

# CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS SOBRE A TRANSFERÊNCIA NA TOXICOMANIA

## PSYCHOANALYTIC CONSIDERATIONS ON THE TRANSFER ON DRUG ADDICTION

ELAINE ROMEIRO VIDIGAL<sup>1\*</sup>, FRANCIELLE GONZALEZ CORREIA GOMES<sup>2</sup>

1. Acadêmica do curso de graduação em Psicologia da Faculdade Ingá; 2. Mestre em Psicologia (Psicologia Clínica) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil (2009). Docente da graduação de Psicologia da Faculdade Ingá, Brasil.

\* Rua Jose Vilhena da Silva, n. 365, Centro. Ângulo, Paraná, Brasil. CEP 86755000. [laine\\_vidigal@hotmail.com](mailto:laine_vidigal@hotmail.com)

Recebido em 03/09/2015. Aceito para publicação em 15/12/2015

### RESUMO

O presente artigo tem por objetivo abordar a transferência na toxicomania, analisando como é este processo entre o analista e o paciente. Assim, serão abordados os principais aspectos da transferência na toxicomania numa compreensão psicanalítica e evidência dos aspectos transferenciais do sujeito adicto, a partir da pesquisa bibliográfica. Busca-se, portanto, responder a indagação: como ocorre a transferência na toxicomania? Levando em consideração, que muitas vezes a busca pela análise do sujeito toxicômano ocorre por meio de pessoas próximas, ou através de medidas legais, o caminho terapêutico tende a ser mais tortuoso assim como a dificuldade encontrada pelo analista e analisante na relação transferencial. Entretanto, não há caminho analítico sem intempéries, e em grande maioria a descoberta de si leva ao sofrimento. O trabalho está dividido, onde num primeiro momento é introduzido o tema e retomado o conceito de transferência, em seguida uma breve discussão sobre a perspectiva psicanalítica, e após algumas considerações sobre a toxicomania. Logo, discorre-se sobre os aspectos transferenciais na toxicomania e a relação paciente-analista, e por fim as considerações sobre o que foi elencado bibliograficamente, e as conclusões obtidas diante do tema.

**PALAVRAS-CHAVE:** Psicanálise, Transferência, Toxicomania, Sujeito Adicto.

### ABSTRACT

This article aims to address the transfer of drug addiction is analyzing how this process between analyst and patient. Thus, the main aspects of the transfer of drug addiction will be addressed in a psychoanalytic understanding and disclosure of transference aspects of the addict from the literature. Search, therefore, to answer the question on how the transfer occurs in drug addiction? Taking into account that often the search through the analysis of the drug addict occurs through close people, or through legal action, the therapeutic approach tends to be more devious, as well as the difficulties encountered by the analyst and analysand in the transference relationship. However, there is no analytical way without bad weather, and in the vast majority of self-discovery leads to suffering. The

work is divided at first moment introduces the topic and resumes the concept of transference according to psychoanalytic perspective, after brief consideration of drug addiction, then it talks about the transference aspects of drug abuse and the patient-analyst relationship, and finally the considerations of what was part listed bibliographically, and the conclusions on the subject

**KEYWORDS:** Psychoanalysis, Transfer, Drug addiction, Subject addict.

### 1. INTRODUÇÃO

O uso de entorpecentes e substâncias viciantes, como o álcool, remonta ao início da civilização. Escocotado (1997)<sup>1</sup> menciona a cocaína usada pelos incas, para os quais as folhas de coca constituíam símbolos divinos, e o fato dos russos punirem com tortura quem ingerisse café, o que era considerado crime. Desta forma, o uso e abuso de substâncias consideradas como drogas são características da história da humanidade.

Com a constante e abusiva utilização de substâncias ilícitas nos dias atuais, faz-se necessário conhecer as relações do ser humano com as drogas e as muitas interpretações a estas dadas, com base em épocas e contextos sociais diferentes<sup>2</sup>. Assim, como objetivo primordial do trabalho busca-se, através de um levantamento bibliográfico, compreender como ocorre a transferência entre analista e paciente na toxicomania, além de se discutir sobre o que é a transferência segundo a psicanálise, discorrer sobre o conceito de toxicomania, assim como, apontar seus aspectos transferenciais. E responder ao seguinte questionamento: como ocorre a transferência na toxicomania?

Conte (2003)<sup>3</sup>, diz que o psicanalista possui importância, uma vez que, ao mesmo tempo em que não compactua com a ideologia e a atitude repressiva da higiene social e do moralismo tradicional com os quais a sociedade trata os usuários de drogas, não perde de vista a conotação transdisciplinar do

problema, de forma que não fecha os olhos para nenhum dos aspectos mencionados.

Ressalte-se a importância da elaboração do presente trabalho no sentido de uma colaboração acadêmica àqueles que buscam a compreensão psicanalítica da transferência na toxicomania, na tentativa de compreensão da dinâmica de personalidade dessas pessoas e o modo como se relacionam com o tratamento e o psicanalista, de forma a tornar-se material de referência para a pesquisa científica.

O trabalho conta com uma breve consideração sobre a transferência, em seguida é descrito sobre as características da toxicomania segundo a abordagem psicanalítica, após é realizada uma breve discussão sobre o fenômeno transferencial na toxicomania, por fim, realizado algumas considerações sobre o tema.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Gil (2006, p. 44)<sup>4</sup> aponta que, “a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”.

Desta forma, o trabalho é desenvolvido através de pesquisa bibliográfica, em que os textos são encontrados na literatura já existente sobre o tema pretendido, a transferência na toxicomania, por meio da análise crítica, metódica e ampla, tais como: artigos de periódicos, doutrinas e livros, bem como sites de fomento à pesquisa científica, disponível em banco de dados. Através das palavras chave Toxicomania, Psicanálise, Transferência foram elencados artigos científicos no Google Acadêmico, e destes foram selecionados 8 (oito) artigos, além de clássicos sobre os temas. Portanto através do levantamento de materiais produzidos literariamente, objetiva enriquecer a discussão e ampliar a base do conhecimento sobre o tema pretendido, isto é, sobre a transferência na toxicomania.

## 3. DESENVOLVIMENTO

### Da transferência

Falar de transferência é falar de afeição, das raízes de nossa afetividade, transferidas e atualizadas a cada vivência. Assim é possível dizer que a transferência está presente em todas as relações humanas baseadas em afeto<sup>2</sup>.

No que diz respeito à clínica psicanalítica, entretanto, valores e conceitos foram delimitados, reconstruídos e redefinidos na obra de Freud, cuja primeira definição foi a de “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”<sup>5</sup>.

Em seu texto clássico intitulado: *A dinâmica da transferência*, que trata do aspecto teórico deste con-

ceito, Freud (1912)<sup>5</sup> nos diz que, a transferência é necessariamente ocasionada durante o tratamento psicanalítico e também em outras formas de tratamento.

Ele afirma que o indivíduo, através da ação de sua constituição inata e das influências que sofreu nos primeiros anos de sua infância, estabelece “um método específico próprio de conduzir-se na vida erótica – isto é, nas condições para enamorar-se que estabelece nos instintos que satisfaz e nos objetivos que determina a si mesmo no decurso daquela”<sup>5</sup>.

Assim ele afirma que se produz um modelo, ou vários deles, que são constantemente repetidos, reimpresos, durante a vida de uma pessoa, na medida em que as circunstâncias externas permitam, sendo que estes modelos não seriam inteiramente incapazes de mudar frente a novas experiências.

Freud (1912)<sup>5</sup> prossegue dizendo que suas observações demonstram que apenas uma parte dos impulsos que determinam o curso da vida erótica passou por todo o processo de desenvolvimento e se acha dirigido a realidade, estando à disposição da personalidade consciente e fazendo parte dela.

A outra parte dos impulsos libidinais, foi retida no curso do desenvolvimento, mantida afastada da personalidade consciente e da realidade. Ela foi “... impedida de expansão ulterior, exceto na fantasia, ou permaneceu totalmente no inconsciente, de maneira que é desconhecida pela consciência da personalidade”<sup>5</sup>.

Assim, Freud (1912)<sup>5</sup> afirma que se a necessidade que alguém tem de amar não é inteiramente satisfeita pela realidade, onde este indivíduo está fadado a se aproximar de cada nova pessoa que encontra com ideias libidinais antecipadas.

Seria então normal que a catexia libidinal de alguém que se acha parcialmente insatisfeito, e que estaria pronta por antecipação, se dirija também para a figura do médico. Assim sendo, durante o tratamento psicanalítico, os pacientes incluem a figura do analista em um dos modelos de relacionamento que possuem em seu psiquismo, geralmente ligam-no às imagens paternas, maternas ou fraternas. Freud diz que “... a catexia incluirá o médico em uma das séries psíquicas que o paciente já formou”<sup>5</sup>.

Afirma também que a transferência se torna compreensível pelo médico, apesar de suas peculiaridades que excedem tudo o que se possa entender por sensato e racional, na medida em que este tem em mente que ela é formada não só pelas ideias antecipadas conscientes do paciente, mas também por aquelas que foram retidas ou que são inconscientes.<sup>5</sup>

Freud (1912)<sup>5</sup> se questiona acerca do porquê, na análise, que a transferência surge como a resistência mais poderosa ao tratamento enquanto fora dela deve ser encarada como veículo de cura e condição de sucesso. Ele diz então que a transferência pode ser positiva ou

negativa. Ela é positiva quando o paciente transfere à figura do analista, sentimentos afetuosos. Negativa quando transfere a estes sentimentos hostis. A transferência positiva ainda pode ser subdividida em transferência de sentimentos amistosos e transferência de sentimentos eróticos:

Assim, a solução do enigma é que a transferência para o médico é apropriada para a resistência ao tratamento apenas na medida em que se tratar de transferência negativa ou de transferência positiva de impulsos eróticos reprimidos. Se “removermos” a transferência por torná-la consciente, estamos desligando apenas, da pessoa do médico, aqueles dois componentes do ato emocional; o outro componente admissível à consciência e irrepreensível, persiste, constituindo o veículo de sucesso na psicanálise, exatamente como o é em outros métodos de tratamento. (“...”) Cuidamos da independência final do paciente pelo emprego da sugestão, a fim de fazê-lo realizar um trabalho psíquico que resulta necessariamente numa melhora constante de sua situação psíquica (FREUD, 1912; p. 117)<sup>5</sup>.

Freud (1912)<sup>5</sup> afirma ainda que a transferência negativa mereça um exame mais detalhado e que ela se apresenta lado a lado com a transferência afetuosa nos tipos curáveis de neurose. Ele diz que Bleuler adotou o termo ambivalência para designar este fenômeno, sendo esta a melhor explicação para a habilidade dos neuróticos em colocar as transferências a serviço da resistência.

Segundo Freud (1912)<sup>5</sup> o paciente em análise é arremessado para fora de sua relação real com o médico assim que entra em cena qualquer resistência transferencial considerável, sentindo-se livre para desprezar as normas do tratamento, esquecendo as razões pelas quais iniciou o mesmo e desprezando as interpretações do analista.

Ele diz que ao adentrarmos no inconsciente do paciente, as reações que provocamos revelam algumas das características que aprendemos a partir dos sonhos:

Os impulsos inconscientes não desejam ser recordados da maneira pela qual o tratamento quer que o sejam, mas esforçam-se por reproduzir-se de acordo com a atemporalidade do inconsciente e sua capacidade de alucinação. (...) esta luta entre o médico e o paciente, entre o intelecto e a vida instintual, entre a compreensão e a procura da ação, é travada, quase exclusivamente, nos fenômenos da transferência. É nesse campo que a vitória tem de ser conquistada — vitória cuja expressão é a cura permanente da neurose.<sup>8</sup>

Por fim Freud (1912)<sup>5</sup> nos lembra, acerca da dificuldade de controlar os fenômenos da transferência, mas acrescenta que são exatamente eles que colocam a disposição do analista de forma imediata e manifesta os impulsos eróticos ocultos e esquecidos do paciente.

Em seu texto *Observações sobre o amor transferencial (Novas recomendações sobre a técnica da psi-*

*canálise III)* Freud (1914)<sup>6</sup> fala basicamente acerca da transferência erótica atuando enquanto resistência ao tratamento psicanalítico.

Ele afirma que diante da situação em que uma paciente se declara apaixonada por seu médico existem vários desfechos possíveis, dentre eles, o de o tratamento ser interrompido devido a esta paixão. Acerca disto Freud (1914)<sup>6</sup> menciona que quando o tratamento é interrompido por conta da paixão do paciente por seu médico, o estado do paciente o obriga a procurar por outro médico a fim de tratar-se. O que acontece é que o paciente se enamora deste outro médico também, e assim sucessivamente.

Sob o ponto de vista do médico, diz Freud (1914)<sup>6</sup> isto seria muito esclarecedor. Este deve reconhecer que o enamoramento do paciente é devido à situação analítica e não deve ser atribuído aos encantos de sua própria pessoa.

Já no caso do paciente Freud (1914)<sup>6</sup> afirma que o fato deste se apaixonar por seu médico na transferência não traz nenhuma vantagem ao tratamento. Ele afirma:

Por mais dócil que tenha sido até então, ela (paciente) repentinamente perde toda a compreensão do tratamento e todo o interesse nele, e não falará ou ouvirá a respeito de nada que não seja o seu amor, que exige que seja retribuído. Abandona seus sintomas ou não lhes presta atenção; na verdade declara que está boa. Há uma completa mudança de cena; é como se uma peça de fingimento houvesse sido interrompida pela súbita irrupção da realidade — como quando, por exemplo, um grito de incêndio se erguer durante uma representação teatral. Nenhum médico que experimente isso pela primeira vez achará fácil manter o controle sobre o tratamento analítico e livrar-se da ilusão de que o tratamento realmente chegou ao fim.<sup>6</sup>

Freud (1914)<sup>6</sup> prossegue sua exposição dizendo que tudo que interfere na continuação do tratamento pode ser uma expressão da resistência e declara que o enamoramento do paciente por seu médico é uma expressão desta. Ainda mais porque esta paixão acontece, em geral, quando o médico está tentando fazer o paciente admitir ou recordar algo aflitivo e pesadamente reprimido da história de sua vida.

Freud (1914)<sup>6</sup> menciona ainda que esta situação tão delicada e complicada possui motivos relativos ao enamoramento e outros que se devem à resistência.

Podem ser atribuídos ao enamoramento os esforços da paciente em certificar-se de sua irresistibilidade, em destruir a autoridade do médico rebaixando-o ao nível de amante e em conquistar todas as outras vantagens prometidas que são incidentais à satisfação do amor.

À resistência pode ser atribuída a declaração de amor da paciente como meio de colocar à prova a severidade do analista, de maneira que se ele mostra sinais de

complacência pode esperar ser chamado à ordem por isso.

Por fim Freud (1914)<sup>6</sup> afirma que se fica com a impressão de a resistência agir como um *agent provocateur* intensificando o estado amoroso da paciente e exagerando sua disposição à rendição sexual, a fim de justificar ainda mais enfaticamente o funcionamento da repressão ao apontar os perigos de tal licenciosidade.

Em relação a como lidar diante de tal situação Freud (1914)<sup>6</sup> prossegue afirmando que a técnica do tratamento psicanalítico exige do médico que ele negue à paciente que anseia por amor, a satisfação que ela exige. Ele afirma que se deve permitir que às necessidades e anseios dos pacientes persistam, para que sirvam de forças para trabalhar e efetuar mudanças e, os médicos, devem cuidar de apaziguar essas forças por meio de substitutos.

Por outro lado, ele diz que se o médico decidisse retribuir o amor da paciente e acalmar sua necessidade de afeição isso seria um grande triunfo para ela, mas uma derrota para o tratamento.<sup>6</sup> Ela teria tido êxito em atuar, em repetir na vida real o que deveria apenas ter lembrado, reproduzido como material psíquico e mantido na esfera dos eventos psíquicos.

Freud (1914)<sup>6</sup> diz então que o caminho que o analista deve seguir é:

... um caminho para o qual não existe modelo na vida real. Ele tem de tomar cuidado para não se afastar do amor transferencial, repeli-lo ou torná-lo desagradável pela paciente; mas deve, de modo igualmente resolutivo, recusar-lhe qualquer retribuição. Deve manter um firme domínio do amor transferencial, mas trata-lo como algo irreal, como uma situação que se deve atravessar no tratamento e remontar às suas origens inconscientes e que pode ajudar a trazer tudo que se acha muito profundamente oculto na vida erótica da paciente para sua consciência e, portanto, para debaixo de seu controle. Quando mais claramente o analista permite que se perceba que o analista está a prova de qualquer tentação, mais prontamente poderá extrair da situação seu conteúdo analítico.<sup>6</sup>

Freud (1914)<sup>6</sup> diz também que haverá uma classe de pacientes que não toleram substitutos e com os quais não se conseguirá êxito no tratamento sendo que em relação a estes a única coisa que se pode fazer é “resolver na própria mente o problema de como é que uma capacidade de neurose se liga a tão obstinada necessidade de amor”<sup>6</sup>. Já os outros pacientes podem ser gradativamente levados a adotar a atitude analítica.

Ele diz que o que se faz nesses casos é apontar para o paciente o elemento de resistência desse amor, dizendo que o paciente está expressando uma resistência sob o disfarce de estar enamorada de seu analista. Ele diz também que se deve mostrar ao paciente como seu amor

não se origina na situação atual, mas é uma repetição de reações anteriores, inclusive infantis e que isto ficará claro no decorrer da análise.

Outro texto importante que diz respeito à técnica da psicanálise e que, embora não trate a questão da transferência de forma específica, oferece elementos para sua compreensão é o texto intitulado *Recordar, refletir e elaborar*.

Neste texto Freud (1914)<sup>7</sup> nos fala que durante o tratamento ocorre que o paciente é incapaz de recordar certos aspectos de sua vida, pois estão atuando sobre eles as forças da repressão, e que ao invés de recordar, o paciente repete, ou seja, atua sem se dar conta de que está repetindo. Diz também que a transferência nada mais é do que um fragmento desta repetição e que ao que se refere à resistência temos que quanto maiores elas forem mais a atuação substituirá a recordação.

Freud (1914)<sup>7</sup> nos diz que o analista deve se esforçar para manter na esfera do psíquico as recordações do paciente ao invés de desejar que este atue, porém que necessariamente o paciente repetirá, no contexto do tratamento, todas as suas inibições, suas atitudes inúteis e seus traços patológicos de caráter. Pelo adequado manejo da transferência, isto é, quando o paciente não puder usá-la como resistência, o analista estará em condições de evitar que o paciente repita questões importantes e apenas recorde-as fornecendo assim mais material para o tratamento.

Com as repetições do paciente no tratamento o analista poderá dar a elas um novo significado transferencial, diz Freud (1914)<sup>7</sup> o que substitui a neurose real do paciente por uma neurose artificial (de transferência) da qual pode ser curado pelo trabalho terapêutico. A transferência proporciona então que estes novos significados sejam transferidos para a vida real do paciente e que este seja efetivamente curado.

Por fim Freud (1914)<sup>7</sup> afirma que o paciente precisa passar por um processo de elaboração, ou seja, precisa se familiarizar com as questões trazidas pelo tratamento, sobretudo as que se referem à resistência. O analista deve entender que não é suficiente dar nome a resistência, o paciente precisará de tempo para poder elaborá-la e supera-la conforme continua o tratamento, no entanto, é necessariamente esta etapa do tratamento que efetua as maiores mudanças no paciente e que o diferencia dos tratamentos por sugestão.

### **A Toxicomania numa compreensão psicanalítica**

Freud (1996[1930])<sup>9</sup> entendia que para que as civilizações e o psiquismo fossem desenvolvidos, era necessário impor sacrifícios à sexualidade e agressividade constituintes do humano, de modo que a vida se torna muito dura. Para suportar esses sacrifícios, faz-se necessário utilizar-se de medidas paliativas, que

Freud tipifica em três: os derivativos poderosos, as satisfações substitutivas e as substâncias tóxicas.

Para Freud (1996 [1930], p. 86)<sup>9</sup>, a maneira mais acessível e eficaz de se evitar tal sofrimento, seriam as substâncias tóxicas, tendo em vista sua ação sobre as químicas orgânicas do corpo humano, deixando os usuários insensíveis à própria desgraça. Para o autor, o sofrimento nada mais seria do que uma sensação, de modo que só existe se o sentirmos, e essa sensação está relacionada à regulação do organismo humano. "Certas substâncias tóxicas quando presentes no sangue ou tecidos provocam em nós, diretamente, sensações prazerosas, alterando tanto também as condições que dirigem nossa sensibilidade, que nos tornamos incapazes de receber impulsos desagradáveis"<sup>9</sup>.

As drogas seriam, então, a maneira pela qual o sujeito pode libertar-se temporariamente de uma castração provocada pelo sofrimento do peso da realidade, pelas renúncias inerentes à civilização, como as da sexualidade e agressividade. Assim, o sujeito pode evitar "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"<sup>10</sup>.

Portanto, a psicanálise, entende que aquele que busca as drogas como recurso busca, na verdade, uma "resposta possível do sujeito ao mal-estar que é inerente tanto ao processo de formação das sociedades e culturas como também à própria constituição psíquica do ser humano"<sup>9</sup>.

Ribeiro (2009)<sup>10</sup> observa o pensamento de Lacan, em que o prazer oriundo da intoxicação pode ser comparado ao gozo, porém desassociado do falo. Tratar-se-ia da utilização das drogas como forma de permitir ao sujeito romper com o gozo fálico<sup>1</sup>.

Outra diferenciação é feita no documento DSM IV (1994)<sup>11</sup>, que divide em sete os critérios clínicos para definir, entre os usuários de drogas, aquele que é verdadeiramente toxicômano, a saber: tolerância, abstinência, consumo maior que o pretendido de início, perda de controle, dispêndio de muito tempo para a substância, relevância do uso e fracasso do indivíduo em abster-se da sua utilização.

É necessário fazer uma diferenciação das formas de consumo de drogas existentes na contemporaneidade. Ribeiro (2009)<sup>10</sup> aponta que, em estudo recente, encomendado pela UNESCO, há a distinção de quatro tipos de usuários de drogas, a saber: 1) o experimentador, que experimenta um ou vários tipos de drogas, mas seu contato se restringe às primeiras experiências; 2) o ocasio-

nal, que utiliza uma ou várias drogas de vez em quando, sem, no entanto, apresentar dependência; 3) o habitual, que faz uso frequente, mas ainda "funciona" socialmente; e o 4) dependente. O verdadeiro toxicômano é aquele que se enquadra no quarto tipo de usuário, que "vive pela e para as drogas e seus vínculos sociais são por elas bastante prejudicados ou até mesmo rompidos"<sup>10</sup>.

### **Aspectos transferenciais do sujeito adicto: toxicomania e analista**

Quando se pensa no atendimento clínico das toxicomanias, é importante ter clara a relação existente entre paciente e a droga, já que na toxicomania o uso ilimitado e a montagem perfeita entre droga e sujeito dificulta o intermédio da palavra, assim como, a relação transferencial entre analista e sujeito.<sup>2</sup> Chaves (2006, p.119)<sup>2</sup> acentua que,

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<sup>1</sup>.

Em vista disso, Santiago (2001)<sup>13</sup> argumenta que se há um sujeito que ali fala, há nele então o discurso do toxicômano, tratando-se, portanto, de articular o discurso do toxicômano visando descentralizar a problemática do objeto, ou seja, resgatar o discurso do sujeito, que se encontra nebulosamente permeada pela toxicomania, isto é, o discurso do toxicômano, em que a premissa primordial é a relação entre droga e sujeito.

São raras as vezes que o toxicômano busca pelo tratamento, geralmente este é levado pela família ou pela justiça a buscar tratamento, o que se torna mais um empecilho, á que o tratamento assume características de obrigatoriedade, neste contexto a relação transferencial entre analista e paciente tende a ser ainda mais resistente.<sup>2</sup> Acerca disto, a autora reforça que não há demanda de análise inicialmente, nem demanda de tratamento, pois a priori muitos toxicômanos não enxergam os danos causados pela droga. Por outro lado, há também aqueles toxicômanos que buscam tratamento em função de um grave prejuízo acarretado pelo abuso de drogas, procuram atendimento, movidos por uma angústia e acabam reconhecendo algumas perdas, são estes os mais prováveis de aderirem o tratamento, mesmo que embora não seja possível o reconhecimento de uma demanda, há neles o desejo de se desvencilhar do sofrimento.

Chaves (2006, p. 119)<sup>2</sup> pontua 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". A respeito disto, Conte (2000)<sup>14</sup> afirma que, quando a função do tóxico fracassa perante o toxicômano, o sujeito busca tratamento.

<sup>1</sup> Satisfação que o sujeito encontra em ser tudo aquilo que completa o Outro, na sociedade ocidental, representado pela mãe, assumir a posição daquilo que completa, isto é, o falo (DOR, 1989)<sup>12</sup>.

Nesta díade, paciente-analista, há aspectos fundamentais para a entrada em análise além do estabelecimento da demanda direcionada a um determinado analista, é necessário o estabelecimento da transferência, porém, nos casos de toxicomania, a relação transferencial possui nuances específicas, quanto a isso Waks (1998, p. 59)<sup>15</sup> afirma,

No começo do vínculo transferencial surge, no paciente, uma espécie de rivalidade interna entre a droga-em-si, a droga-do-analista e o analista-droga. À medida que a transferência ganha potência, a droga-do-analista constitui-se, progressivamente, em analista-droga, gradualmente ocupando o lugar da droga-em-si. O vínculo com o produto perde sua intensidade libidinal, abrindo caminho para o investimento erógeno no vínculo transferencial.

Segundo tal pressuposto, Chaves (2006)<sup>2</sup> descreve, que se o analista entra nesta relação, em que é colocado como uma contraparte da droga, ou seja, o toxicômano apresenta-se em favor da droga enquanto que o analista é tomado contra a droga, o paciente fica novamente colocado em uma posição de passividade diante da toxicomania, e não se implica diretamente, é apenas um objeto passivo. Porém, é importante enfatizar que tal relação de analista e paciente deva possuir alguns limites, se por um lado para que o vínculo transferencial ocorra é necessária esta díade entre analista e droga, por outro lado Lacan (1958)<sup>16</sup> menciona a importância de o sujeito passar pela retificação subjetiva, ou seja, se implicar no sofrimento.

Silva & Cremasco (2010, p. 922)<sup>17</sup> explanam, que “o investimento erógeno no vínculo transferencial é como um caminho para a entrada do analista, em uma posição outra que não seja a de rival da droga, mas a de possibilitar o estabelecimento do que poderíamos chamar ‘relação’”.

Conte (1997, p. 37)<sup>18</sup> afirma que,

Mesmo que, inicialmente, o toxicômano não consiga questionar sua subjetividade e demanda ao analista o restabelecimento de um saber-fazer sobre o bom uso da droga (gozo de uma parte do corpo desertada pelo registro simbólico), aos poucos poderá acreditar que o analista tenha algo a dizer sobre seu sofrimento / falência, e passará a supor-lhe um saber, criando assim as condições necessárias para o estabelecimento da transferência.

Desta forma, para que haja uma relação transferencial entre sujeito adicto e analista, é fundamentalmente importante que o sujeito suponha um saber no analista, assim como nas demais relações transferenciais, mas que nos casos de não toxicômanos o sujeito permite a entrada de um terceiro, o que na toxicomania geralmente não acontece, isto é, há relação única com a droga e o analista neste contexto “atrapalha” tal relação.<sup>16</sup> “Segundo este pensamento Lacaniano do ‘Sujeito do Suposto Saber’ como força motriz da transferência, as autoras afirmam que,

Ao procurar saber qual o desejo do analista, o toxicômano aliena-se ao tentar responder o que esse Outro quer dele. Ao não obter uma resposta absoluta do analista, mas a frustração de sua demanda, que lhe devolve a própria imagem tal qual o espelho, demandando-lhe um re-conhecimento, o toxicômano poderá então situar o seu próprio desejo.<sup>17</sup>

Chaves (2006)<sup>2</sup> faz algumas considerações relacionadas ao problema transferencial na clínica da toxicomania, enfatizando que o vínculo transferencial é tomado e pautado, muitas vezes em um questionamento primordial, “o que o outro quer de mim?”, “o que sou para o outro?”, e durante o tratamento tal questionamento é reformulado de outras maneiras, através de provocações e atuações que dizem de outro modo ao analista: “você irá me perder”, levando a faltas sucessivas nas sessões. O atendimento clínico das toxicomanias, conforme ressalta a autora, é desafiador, já que o vínculo transferencial é intenso e muito particular em relação a outras modalidades da clínica.

Conte (2000)<sup>14</sup> em correlato a isso, explica que o vínculo transferencial entre analista e paciente, no caso da toxicomania, ocorre por meio de uma fusão e não de uma ligação com a figura do analista, isto é, no setting terapêutico o paciente vê ameaçada a fusão que possui primordialmente com a mãe, e após com a droga, um vínculo ilusório de completude, o que demanda manejo e paciência por parte do analista.

Chaves (2006, p. 139)<sup>2</sup> afirma que,

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

Neste sentido Le Poulichet (1996)<sup>19</sup> acrescenta que o analista não deve manifestar um querer o bem para seu paciente, pois se assim for, ele acaba entrando no vínculo maternal proposto pelo toxicômano, realizando, assim, de certa forma, a manutenção de colocar o indivíduo toxicômano como objeto do Outro-analista.

Conte (2000)<sup>14</sup> enfatiza ainda que, em alguns momentos o analista é colocado na relação transferencial numa posição de juiz, o que induz uma resistência ainda maior à análise, levando em consideração que o toxicômano possui dificuldades ao lidar com limite, esta posição só reforça o caráter transgressor do paciente, assim sendo, é fundamental que o analista incorpore a posição de representante da lei, e não a posição de julgador, de juiz, na análise, levando assim a reflexão do paciente.

Outro ponto importante de salientar é que, a entrada do sujeito toxicômano adicto em análise possui dificuldades inerentes, não que as demais formas de relação

terapêutica não existam, mas que nos casos de toxicomania a formulação da demanda, a retificação subjetiva, e o estabelecimento da transferência é envolta no paradigma da droga, ou seja, há na relação da toxicomania uma montagem que muitas vezes impede a entrada de um terceiro, no caso o analista, então a transferência tende a ser comprometida. Nos casos em que há o estabelecimento da transferência, é importante que o analista tenha a consciência da posição que ocupa nesta relação, já que em muitos casos o analista torna-se apenas mero combatente do mal da droga, e o analisante apenas expectador da luta entre analista e tóxico.

Desta forma, ter em mente que na clínica da toxicomania a postura de alteridade e ética diante do sujeito é ainda mais importante, já que os vieses transferenciais neste contexto são singulares, se por um lado é fundamental a transferência, por outro lado, na toxicomania, esta não pode de modo algum criar mais obstáculos que a análise em si propicia.

#### 4. CONCLUSÃO

Ao longo do artigo, buscou-se inicialmente situar o leitor sobre o paradigma da transferência segundo o pressuposto Freudiano, este conceito tão fundamental e fundante do processo analítico, em outras palavras é através dele que o analisante busca um analista, movido pelo aspecto transferencial da relação. Assim como também, descrever a toxicomania em uma perspectiva psicanalítica e em seguida abordar algumas considerações acerca de como ocorre à transferência na toxicomania. Freud (1996[1930])<sup>9</sup> considera o uso de entorpecentes como uma maneira grosseira de lidar com as dores existenciais, já que sucumbir-se às leis culturais é desgastante e doloroso, seria então a toxicomania e o uso das drogas uma das medidas paliativas utilizadas pelo sujeito. Ribeiro (2009)<sup>10</sup> segundo os pressupostos lacanianos acrescenta que a toxicomania é considerada como um meio de fugir de uma invasão materna, e a busca por romper o gozo fálico ao qual é convidado a usufruir.

Portanto, a clínica exige do analista um esforço ainda maior no que tange à transferência na toxicomania, isto é, um esforço para a construção deste campo transferencial fundamental ao processo, e é neste sentido, devido a tal dificuldade que o psicanalista deve tomar conhecimento da posição subjetiva do toxicômano, para que não caia na “armadilha” de ser colocado em uma relação maternal, conforme discutido por Le Poulichet (1996)<sup>19</sup> e complementado por Chaves (2006)<sup>2</sup> e Conte (2000)<sup>14</sup>.

Assim como todas as formas clínicas, a toxicomania possui suas particularidades, no que se refere à clínica. Durante a pesquisa é possível refletir sobre as características singulares da toxicomania, e em especial, o atendimento do sujeito adicto, este que por sua vez, tende a ser um caminho tortuoso e difícil. Se a droga na vida do

sujeito, embora ele se recuse a refletir sobre tal assertiva, ocupa um lugar de proporcionar completude e restituição narcísica, cabe ao analista auxiliar no caminho que o leva justamente ao contrário desta crença, um caminho que escancara a falta, mas como um meio motivador do desejo, em que todos os objetos podem supostamente preenchê-lo. Por outro lado, ser completo narcisicamente acarreta a uma dissolução do sujeito e sua redução a objeto, o que é extremamente angustiante, então temos duas questões: abandonar a posição de objeto e se ver faltante, ou permanecer nesta posição e ser consumido pelo Outro? Questão que o toxicômano se depara subjetivamente, e o que torna a clínica ainda mais singular.

Portanto, cabe ao analista estar preparado e consciente de sua função, e sobre qual lugar ocupar, que não deve de modo algum servir de subterfúgio ao sofrimento do sujeito toxicômano, ou seja, assumir o lugar da droga, mas deve, por outro lado acolhê-lo.

#### REFERÊNCIAS

- [1] Escotado A. História de las Drogas. Alianza Editorial: Madrid. 1997.
- [2] Chaves E. Toxicomania e Transferência. [Tese de mestrado]. Recife: PUC. 2006. Disponível em: <www.unicap.br/tede//tde\_busca/arquivo.php?codArquivo=8>. Acesso em: 10 Ago. 2015.
- [3] Conte M. Necessidade – demanda – Desejo: os tempos lógicos na direção do tratamento nas toxicomanias. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (AP-POA), Porto alegre, 2003; 24(3). Disponível em: <http://www.apoa.com.br/download/revista24.pdf?Appoa=15d31762f6e37a0c7b15f27e34d31981>. Acesso em: 10 Ago. 2015.
- [4] Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. Ed. São Paulo: Atlas. 2006.
- [5] Freud S. A dinâmica da transferência. In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. 1912; 12.
- [6] Freud S. Observações sobre o amor transferencial (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psico-lógicas Completas de Sigmund Freud, vol. 12. Rio de Janeiro: Imago. 1914.
- [7] Freud S. Recordar, repetir e elaborar: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. 12. Rio de Janeiro: Imago. 1914.
- [8] Freud S. Conferências introdutórias sobre psicanálise. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Vol. 17. Rio de Janeiro: Imago. 1917.
- [9] Freud S. O mal-estar na civilização. In Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 1996 [1930]; 1(21):67-148.
- [10] Ribeiro C T. Que lugar para as drogas no sujeito? Que lugar para o sujeito nas drogas? Uma leitura psicanalítica do fenômeno do uso de drogas na contemporaneidade.

- Ágora (Rio de Janeiro). 2009; XII(2):333-34. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-14982009000200012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-14982009000200012&script=sci_arttext). Acesso em 04 jun. 2015.
- [11] DSM IV. Manual diagnóstico estatístico de perturbações mentais. 1994. Disponível em: <http://baes.sdum.uminho.pt/handle/1822.1/172>. Acesso em 05 jun 2015.
- [12] Dor J. Introdução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem. Porto Alegre: Artes Médicas. 1989.
- [13] Santiago J. A droga do toxicômano. Uma parceria cínica na era da ciência. Rio de Janeiro, Jorge Zahar. 2001.
- [14] Conte M. A clínica psicanalítica com toxicômanos: o 'Corte & Costura' no enquadre institucional. [Tese de doutorado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=00080&pid=S1516-1498200900020001200004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=00080&pid=S1516-1498200900020001200004&lng=en)>. Acesso em: 12 Ago. 2015.
- [15] Waks CEM. Toxicomania e Psicanálise: O fim da picada. A clínica psicanalítica da toxicomania. [Tese de Mestrado]. São Paulo: PUC. 1998. Disponível em: <<http://www.psicopatologiafundamental.org/pagina-waks-claudio-eugenio-marco-639>>. Acesso em: 11 Ago. 2015.
- [16] Lacan J. A significação do falo. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1958.
- [17] Silva MBP, Cremasco MVF. O Analista e a Toxicomania. Revista: Mal estar e subjetividade. 2010; 10(3):913-29. Disponível em: <<http://pep-sic.bvsalud.org/pdf/malestar/v10n3/10.pdf>>. Acesso em: 12 Ago. 2015.
- [18] Conte M. Da necessidade à demanda. Pulsional Revista de Psicanálise. São Paulo. 1997; 10(103).
- [19] Le Poulichet S. O tempo na psicanálise. Traduzido por Lucy Magalhães, Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1996.