

Transferência, transparência e transformação na clínica da drogadicção

Bianca Bergamo Savietto

Bianca Bergamo Savietto tem graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, especialização em Saúde Mental (ENSP – FIOCRUZ), mestrado (bolsista CAPES) em Teoria Psicanalítica (UFRJ), doutorado (bolsista CAPES) em Teoria Psicanalítica (UFRJ) com período “sanduíche” na Université de Paris 7 – Denis Diderot e é pós-doutoranda do Departamento de Psicologia Experimental da Universidade de São Paulo (bolsista FAPESP).

Agradecimento Aos colegas do grupo de pesquisa da USP, coordenado pelo prof. Luís Claudio Figueiredo, pela interlocução que vem se configurando, simultânea e articuladamente, como estímulo ao refinamento / andamento da pesquisa e como impulso a novas reflexões ligadas ao exercício clínico.

Resumo Este artigo tem como objetivo a análise de aspectos inerentes ao tratamento de um caso clínico de drogadicção. Apoiando-nos no conceito de objeto transformacional, assim como em elaborações acerca dos processos de ilusão/desilusão e da função de espelho, examinamos tais aspectos como condições de possibilidade para a entrada em um terceiro tempo do tratamento em questão, tempo do *poder querer*.

Palavras-chave objeto transformacional; ilusão/desilusão; reflexividade; regressão à dependência; adicção.

- 1 L. C. Figueiredo, “A situação analisante e a variedade da clínica contemporânea”, p. 137-150.
- 2 R. Roussillon, “La ‘conversation’ psychanalytique: un divan en latence”, p. 365-381. Os grifos são meus.
- 3 L. C. Figueiredo, “Confiança. A experiência de confiar na clínica e na cultura”, p. 71-99.

Neste trabalho serão abordados fragmentos clínicos dos atendimentos de Juliana, uma jovem adulta de quase trinta anos, em análise há cinco anos, que não tem certeza de quem é seu pai e cuja mãe é “um filho grande”. Seu percurso é marcado por drogas ilícitas, álcool, abuso de anfetaminas e consumo de tranquilizantes. Sintetizarei, logo de início, dois momentos distintos do tratamento da jovem, para em seguida focar a entrada em um terceiro tempo do tratamento em questão.

Em relação ao primeiro momento, destacam-se o caderno trazido pela paciente, com pautas pré-estabelecidas, e sua fala desenfreada, como defesas contra o “deixar-se cair fora de si”¹. Destaca-se também a necessidade que a jovem parecia ter de lançar mão do recurso a diferentes substâncias tóxicas nos encontros da dupla – necessidade de elaboração de um corpo que resistisse, em tais encontros, à ameaça de uma abertura mortal – assim como a construção/instauração de um dispositivo bastante elástico, capaz de acolher a questão de seu abusivo consumo de (variadas) substâncias tóxicas. Esta questão, no lugar de comparecer verbalmente, insistia em se *apresentar* sob a forma de intensa “*comunicação mimo-gesto-postural*”². Outro aspecto ainda a destacar consiste na necessidade de um especial cuidado quanto à espera da instalação da transferência quando está em jogo o ataque às possibilidades de confiar³.

Após sobreviver, sem retraimento nem retaliação, a uma maciça redução de sua figura ao estatuto de objeto – não objeto, objeto negado em sua alteridade e sob constante tentativa de controle, a analista pôde ser reconhecida como bom objeto,



*segundo Thomas Ogden,
os sentimentos do analista acerca
do que é verdade em uma
dada experiência são
meras especulações, até entrarem
em relação com algo externo
à sua realidade psíquica*

com função de mediação da excitação não ligada. A construção de uma confiança, assim como a progressiva sinceridade, havia encontrado lugar, abrindo espaço para um segundo momento do tratamento.

Neste segundo momento a analista passa a chamar a paciente à vida, reclamar sua presença viva e interativa, “interpelando”, “intimando”⁴ a dimensão emocional e pulsional de sua vivência, mas, ao mesmo tempo, oferecendo continência a tal dimensão. A analista se oferece como filtro à toxicidade intrínseca a aspectos das experiências subjetivas arcaicas da jovem. No que se refere a este segundo tempo, gostaria de enfatizar se tratar de um contexto no qual a regressão à dependência estava em cena como elemento fundamental da transferência. Em tal contexto, Juliana parecia já *poder ser* (algo)⁵.

No decorrer do segundo momento do tratamento, Juliana assevera durante uma sessão: “Eu preciso daqui que nem um viciado precisa de cocaína”. No entanto, meses depois, afirma vir notando “um efeito muito grande da análise” quanto a conseguir se posicionar, estabelecer o que quer/o que não quer – “Pela primeira vez,

com quase trinta anos, eu tô *podendo querer* as coisas! Antes, era uma questão de sobreviver. É como se eu tivesse vivido a vida de trás pra frente”. Na sequência, define esse *poder querer* como um “terceiro efeito importante da análise”, explicando que “o primeiro efeito” teria sido “parar de mentir” e “o segundo”, por sua vez, “dividir (com a analista) coisas que não divido com ninguém”.

Segundo Thomas Ogden⁶, os sentimentos do analista acerca do que é verdade em uma dada experiência são meras especulações, até entrarem em relação com algo externo à sua realidade psíquica. É a resposta do paciente – e, sucessivamente, a resposta do analista à resposta do paciente, e assim por diante – que desempenha o papel essencial de confirmar (ou não) a intuição do analista. Neste sentido, as afirmações de Juliana expostas acima parecem configurar as especulações sobre o primeiro e o segundo momento do tratamento como verdadeiras, no que se refere à experiência que paciente e analista vêm compartilhando na situação analisante.

Para além disso, tais afirmações, tomadas aqui como respostas da paciente às especulações da analista, acrescentam, a meu ver, algo novo. Juliana diz que percebe estar experimentando um “terceiro efeito” da análise, o que leva a analista a refletir sobre a entrada em um terceiro tempo do tratamento – para além do *poder ser*, tempo do *poder querer*. O presente texto consiste numa tentativa de resposta da analista às respostas da jovem. Quer dizer, é por meio de sua escritura que ganharão forma novas especulações a respeito dessa entrada em um terceiro momento do tratamento. E, apesar de escrito pela analista com base em desenvolvimentos teórico-clínicos provenientes de sua pesquisa de pós-doutorado, pode-se considerar que, em sua essência – tendo em vista o que Ogden concebe como o terceiro sujeito da análise – a autoria é tanto da analista quanto da paciente, assim como de nenhuma das duas.

Voltarei a certas hipóteses construídas anteriormente^{7,8} desdobrando-as e articulando-as a novas contribuições teóricas. Este novo retorno permitirá examinar aspectos inerentes ao

segundo momento do tratamento de Juliana, os quais considero representar condições de possibilidade para a entrada em um terceiro tempo do tratamento.

(Novo) Retorno e avanço

O eu pode ser compreendido como uma superfície que se constitui como objeto de satisfação de um outro⁹. Tal compreensão é influenciada pelas formulações freudianas acerca do revigoramento da onipotência narcísica dos pais por ocasião da chegada de um filho. Neste sentido: “Com efeito, o eu torna-se este corpo que [...] responde à demanda de uma ‘outra pessoa’ e preenche sua expectativa”¹⁰. Esse corpo está, então, inicialmente tragado numa captura narcísica, satisfazendo e preenchendo continuamente o outro. Porém, é indispensável que, gradativamente, ele saia dessa captura para que alguma subjetivação seja possível.

Essas considerações nos remetem à distinção entre dependência normal e dependência patológica¹¹. Isso porque, nos casos de dependência normal, criança e objeto primário saem progressivamente daquilo que é denominado ilusão. Entendo esta ilusão na mesma direção da captura narcísica do parágrafo anterior, na qual o eu se encontra imerso na origem de sua constituição. A saída dessa captura por parte do eu está intrinsecamente ligada às qualidades da relação primária com o outro: para que a (sempre relativa) autonomização, base da dependência normal, entre

»
a impossibilidade, por parte dos objetos primordiais, quanto à promoção da imprescindível saída da captura narcísica pode ser compreendida como toxicidade relativa a tais objetos

em cena é preciso que criança e objeto primário gradualmente saiam da ilusão.

Quando a progressiva separação/diferenciação da criança é representada por esse objeto como ferida ao seu narcisismo, a captura se mantém. O sujeito, então, em vez de ter, aos poucos, suas demandas singulares reconhecidas, permanece sendo cuidado – pode-se dizer: (narcisicamente) abusado – em função das demandas de uma outra pessoa. Uma vedação é assim operada, engendrando a instalação de dependência patológica, de um vínculo tóxico no lugar de um vínculo vivo, o qual engessa o sujeito e entrava a construção de novos vínculos.

A impossibilidade, por parte dos objetos primordiais, quanto à promoção da imprescindível saída da captura narcísica pode ser compreendida como toxicidade relativa a tais objetos. Ao não promover a saída dessa captura, os objetos primários produzem o fechamento do sujeito num projeto alienante, mortificando, assim, seu desenvolvimento subjetivo e sua evolução libidinal. É diante do aprisionamento a uma captura narcísica, da insistência de uma abertura mortífera para um outro alienante e intoxicante, que o

4 L. C. Figueiredo, “A metapsicologia do cuidado”, p. 131-151.

5 Em referência aos versos de Fernando Pessoa: “Não sou nada. Nunca serei nada. Não posso querer ser nada. À parte isso, tenho em mim todos os sonhos do mundo” [F. Pessoa, “Tabacaria”, p. 362-366].

6 T. H. Ogden, “What’s true and whose idea was it?”, p. 61-76.

7 B. B. Savietto *Drogadicção na juventude contemporânea: a “intoxicação” pelo outro*.

8 B. B. Savietto, “Este (meu) corpo, a quem pertence?: considerações metapsicológicas e clínicas sobre a drogadicção”, p. 57-68.

9 S. Le Poulichet, “Se faire un corps étranger”, p. 249-263.

10 S. Le Poulichet, *op. cit.*, p. 255. A tradução é minha.

11 G. Bourdellon, “Engagement dans le désir ou engouffrement dans la dependance”, p. 441-457.



*e creio que, no que
concerne especificamente à
drogadicção – meu objeto
de estudo –, antes de emergir do
fracasso em ser desiludido do vínculo
com o objeto transformacional,
ela emerge de um fracasso
deste objeto quanto a proporcionar
a possibilidade de ilusão*

drogadicção parece ensaiar uma última tentativa (paradoxal) de construção de um corpo circular e provido de bordas.

Após o resgate dessas hipóteses, prossigamos com novas contribuições teóricas. Christopher Bollas, ao desenvolver o conceito de objeto transformacional, descreve-o como um objeto “identificado vivencialmente pelo infante com processos que alteram a experiência de si”; este primeiro objeto “é ‘sabido’ como uma recorrente experiência de existir”; isto é, “a mãe é experimentada como um processo de transformação” (mãe “ambiente” – em referência às ideias de Winnicott – abarcadora com função de “transformador ambiente-somático do sujeito”) ¹². O autor ressalta que a “busca de equivalentes simbólicos do objeto transformacional, e a experiência com a qual este está identificado, continuam na vida adulta” ¹³.

Apesar de não dizer explicitamente que o vínculo com o objeto transformacional configura uma experiência constitutiva de ilusão, Bollas escreve: “Não deve surpreender que diversas psicopatologias emergem do fracasso (segundo a expressão de Winnicott) em ser desiludido desse vínculo” ¹⁴. Note-se que, na sequência dessa afir-

mação, ele usa como exemplo psicopatológico uma modalidade de adicção (adicção ao jogo).

Indo diretamente a Winnicott, encontramos a seguinte definição de adicção: “Na psicopatologia: A adicção pode ser descrita como uma regressão a um estágio em que os fenômenos transicionais não eram questionados” ¹⁵. Logo, as patologias adictivas são aí entendidas como regressões a um estágio em que a questão “Você concebeu isto ou isto lhe foi apresentado a partir do exterior?” não se coloca, estágio dos objetos e fenômenos transicionais, os quais “pertencem ao reino da ilusão” ¹⁶.

Sobre o processo de desilusão, entendo que este só se dá, de acordo com o pensamento winnicottiano, quando a experiência constitutiva de ilusão esteve assegurada; “a tarefa mais importante da mãe (*depois de proporcionar a possibilidade de ilusão*) é a tarefa de desiludir” ¹⁷. Ou seja, compreendo a possibilidade de ilusão como condição *sine qua non* para a ocorrência do processo gradual de desilusão.

E creio que, no que concerne especificamente à drogadicção – meu objeto de estudo –, antes de emergir do fracasso em ser desiludido do vínculo com o objeto transformacional, ela emerge de um fracasso deste objeto quanto a proporcionar a possibilidade de ilusão. Afinal, a adicção representa uma regressão ao estágio dos fenômenos pertencentes ao *reino da ilusão*, e isso aponta, a meu ver, que “há algo de podre no reino [...]”. Se, na captura narcísica em que o eu se acha inicialmente tragado, ele (o eu, ainda indiferenciado do outro) satisfaz e preenche continuamente o outro, é preciso desenvolver e sublinhar aqui importantes desdobramentos para que o argumento relativo à drogadicção possa ser sustentado.

Esse outro, quando concebido como a mãe ambiente experimentada como processo de transformação/alteração de si, é uma “mãe que se acha [...] tão identificada com o bebê, de maneira que sabe sem pensar mais ou menos do que o bebê precisa” ¹⁸. O estágio no qual o eu se encontra imerso na origem de sua constituição (nos primórdios da experiência, em termos winnicottianos), ou o reino da ilusão, “deve sua existência à capacidade

especial da mãe de adaptar-se às necessidades de seu bebê”¹⁹. O sujeito é cuidado, portanto, em função das demandas de uma outra pessoa cujo rosto reflete, em grande medida, o próprio sujeito²⁰, em função das demandas de uma outra pessoa que aceita apagar, em grande parte, sua subjetividade, a fim de refletir os movimentos do sujeito. É assim que essa outra pessoa assegura ao sujeito a ilusão de criar alucinatoriamente o objeto encontrado perceptivamente²¹.

Das hipóteses construídas anteriormente, o que estou buscando desdobrar é que, antes de um impasse quanto à saída da captura narcísica, saída da ilusão, noto um outro impasse, uma toxicidade, intrínsecos à própria captura nos casos de drogadicção. Abuso narcísico desde sempre, perpetuado sem fim. Se “para se ouvir, se ver, se refletir, o sujeito precisa ser escutado e ouvido por um outro-sujeito, ser olhado e visto, ser sentido por um outro-sujeito”²², nos casos em questão este outro-sujeito, desde os primórdios da experiência, escuta e ouve, olha e vê, sente o sujeito, privilegiadamente, como objeto puramente narcísico. Onde uma coreografia “estésica” e emocional mãe-bebê, um compartilhamento “em duplo”²³, deveriam encontrar lugar, parece haver nada mais que

»

Bollas articula a necessidade de reparação do eu, precisamente, a uma “mãe minimamente transformativa”, mãe esta como a de Peter, paciente de seu exemplo clínico, a qual transmitiu ao filho “sua função crucial, que é a de ser objeto mítico dela”

uma dança solo. René Roussillon formula, justamente, que as falhas narcísicas que “prefiguram as futuras formas de dependências problemáticas” advêm do “fracasso da coreografia [...] primária”²⁴.

Em que pesem possíveis diferenças quanto ao que está sendo elaborado, Bollas concebe a busca de um objeto idealizado, capaz de promover uma transformação milagrosa, como “um reconhecimento interior da necessidade de reparação do eu”; e assevera: “como tal, é uma busca de saúde”²⁵. Na mesma direção, concebo o compulsivo recurso ao objeto-droga como tentativa paradoxal de autotratamento, dando relevo à dimensão de automedicação própria à drogadicção²⁶. Bollas articula a necessidade de reparação do eu, precisamente, a uma “mãe minimamente transformativa”, mãe esta como a de Peter, paciente de seu exemplo clínico, a qual transmitiu ao filho “sua função crucial, que é a de ser objeto mítico dela”, de maneira que “Peter não experimenta como seu o próprio espaço psíquico interno. Este existe para o outro, uma região que não é o ‘desde mim’ mas o ‘para ela’”²⁷.

Bollas encerra a apresentação desse exemplo clínico afirmando que:

12 C. Bollas, “El objeto transformacional”, p. 30-31. A tradução é minha.

13 C. Bollas, *op. cit.*, p. 34. A tradução é minha.

14 *Loc. cit.* A tradução é minha.

15 D. W. Winnicott, “Objetos transicionais e fenômenos transicionais”, p. 331. (Grifos do autor).

16 *Loc. cit.* Os grifos são meus.

17 D. W. Winnicott, *op. cit.*, p. 329. Os grifos são meus.

18 D. W. Winnicott, “A experiência mãe-bebê de mutualidade”, p. 201.

19 D. W. Winnicott, *op. cit.*, p. 331.

20 D. W. Winnicott, “O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil”.

21 R. Roussillon, “L’entreje(u) primitif et l’homosexualité primaire ‘en double’”, p. 126.

22 R. Roussillon, “Pluralité de l’appropriation subjective”, p. 74. A tradução é minha.

23 R. Roussillon, “L’entreje(u) primitif et l’homosexualité primaire ‘en double’”.

24 R. Roussillon, *op. cit.*, p. 126. A tradução é minha.

25 C. Bollas, “El objeto transformacional”, p. 39. A tradução é minha.

26 B. B. Savietto, *Drogadicção na juventude contemporânea*: a ‘intoxicação’ pelo outro; “Este (meu) corpo, a quem pertence?”: considerações metapsicológicas e clínicas sobre a drogadicção”.

27 C. Bollas, “El objeto transformacional”, p. 36. A tradução é minha.



sem a “decepção”
da mãe pensada como
aquilo que permite que esta atenda
às necessidades do filho,
a experiência de ilusão
em si não se configura
como constitutiva

[...] não só o infante necessita ser separado e desiludido da mãe transformacional, mas também esta tem que sofrer uma “decepção” infligida pelas necessidades reais do infante, que mitigue seu anseio inconsciente de um infante que seja seu objeto transformacional. A mãe de Peter se negou sempre a reconhecê-lo e atendê-lo como pessoa real [...]. Possuía-o [...]. Não atendia suas necessidades reais²⁸.

De acordo com a presente argumentação, a “decepção” da mãe, tomada como a adaptação desta às necessidades de seu bebê, é anterior à separação, vital à oferta da possibilidade de ilusão e, portanto, condição *sine qua non* para a ocorrência do processo gradual de desilusão do infante. Sem ela (a “decepção” da mãe pensada como aquilo que permite que esta atenda às necessidades do filho), a experiência de ilusão em si não se configura como constitutiva: ao ensaiar passos de uma dança solo, ao se movimentar na contramão do engendramento de uma experiência de mutualidade, o objeto primário não é capaz de “tornar real aquilo que o bebê está pronto para alcançar, descobrir, criar”²⁹. Em vez de, como objeto transformacional, exercer as diversas funções básicas

de cuidado³⁰, a mãe, então, numa lógica especular e narcísica, inverte as posições, impondo ao infante o dever mortífero e alienante de ser seu objeto transformacional.

Considero estar claro que, quando faço uso da noção de função de espelho da mãe no bojo da investigação sobre a drogadicção, procuro, a todo custo, circunscrevê-la como constitutiva em oposição à ideia de especularidade narcísica. É importante, neste ponto, evidenciar que também oponho tal noção à ideia de absoluta opacidade. A coreografia estésica e emocional mãe-bebê inclui tanto correspondência, aproximação, quanto afastamento³¹. Ao escrever sobre o processo de apropriação subjetiva, Roussillon diz³², justamente, que a resposta do objeto deve implicar tanto sua alteridade quanto sua identidade com relação ao sujeito. Ou seja, nesse processo intersubjetivo de simbolização, as diferenças entre os que nele estão envolvidos são tão importantes quanto o são as similitudes; o processo depende não só de uma forma de identificação que possibilite compartilhamento de afeto e empatia, mas também de um jogo de distância e de diferença.

É nesse sentido que compreendo o acréscimo de Winnicott à citação sobre a mãe que se acha tão identificada com o bebê que, sem pensar, sabe mais ou menos do que este precisa: “[...] e, na saúde, ela faz isto sem perder a sua própria identidade”. Em nota de rodapé, ele acrescenta: “Na psicopatologia, ela pode achar-se tão identificada com o bebê que perde a sua capacidade materna”³³.

Porém, faço ainda uma ressalva, a fim de evitar contradições: o bebê “[...] deve poder integrar o objeto e a alteridade deste, as particularidades deste, em ‘sua onipotência’ narcísica, mas para isso é preciso que a alteridade do objeto não exceda suas capacidades de assimilação”³⁴.

No âmbito clínico – contemplado a seguir – tendo em vista que “O vislumbre do bebê e da criança vendo o eu (*self*) no rosto da mãe e, posteriormente, num espelho, proporciona um modo de olhar a análise e a tarefa psicoterapêutica”³⁵, é possível dizer que:



Até de doce de coco, que é bom, a gente enjoa. Os excessos da implicação são bem mais graves do que um mero mal-estar gástrico. Quando a intersubjetividade transubjetiva domina em excesso, configura-se uma experiência de engolfamento totalitário e claustrofóbico. É o cuidado que não dá sossego, sufoca. Mas também o reconhecimento ilimitado – que vai muito além e se desvia do testemunho autêntico e veraz – produz uma especularidade narcísica em que se instala a dependência diante da atenção e da aprovação alheia, um estado de alienação. Finalmente, e de maneira mais evidente, pode-se gerar uma experiência de traumatismo crônico quando o outro, reclamante e interpelador, o outro-questão, sobressai demasiadamente³⁶.

*trata-se, a meu ver,
da atitude do analista para
somar-se sob medida⁴ ao processo
intersubjetivo como objeto
transformacional*

Elementos clínicos

Foi com base nessa citação de Luís Cláudio Figueiredo que teci, em trabalho anterior³⁷, as considerações finais acerca do tratamento de Juliana. Porém, conforme ali também sublinhei, a situação analisante é “uma espécie de entidade viva e continuamente em processo de ajuste e conquista”³⁸. Juliana *sabe* isso; percebe, experimenta, como efeito da análise, um *poder querer* como mais uma nova alteração na experiência de si. A partir de que condições de possibilidade? Penso que, sobretudo, a partir de certos aspectos inerentes ao

contexto do segundo momento do tratamento da jovem, no qual a regressão à dependência estava em cena como elemento fundamental da transferência. Vejamos:

O processo intersubjetivo que promove esse tipo de regressão se baseia na função do analista como objeto transformacional, [...] como um objeto associado a um processo que não distingue entre percepções interiores e exteriores.

A atitude do analista para somar-se a este processo intersubjetivo como objeto transformacional, e não como um objeto separado, equivale a um ato de “provisão” dentro da contratransferência³⁹.

Trata-se mais precisamente, a meu ver, da atitude do analista para somar-se *sob medida*⁴⁰ ao processo intersubjetivo como objeto transformacional: não como um objeto separado, nem como um objeto fundido, colado, uma vez que, como já colocado, os processos de simbolização e de apropriação subjetiva dependem tanto de uma forma de identificação que possibilite compartilhamento de afeto e empatia, quanto de um jogo de distância e de diferença. Ogden, ao refletir

28 C. Bollas, *op. cit.*, p. 38-39.

29 D. W. Winnicott, “A experiência mãe-bebê de mutualidade”, p. 198.

30 L. C. Figueiredo, Aula na PUCSP. Texto não publicado.

31 R. Roussillon, “L’entreje(u) primitif et l’homosexualité primaire ‘en double’”.

32 R. Roussillon, “Pluralité de l’appropriation subjective”.

33 D. W. Winnicott, “A experiência mãe-bebê de mutualidade”, p. 201.

34 R. Roussillon, “Le besoin de créer et la pensée de D. W. Winnicott”, p. 45. A tradução é minha.

35 D. W. Winnicott, “O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil”, p. 161.

36 L. C. Figueiredo, “A metapsicologia do cuidado”, p. 140.

37 B. B. Savietto, “‘Este (meu) corpo, a quem pertence?’: considerações metapsicológicas e clínicas sobre a drogadicção”.

38 L. C. Figueiredo, “A situação analisante e a variedade da clínica contemporânea”. Os grifos são meus.

39 C. Bollas (1997b) “La regresión ordinaria a la dependencia”, p. 325-326. A tradução e os grifos são meus.

40 Em referência ao que Figueiredo desenvolve em seus trabalhos sobre a técnica e/ou o cuidado de base psicanalítica.



não enxergo a transparência
segundo Bollas como
aquilo de que me parece falar
Freud na seguinte recomendação:
“O médico deve ser opaco
para o analisando e, tal como
um espelho, só mostrar
o que lhe é mostrado”

sobre a tarefa do analista de estar emocionalmente presente e, simultaneamente, transparente, afirma exatamente que:

Acompanhando qualquer crescimento psicológico alcançado dessa forma, encontramos não a assinatura do analista [...], mas traços dele como alguém que estava presente e se tornou ausente, deixando traços. Os traços mais importantes que o analista deixa não são as identificações do paciente com ele como pessoa, mas traços da experiência de fazer uso psicológico daquilo que o analista diz, faz e é⁴¹.

Bollas supõe que uma regressão à dependência se caracteriza pela entrega, por parte do paciente, de certas funções egoicas “importantes”/“superiores”, o que demanda que este “confie na atitude do analista para preservar o lugar, o espaço, o tempo e o processo”⁴² enquanto renuncia a tais funções. Ao se oferecer e poder ser reconhecida como bom objeto no segundo tempo do tratamento de Juliana, como filtro à toxicidade alienante e mortificante intrínseca a aspectos das experiências subjetivas arcaicas da jovem (perpetuados na manutenção de uma captura narcísica), a analista

soma-se *sob medida* ao processo intersubjetivo e, conforme sustentado no trabalho anterior (mencionado acima) juntamente com Winnicott⁴³, exerce essa função auxiliar de suporte egoico. Cabe destacar aqui que um bom objeto é justamente aquele que não se ausenta quando devia estar presente e, *num equilíbrio dinâmico*, não se impõe quando deveria deixar-se rasurar; ele viabiliza a sua própria internalização, assim como a sua negatificação numa forma de *presença ausente* que dá lugar aos inúmeros objetos substitutivos e se transforma em estrutura psíquica⁴⁴ – o que nos remete diretamente às formulações de Ogden.

Voltando a elas, vale ressaltar (novamente, desta vez devidamente adentrado o âmbito clínico) que não enxergo a transparência de que fala o autor como opacidade absoluta; não a enxergo como aquilo de que me parece falar Freud na seguinte recomendação: “O médico deve ser opaco para o analisando e, tal como um espelho, só mostrar o que lhe é mostrado”⁴⁵. Essa recomendação alia-se, a meu ver, a uma outra, formando um composto que vai em direção contrária àquela que estou trilhando: “Recomendo enfaticamente aos colegas que no tratamento psicanalítico tomem por modelo o cirurgião, que deixa de lado todos os seus afetos e até mesmo sua paixão de ser humano”⁴⁶.

Estar transparente e, ao mesmo tempo, emocionalmente presente é o que possibilita à analista reconhecer, nomear e restituir a Juliana as “coisas” que esta “nunca sentiu antes” e “não consegue compreender”, descritas por meio de imagens e metáforas no segundo momento do tratamento. A jovem, em tal contexto, afirma: “É como se eu fosse míope e, aqui, colocasse os meus óculos”⁴⁷. Estar transparente e também emocionalmente presente, ou estar *sob medida*, permite que a analista – a partir da ressonância afetiva, a partir daquilo que consegue apreender na contratransferência⁴⁸ – funcione como os próprios óculos da paciente.

A questão “Você concebeu ‘esses óculos’ ou isto lhe foi apresentado a partir do exterior?” não se coloca, pois, como vimos com Bollas⁴⁹, o

processo intersubjetivo que promove uma regressão à dependência se baseia na função do analista “como um objeto associado a um processo que não distingue entre percepções interiores e exteriores”. Este ponto será retomado adiante.

A dupla reencena, então, no segundo tempo do tratamento, uma coreografia primária na qual sintonia estésica e emocional, aproximação, estão em jogo, assim como afastamento, *num equilíbrio dinâmico*. Enquanto a mãe de Juliana – associada por esta às ideias de “areia movediça” / “um rio em que não se vê o fundo” – coreografa passos de uma dança solo, impondo sem cessar à filha o dever mortífero e alienante de ser seu objeto transformacional, seu objeto cuidador, a analista convida reiteradamente a paciente para um *pas de deux*. O “processo se repete uma e outra vez”, de maneira que o paciente internalize “não só os objetos internos reformados, mas também a função continente do analista”, tornando-se capaz de “eliminar o tóxico em maus objetos internos”⁵⁰.

Juliana, agora, quanto às suas próprias investidas para se afastar do objeto parental materno, altamente tóxico e rebelde a todo controle, já não repete como um mantra: “Não adianta, isso não tem solução, eu não consigo virar as costas para ela, não posso abandoná-la”⁵¹. Neste terceiro momento do tratamento, sobre o qual me propus a refletir – analisando as suas condições de possibilidade – a jovem “decide não dar o peixe, e sim ensinar a pescar”: arranja um emprego

»»

*Juliana passa a trazer às sessões,
a partir desse movimento,
o prazer que tem sentido em
“ficar sozinha na minha casa,
interagindo com o meu eu; sem
pensar em nada, sem me preocupar
com nada, que nem quando
a gente é criança”.*

para a mãe; sai de seu próprio apartamento, invadido pela mãe, sugerindo a esta que subloque um quarto a fim de arcar com os custos; e aluga um novo apartamento, juntamente com o companheiro atual (que passa parte da semana fora da cidade, por motivos de trabalho).

Ela passa a trazer às sessões, a partir desse movimento, o prazer que tem sentido em “ficar sozinha na minha casa, interagindo com o meu eu; sem pensar em nada, sem me preocupar com nada, que nem quando a gente é criança”. Lembremos da afirmação de Juliana exposta na introdução do presente trabalho: “Antes, era uma questão de sobreviver. É como se eu tivesse vivido a vida de trás pra frente” – sobreviver à relação com um objeto primário associado àquelas ideias de “areia movediça” / “um rio em que não se vê o fundo”, diante do qual a sua própria subjetividade afunda.

Winnicott, ao abordar a tarefa psicoterapêutica como “um derivado complexo do rosto que reflete o que há para ser visto”, diz que se o analista

o fizer suficientemente bem, o paciente descobrirá seu próprio eu (*self*) e será capaz de existir e sentir-se real.

41 T. H. Ogden, “What’s true and whose idea was it?”, p. 68. A tradução é minha.

42 C. Bollas, “La regresión ordinaria a la dependencia”, p. 322. A tradução é minha.

43 D. W. Winnicott, “Fear of breakdown”, p. 87-95.

44 L. C. Figueiredo e E. M. U. Cintra, “Lendo André Green: o trabalho do negativo e o paciente limite”, p. 13-58.

45 S. Freud, “Recomendações ao médico que pratica a psicanálise”, p. 159.

46 S. Freud, *op. cit.*, p. 154.

47 B. B. Savietto, “‘Este (meu) corpo, a quem pertence?’: considerações metapsicológicas e clínicas sobre a drogadicção”.

48 L. C. Figueiredo, Aula na PUCSP. Texto não publicado.

49 C. Bollas, “La regresión ordinaria a la dependencia”.

50 C. Bollas, *op. cit.*, p. 326. A tradução é minha.

51 B. B. Savietto, “‘Este (meu) corpo, a quem pertence?’: considerações metapsicológicas e clínicas sobre a drogadicção”.



*nesta nova etapa,
a jovem aborda em muitos
encontros a temática
de sua vida sexual, a qual
costumava estar atrelada
a interesses financeiros
e/ou profissionais*

Sentir-se real é mais do que existir; é descobrir um modo de existir como si mesmo, relacionar-se aos objetos como si mesmo e ter um eu (*self*) para o qual retirar-se, para relaxamento⁵².

Apoiada na atitude da analista, no decorrer do segundo momento do tratamento, para preservar o lugar, o espaço, o tempo e o processo, Juliana pôde, em uma “sutil transição”, “ouvir, ver, perceber e sentir” seu mundo interno⁵³. Sem precisar recorrer à busca de sensações autoestimuladas por meio do objeto-droga, ela pôde finalmente sentir sua própria existência e a continuidade desta. É preciso *ser*, e em continuidade, antes que se possa *querer*. Ao escrever sobre o rosto da mãe como espelho e sobre a mãe “meio maleável” como condições do desenvolvimento da criatividade potencial e da sua transformação em criação, Roussillon⁵⁴ formula, justamente, que as propriedades de um ambiente facilitador desses processos incluem, ao mesmo tempo, plasticidade e resistência, consistência.

Possibilitada, então, a entrada em um terceiro momento do tratamento, o do *poder querer*, a paciente relata um sonho pela primeira

vez. Estabelece inédita assiduidade, reconhecendo e procurando dar sentido às próprias resistências – abre uma série de sessões com “hoje eu não queria vir, mas vim para entender por que eu não queria vir”. Numa ocasião em que a analista solicita remarcação, Juliana – que nunca se opunha a essas solicitações eventuais, apesar de não comparecer diversas vezes à sessão remarcada, explicando na sessão seguinte que sabia de antemão que o horário não era bom para ela, mas que “não tinha conseguido dizer não” – diz que prefere não remarcar; mantido, então, seu dia/horário, ela chega ao consultório e exclama sorridente: “Sabe o que é? Você queria remarcar para uma manhã, mas eu vou te contar a verdade, tenho gostado de assistir seriados de manhã! E você notou? Eu consegui dizer não!”.

Nesta nova etapa, a jovem aborda em muitos encontros a temática de sua vida sexual, a qual costumava estar atrelada a interesses financeiros e/ou profissionais – “Não quero fazer sexo porque é uma obrigação do casamento; quero querer, ter vontade”, afirma, queixando-se do companheiro que “parece um coelho; quer a toda hora!”. E é em tal etapa, ademais, que a paciente declara para a analista: “Eu posso te dizer hoje, deitada neste divã, que não tenho mais medo; se as coisas derem errado, elas depois vão dar certo de novo. Quantas vezes você não me viu, antes, apavorada? Mas agora não! As coisas voltam a dar certo de novo, pois damos um jeito. A gente continua aqui, como tem sido”. Dentre os medos que Juliana “não tem mais”, aparece o “medo de te perder” (perder a analista). “Acho que estou até pronta para te dividir com outros pacientes”, diz ela, indicando uma pessoa conhecida para se tratar com a mesma analista.

Movimento de separação de alguém que anteriormente não suportava aguardar na sala de espera enquanto a analista terminava de atender outro paciente, retirando-se não só para o corredor do andar, mas para as escadas do prédio. Ou, ainda, processo gradual de desilusão, proporcionado por uma experiência constitutiva de ilusão, por um reiterado ato de “provisão” dentro da contratransferência; propor-

cionado, na linguagem de Balint, pela “fase do novo começo”:

Se o analista conseguir atender de forma correta aos desejos primitivos e irrealis, o paciente pode ser ajudado a reduzir a desigualdade opressiva entre ele e seu objeto. Com a redução da desigualdade, a dependência do paciente ao seu objeto primário, que se tinha desenvolvido novamente na fase do novo começo do processo analítico, poderá ser reduzida consideravelmente ou até mesmo desaparecer por completo⁵⁵.

Antes de terminar, gostaria de retomar, conforme prometido, a caracterização do processo intersubjetivo que promove regressão à dependência como baseado “na função do analista [...] como um objeto associado a um processo que não distingue entre percepções interiores e exteriores”⁵⁶ Articulando esta ideia: 1) ao que Winnicott⁵⁷ descreve como adicção, isto é, uma regressão a um estágio em que os fenômenos transicionais não eram questionados; 2) ao que ele mesmo desenvolve sobre “o paciente que necessita de uma regressão”, a saber, que tal paciente “precisa ficar extremamente dependente, absolutamente dependente mesmo”⁵⁸; 3) ao que Balint elabora acima, encerro deixando a seguinte questão:

»
um processo gradual de desilusão, proporcionado por uma experiência constitutiva de ilusão, por um reiterado ato de “provisão” dentro da contratransferência; proporcionado, na linguagem de Balint, pela “fase do novo começo”

Se, em relação ao amor de transferência no campo da neurose, Freud afirma que “A terapia tem de ser conduzida na *abstinência*”⁵⁹, não é possível vislumbrarmos, no que se refere ao campo dos sofrimentos não neuróticos, a *adicção* como paradigma transferencial de um novo começo?

52 D. W. Winnicott, “O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil”, p. 161.

53 C. Bollas, “La regresión ordinaria a la dependencia”, p. 311.

54 R. Roussillon, “Le besoin de créer et la pensée de D. W. Winnicott”.

55 M. Balint, *A falha básica: aspectos terapêuticos da regressão*, p. 64.

56 C. Bollas, “La regresión ordinaria a la dependencia”, p. 325-326.

57 D. W. Winnicott, “Objetos transicionais e fenômenos transicionais”.

58 D. W. Winnicott, “Contra-transferência”, p. 149.

59 S. Freud, “Observações sobre o amor de transferência”, p. 218.

Referências bibliográficas

- Balint M. (1968/1993). *A falha básica: aspectos terapêuticos da regressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bollas C. (1997a). El objeto transformacional. In: *La sombra del objeto: psicoanálisis de lo sabido no pensado*. Buenos Aires: Amorrortu, p. 29-48.
- Bollas C. (1997b). La regresión ordinaria a la dependencia. In: *La sombra del objeto: psicoanálisis de lo sabido no pensado*. Buenos Aires: Amorrortu, p. 306-327.
- Bourdellon G. (2004). Engagement dans le désir ou engouffrement dans la dépendance. *Revue Française de Psychanalyse*, Tome LXVIII, n. 2, p. 441-457.
- Figueiredo L. C. (2009a). Confiança. A experiência de confiar na clínica e na cultura. In: *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. São Paulo: Escuta, p. 71-99.
- Figueiredo L. C. (2009b). A metapsicologia do cuidado. In: *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. São Paulo: Escuta, p. 131-151.
- Figueiredo L. C. (2011a). A situação analisante e a variedade da clínica contemporânea. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 45, n. 1, p. 137-150.
- Figueiredo L. C. (2011b). Aula na PUCSP. Texto não publicado.
- Figueiredo L. C.; Cintra E. M. U. (2004). Lendo André Green: o trabalho do negativo e o paciente limite. In: Cardoso M. R. (org.) *Limites*. São Paulo: Escuta, p. 13-58.
- Freud S. (1912/2010). Recomendações ao médico que pratica a psicanálise. In: *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ("O caso Schreber")*, artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913). Trad. e notas Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, p. 163-192.
- Freud S. (1915/2010). Observações sobre o amor de transferência. In: *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ("O caso Schreber")*, artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913). Trad. e notas Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, p. 210-228.
- Le Poulichet S. (1991). Se faire un corps étranger. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 43, p. 249-263.
- Ogden T. H. (2005). What's true and whose idea was it? In: *This art of psychoanalysis: dreaming undreamt dreams and interrupted cries*. London and New York: Routledge, p. 61-76.
- Pessoa F. (1928/1995). Tabacaria. In: Galhoz M. A. (org.) *Fernando Pessoa: Obra poética*. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, p. 362-366.
- Roussillon R. (2005). La "conversation" psychanalytique: un divan en latence. *Revue Française de Psychanalyse*, 2005/2, 692, p. 365-381.
- Roussillon R. (2006). Pluralité de l'appropriation subjective. In: Richard F.; Wainrib S. (orgs.) *La subjectivation*. Paris: Dunod, p. 59-80.
- Roussillon R. (2008). L'entreje(u) primitif et l'homosexualité primaire "en double". In: *Le jeu et l'entre-je(u)*. Paris: PUF, p. 108-134.
- Roussillon R. (2011). Le besoin de créer et la pensée de D. W. Winnicott. *Le carnet PSY*, 2011/3, n. 152, p. 40-45.
- Savietto B. B. (2011). "Este (meu) corpo, a quem pertence?": considerações metapsicológicas e clínicas sobre a drogadicção. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 45, n. 4, p. 57-68.
- Savietto B. B. (2010). *Drogadicção na juventude contemporânea: a "intoxicação" pelo outro*. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Winnicott D. W. (1951/2000). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, p. 316-331.
- Winnicott D. W. (1960/1983). Contratransferência. In: *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, p. 145-151.
- Winnicott D. W. (1963/1992). Fear of breakdown. In: Winnicott C.; Shepherd R.; Davis M. (eds.) *Psycho-analytic explorations*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, p. 87-95.
- Winnicott D. W. (1967/1975). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, p. 153-162.
- Winnicott D. W. (1969/1994). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In: Winnicott C.; Shepherd R.; Davis M. (eds.) *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 195-202.

Transference, transparency and transformation in the clinic of drug addiction

Abstract This article aims at analyzing inherent features in the treatment of a clinical case of addiction to drugs. Drawing on the concept of transformational object, as well as on elaborations about the processes of illusion / disillusion and mirror function, we examined these features as conditions of possibility for the entry in a third time in that treatment, the time of "being able to want".

Keywords transformational object; illusion / disillusion; reflexivity; regression to dependence, addiction.

Recebido em: janeiro/2012.

Aprovado em: maio/2012.