, automedicação, prolongamento de um eu/objeto não estabelecendo a importante diferenciação, substituição de estruturas psíquicas deficientes, como um impulso autodestrutivo e assim por diante.

A partir disso, constata-se que o analisando no processo analítico vivencia continuamente uma forte carga emocional investida na pessoa do analista, nesses casos é comum que o paciente reviva suas experiências afetivas, não como uma percepção de como se estivesse reproduzindo experiências de antigas vivências equivalentes, mas sim está havendo de fato um “amor ou ódio” pelo analista, por exemplo. Portanto, em relação aos aspectos da transferência, o paciente vivencia com a pessoa do analista, na experiência emocional da relação analítica, todas as „representações” que ele tem de seu eu, que a partir da compreensão da metapsicologia freudiana podemos então pensar sobre a dinâmica do sujeito toxicômano com o objeto droga.

Alguns autores destacam que o vínculo inicial é extremamente frágil devido à negação e onipotência do abuso de drogas. Nesse sentido, observou-se entre os autores que 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. Nesse momento, é unânime o que os autores referem sobre uma posição de ambivalência entre o desejo por usar a droga e a vontade de parar. Indicando uma expectativa ilusória, frente ao terapeuta, de voltar ao momento em que não usava a droga ou que a controlava como sendo então a solução perfeita de seus problemas.

Essa realidade psíquica do dependente de drogas dominada por uma forte experiência de ambivalência reproduzida durante a sessão com o terapeuta, é relacionada por alguns autores, a imagem da mãe, posteriormente estendida à droga e a outras pessoas do seu círculo de relações, pois ao mesmo tempo em que o adicto clama pelo amor objetal da mãe, ele o despreza e liga isso ao fim do efeito da droga, uma vez que, além da garantia do prazer (aproximação da mãe), o usuário também tem a garantia do pós-efeito (distanciamento).

Constata-se também através dos autores pesquisados, que na fala do paciente predomina o relato de um sofrimento apenas pela falta química e a dor física, que acaba por se configurar como uma estratégia de proteção contra a angústia e a depressão. Neste momento, é necessário que o terapeuta fique atento ao lugar que o paciente o coloca transferencialmente, na maioria das vezes como o ser que tudo sabe, frente ao toxicômano que continua passivo, sem se implicar travando uma luta imaginária para saber quem tem razão. Em meio a isso, também na relação terapeuta e paciente predomina em muitos momentos um vínculo baseado na fusão e não na ligação, como seria indicado, como também de um controle onipotente sobre o objeto advindo da relação materna como repetição desse vínculo primeiro na transferência, marcado pelos aspectos como ausência e intrusão, desamparo e desesperança, o que exige do terapeuta delicadeza e paciência. Este aspecto transferencial é consequência de uma extrema fragilidade egóica, exigindo do terapeuta uma mudança na escuta e no *setting* psicanalítico, tais como flexibilidade para modular a relação, nem tão próximo nem tão distante.

Outra característica do vínculo transferencial observada, é do tipo que o toxicômano coloca o terapeuta em uma posição superegórica, de quem vai tirá-lo da dependência das drogas e intermediar através de uma fiscalização e um julgamento, posição ocupada geralmente pelos membros da família do toxicômano e transferida, por identificação projetiva, para o analista. Este fato, de colocar o terapeuta como um juiz, reflete sua dificuldade na relação com a lei de lidar com limites que esta impõe. Porém, se o terapeuta ao invés de incorporar este papel, pudesse então promover uma reflexão sobre seus próprios atos, convocando o paciente a participar de seu próprio destino, poderia evidenciar que ele é responsável pela sua trajetória segue então ajudá-lo a questionar sobre a posição atualmente ocupada em relação à droga. É importante que o terapeuta nesse

ponto, através da função analítica se coloque ao lado do paciente, não rivalizando ou ditando o certo e o errado, mas sim junto com o paciente crie um espaço de fala sobre seus pensamentos, sentimento e atos em relação ao uso de drogas.

Considerações finais

Finalizando este artigo pode-se concluir que, um ponto fundamental na clínica com toxicômanos e requisito para que a motivação para o tratamento se instale é torná-lo participante deste processo, recuperar o simbólico, a palavra e a subjetividade, para que este deixe a posição de vítima e pense sobre a sua participação na desordem da qual se queixa, implicando assim o sujeito em seu próprio sofrimento. É preciso que o terapeuta se coloque enquanto presença e garanta um espaço de continência, na relação transferencial, para que o sujeito possa suportar passar por essa dor que se apresenta em seu corpo real, oferecendo-lhe sustentação para não desmoronar.

O terapeuta precisa trabalhar na construção de novos sentidos e abrir espaço para outras interpretações favorecendo o trabalho associativo do sujeito, através do estímulo ao seu poder imaginativo, favorecendo a criação de um sistema simbólico e acolhendo o evento somático (sintomas físicos). Muitas vezes, na relação transferencial observa-se que paciente coloca-se em uma posição de antagonismo ao terapeuta, em defesa da sua relação com a droga o deixa numa posição de mecânico de seu próprio corpo, portanto na clínica com estes pacientes o terapeuta precisa ficar em uma posição de espaço intermediário não cedendo às demandas imediatas nem permanecendo em um silêncio absoluto. É importante que o terapeuta assuma uma função de continente dos aspectos e forças pulsionais, procurando lhe dar nome e sentido, através do trabalho de escuta e interpretação das demandas do mesmo, acolher e nomear as sensações que se passam no corpo do paciente, uma operação de libidinização, aberto a abordagem psicanalítica.

Assim, no trabalho analítico é necessário possibilitar junto ao paciente, a perda da intensidade do vínculo com o produto droga e então se abrir espaço para o investimento erógeno no vínculo transferencial. Dessa forma, o vínculo transferencial se dará necessariamente em torno da questão que será retomada: qual o lugar que este sujeito ocupa em relação ao outro (droga). Quando o toxicômano compromete-se com seu

tratamento, na maioria das vezes ele estabelece um tipo de transferência muito intenso, obtendo significativa evolução.

Portanto, tanto a sala de análise em consultórios quanto em instituições de tratamento, unidades hospitalares ou espaços que servem para recuperação e tratamento de pacientes que tenham dependência química, servem como algo que proporciona uma reorganização do psiquismo do sujeito, o qual se encontra-se deficitária, tanto quanto sua consciência crítica sobre a toxicomania. As instituições de forma externa priorizam uma segurança, fazem o papel de um vigia, proporcionam uma proteção, ou seja, um superego e ideais que são falhos em si. Essa função estruturante para o psiquismo do sujeito, observada através do funcionamento da instituição e prática clínica também nos consultório, promovem a construção de um novo espaço invariável, estável e confiável, onde o sujeito pode depositar toda sua fragilidade e sofrimento, mostrando sua dependência absoluta, característica das primeiras relações objetais e obter ajuda para uma re-construção de sua história.

Finalizando, notou-se através desta pesquisa que as contribuições dos psicanalistas citados encontram suporte nos estudos prospectivos sobre fatores de risco e proteção, estabelecendo uma relação clara entre a vivência psíquica dos cuidados parentais e a função da droga no contexto afetivo das relações de cada paciente. As evidências clínicas também indicam a hipótese de que o comprometimento de aspectos da função paterna, que inclui o monitoramento e definição dos limites, pode ser um fator preponderante para o desencadeamento e manutenção da dependência química. No entanto, a identificação do indivíduo de risco e a função do uso de álcool ou drogas, como a definição do melhor tratamento ainda são assuntos bastante complexos e alvo de muitas discussões. Algumas características de risco podem auxiliar os trabalhos preventivos e de triagem para minimizar esse problema.

Pelo exposto nesta revisão, ainda ficou evidente que a tarefa de tratar o dependente químico é complexa, essa proposta é de difícil consecução e muitas vezes, pode ser mais indicado um trabalho com uma equipe de diferentes profissionais da área da saúde, que possa tratar esses problemas em conjunto. Assinala-se ser indicado, após um período sustentável de manutenção da abstinência e quando o paciente desejar e puder, a

subseqüente psicoterapia de orientação analítica, ou mesmo psicanálise, para a elaboração da relação simbiotizada e dos aspectos narcísicos rumo a uma relação de objeto independente.

Referências

Birman, J. (2001). *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Conte, M. (2000). *A clínica psicanalítica com toxicômanos: o corte e costura no enquadre institucional* – Tese de Doutorado não publicada, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2000.

Chaves, E. (2006). *Toxicomania e transferência*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Universidade Católica de Pernambuco, Recife.

Fernades, M. H. (1993). *Corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993.

Fontanella, B.J.B.& Turato, E.R. (2010). *Doctor-patient relationship barriers to substance dependents seeking treatment*. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, - Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2010

Gabbard, G. (1998). *Psiquiatria Psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed.

Gurfinkel, D. (1995). *A pulsão e seu objeto-droga: estudo psicanalítico sobre a toxicomania*. Petrópolis: Vozes.

Jeammet, P.& Corcos, M. (2005). *Novas problemáticas da adolescência: evolução e manejo da dependência*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Laplanche, J.& Pontallis, J.B. (1991). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

Olievenstein, C. & Parada, C. (2002). *Droga, adolescente e sociedade: como um anjo canibal*. Trad. José Luís Godinho. Lisboa: Instituto Piaget.

Artigos

Pechansky, F. & Luborsky, L. (2005). Abordagem psicodinâmica do paciente dependente químico. In: Eizirik, C.L.; Aguiar, R. W. de; Schestatsky, S.S. (Orgs.). *Psicoterapia de orientação analítica*. 2^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2005, p 778-788.

Pimenta, S. N.; Cremansco, M. V. F.; Lesourd, S. (2011). Clínica da toxicomania: uma expressão melancólica? *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 252-267, junho 2011

Rosenfeld, H. (1968). *Os estados psicóticos*. Rio de Janeiro: Zahar Ed.

Santos, C.E.; Costa-Rosa, A.(2007). A experiência da toxicomania e da reincidência a partir da fala dos toxicômanos. *Est. Psicol*, Campinas, v. 24, n.4, Out./Dec. 2007.

Svartman, M.C. (2008). *Grupo de profissionais em uma empresa: uma experiência psicanalítica*. Dissertação de metrado / PUC. Campinas: PUC, 2008.

Toscano JR., A. (2001). *Um breve histórico sobre o uso de drogas*. São Paulo: Atheneu.

Washton, A. M. *Prática psicoterápica eficaz dos problemas com álcool e drogas*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

Kessler, F. S. *et al.* (2003). Psicodinâmica do adolescente envolvido com drogas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 25, supl. 1, Apr. 2003

Venosa, P. A. S. (2011). Grupos psicoterapêuticos de mulheres dependentes químicas: questões de gênero implicadas no tratamento. *Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*. Jan.-Jun. 2011 Vol. 12, No. 1, pp. 56