

CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE E DAS PSICOTERAPIAS DE ORIENTAÇÃO PSICOANALÍTICA EM UM CASO DE ADIÇÃO

Ana Carolina Barreto Braga*

RESUMO

Este artigo inspirou-se em estudo desenvolvido a partir de um caso clínico, cujos atendimentos tiveram início em abril de 2012, no Centro de Educação para a Saúde (CEPS), do Centro Universitário Filadélfia (UNIFIL). Considerando a incidência da toxicomania, sua demanda clínica, a necessidade de compreender as diversas formas de manifestações sintomáticas decorrentes dessa prática e as possíveis maneiras de manejá-las, intentou-se demonstrar a importância e a contribuição da Psicanálise e psicoterapias de orientação psicanalítica como tratamento que possibilita a recuperação, abstinência e cura de si mesmo do sujeito adicto. A apreensão do fenômeno toxicomania realizou-se pela revisão de literatura, com o uso de referencial da Psicanálise e da Psicossomática psicanalítica. Essa é uma pesquisa qualitativa que se utiliza do método da construção do caso clínico. Serão descritos os principais conceitos psicanalíticos utilizados para compreensão do fenômeno da toxicomania e na análise do caso clínico.

Palavras-chave: Psicanálise. Psicoterapia. Toxicomania. Adicção.

ABSTRACT

This article was inspired by a study from a clinical case, whose attendance began in April 2012, at the Center for Health Education (CEPS) of the University Center Philadelphia (UNIFIL). Considering the incidence of drug addiction, its clinical demand, the need to understand

* Especialista em Residência em Psicologia Clínica e da Saúde, pelo Centro Universitário Filadélfia (UniFil, 2013); graduada em Psicologia (UniFil, 2011) carolforum@hotmail.com

the various forms of symptomatic manifestations resulting from this practice, and the possible ways to handle them, an attempt to demonstrate the importance and contribution of psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy as a treatment that enables the recovery, abstinence and self-healing of the individual addict. The seizure of the addiction phenomenon took place by means of literature review, using the reference of Psychoanalysis and Psychoanalytic Psychosomatics. This is a qualitative research which uses the method of construction of the clinical case. It will describe the major psychoanalytic concepts used in the understanding of the phenomenon of drug addiction and in the analysis of the clinical case.

Key words: Psychoanalysis. Psychotherapy. Drug addiction. Addiction.

CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE E DAS PSICOTERAPIAS DE ORIENTAÇÃO PSICOANALÍTICA EM UM CASO DE ADICÇÃO

Ana Carolina Barreto Braga

1 INTRODUÇÃO

Este artigo baseia-se em caso clínico cujos atendimentos foram iniciados em abril de 2012 no Centro de Educação para a Saúde (CEPS), do Centro Universitário Filadélfia (UNIFIL), e contou com a valiosa supervisão da Dra. Denise Hernandes Tinoco. O CEPS realiza atendimentos de Psicologia e Psiquiatria, com psicólogos residentes, credenciados pelo SUS.

Considerando a incidência do fenômeno toxicomania e sua demanda clínica, a necessidade de compreender as diversas formas de manifestações sintomáticas que surgem atualmente nessa prática, dentre elas, o fenômeno da drogadição, e sobre as possíveis maneiras de manejá-las, levanta-se o questionamento: qual a importância e a contribuição da Psicanálise e das psicoterapias de orientação psicanalítica como tratamento que viabiliza a possibilidade de recuperação, abstinência e a cura de si mesmo na questão da drogadição?

Foi em torno desta questão que o presente estudo se desenvolveu no intuito de, a partir das respostas aqui encontradas, contribuir e enriquecer a prática de todos os profissionais envolvidos com essa problemática e que utilizam a Psicanálise como referencial teórico para suas intervenções e propostas de tratamento do sujeito adicto.

Dessa forma, tornam-se relevantes novos estudos que abordam o complexo fenômeno toxicomania na perspectiva psicanalítica a partir da prática clínica e suas propostas de tratamento e recuperação do sujeito considerado como dependente de drogas no contexto atual.

Pretende-se demonstrar neste estudo como a Psicanálise e as psicoterapias de orientação psicanalítica podem contribuir no tratamento, possibilitar a recuperação, sustentar o período da abstinência e

oferecer outra saída para a questão da toxicomania, a partir da elaboração de um caso de adicção, que serviu de referência para a análise e conclusão desta pesquisa.

O objetivo geral deste trabalho é fazer um estudo psicanalítico do fenômeno da toxicomania, promovendo um recorte nesse campo para promover um marco clínico e teórico a partir do qual seja possível discutir suas possíveis contribuições no tratamento dos sujeitos adictos. Como objetivo específico, demonstrar por meio do método de pesquisa qualitativo na construção do caso clínico – fundamentado teoricamente desde os pressupostos freudianos e de outros conceituados autores da psicanálise – a importância e a contribuição da Psicanálise e da psicoterapia de orientação psicanalítica, como pilares teóricos e metodológicos que visam a ampliar as possibilidades de recuperação, abstinência e cura de si mesmo.

2 METODOLOGIA

Este trabalho é uma pesquisa qualitativa que se utiliza do método da construção do caso clínico. Nele, serão descritos os principais conceitos psicanalíticos utilizados para a compreensão do fenômeno da toxicomania e na análise do caso clínico desse estudo.

Os dados de pesquisa utilizados foram os prontuários da paciente, contendo o histórico clínico, a evolução do tratamento e informações sobre o núcleo familiar. Também foram utilizados os relatórios de algumas sessões e registros de memória de entrevistas realizadas com sua mãe, bem como relatos da própria paciente. Todos esses elementos foram relacionados à problemática discutida neste trabalho e analisados por meio das técnicas psicanalíticas de atenção flutuante, análise da transferência, contratransferência e das defesas egóicas da paciente.

A apreensão do fenômeno toxicomania realizou-se por meio da revisão bibliográfica, utilizando o referencial da Psicanálise e da Psicossomática psicanalítica. Muitos autores seguiram a mesma direção para a compreensão dessa problemática, bem como seus desdobramentos, utilizando da teoria psicanalítica desde sua fundação até os dias de hoje.

De acordo com Chaves (2006, p. 108), o conceito de transfe-

rência sofre transformações ao longo da obra de Freud aproximando-se cada vez mais do centro da experiência psicanalítica. Segundo a autora, o fenômeno apresenta-se em três facetas: repetição, resistência e sugestão. Como repetição, atesta a existência do inconsciente, revela seu funcionamento e permite observá-lo em seu estado bruto não traduzido em palavras. A faceta da repetição ainda inclui o analista numa das séries psíquicas constituídas pelo analisando, que, a partir da experiência analítica, deve ser tomado como uma atualização das suas relações primordiais. Freud (1996c, p. 445) ilustrou o fenômeno quando comparou a transferência à camada de troca de uma árvore, entre a madeira e a casca, a partir do qual deriva a nova formação de tecidos e o aumento da circunferência do tronco.

Como resistência, torna-se um obstáculo à análise por interromper as associações, permitindo ao paciente evitar recordar os conteúdos recalçados, repetir marcas das primitivas relações afetivas com o analista, e atuar no *setting* terapêutico. Por sugestão, entende-se a forma de influir sobre o paciente mediante os fenômenos transferenciais, que contribuem para a influência do analista sobre o paciente, para que este seja capaz de suportar os sofrimentos desagradáveis e persistir no tratamento (CHAVES, 2006, p. 108-9).

Nas palavras da autora:

A cura psicanalítica se realizará fundamentalmente no campo da transferência. Se a finalidade da análise é propiciar a emergência da simbolização, ela se realiza mediante a análise da resistência, pela colocação da repetição no campo da transferência, onde a significação encontra a condição de possibilidade para se articular. O campo analítico está assim circunscrito entre o sentido e a força pulsional. E o analista não pode se contentar em pensar as relações entre analista e analisando em termos racionais. Tem que se entregar à experiência transferencial, para manter as coordenadas do espaço analítico e para que a simbolização possa se articular. (CHAVES, 2006, p. 109)

A contratransferência para McDougall (1996, p. 100), em acordo com o que formulou Freud, é o afeto positivo ou negativo despertado por determinados analisandos ou por determinado discurso, proveniente de diversas fontes e que diz respeito ao analista.

A técnica da atenção flutuante, conforme descrita por Freud

(1996a, p. 125-6), rejeita o emprego de qualquer recurso especial, como de tomar nota, por exemplo, consiste apenas em não dirigir reparo para algo específico e em manter a atenção uniformemente suspensa em face de tudo o que se escuta, em contrapartida da exigência feita ao paciente de que comunique tudo o que lhe ocorre, sem crítica ou seleção, regra fundamental da Psicanálise de associação livre.

De acordo com Freud (1996b, p. 427):

a escolha objetal que se faz após o estágio narcísico pode realizar-se segundo dois tipos diferentes. Um, segundo o tipo narcísico, no qual o próprio ego da pessoa é substituído por outro, que lhe é tão semelhante quanto possível; e o outro, segundo o tipo ligação, no qual as pessoas que se tornaram valiosas, porque satisfizeram suas necessidades vitais básicas, são escolhidas como objetos pela libido.

Para o autor, “[...] uma intensa fixação ao tipo narcísico de escolha de objeto deve ser incluída na predisposição ao homossexualismo manifesto” (FREUD, 1996b, p. 427).

Freud (1996b, p. 427-8) falou sobre a hipótese da libido objetal se transferir para a libido do ego e, portanto, ser a única capaz de resolver o enigma daquilo que se denominavam neuroses narcísicas, porém uma retirada da libido objetal para dentro do ego não seria diretamente patogênico, a exemplo do que ocorria no sono. Assim, chegou-se à conclusão de que se tratava de algo bem diferente quando determinado processo, muito vigoroso, força uma retirada da libido dos objetos, como constatado – posteriormente – na paranoia e na melancolia (quando perdiam o objeto sexual ou quando o objeto se tornava sem valor para os sujeitos, por sua própria falha). Compreendeu-se que o melancólico, na realidade, retira do objeto sua libido, mas que, por um processo de identificação narcísica, o objeto se estabelece no ego, projetando-se sobre o ego. O que ocorre a partir disso é que o ego da pessoa então é tratado à semelhança do objeto que foi abandonado e é submetido a todos os atos de agressão e expressões de ódio vingativo, anteriormente dirigidos ao objeto.

Nesses casos, a libido que se tornou narcísica não consegue retornar aos objetos. Essa interferência na mobilidade, certamente, torna-se patogênica, parecendo não ser tolerada uma acumulação de libido narcísica além de determinado nível. Freud (1996b, p. 428) afirma

que na melancolia, bem como em outros distúrbios narcísicos, emerge, com acento especial, um traço particular na vida emocional do paciente – aquilo que, de acordo com Bleuler, foi acostumado a se descrever como ambivalência, o que significa que estão sendo dirigidos à mesma pessoa sentimentos contrários amorosos e hostis.

Ainda de acordo com Freud (1996d, p. 375), a libido encontra as fixações necessárias para romper as repressões nas atividades e experiências da sexualidade infantil, nas tendências parciais abandonadas, nos objetos da infância que foram abandonados. Contudo, seus derivados foram mantidos com alguma intensidade na fantasia e é a esses, por conseguinte, que a libido retorna. Dessa forma, a retração da libido para a fantasia é um estágio intermediário no caminho da formação dos sintomas (introversão).

Os sintomas são substitutos da satisfação frustrada, realizando uma regressão da libido a épocas anteriores do desenvolvimento, regressão a que necessariamente se vincula um retorno a estágios anteriores de escolha objetal ou de organização (FREUD, 1996d, p. 367).

Freud (1996b, p. 422) afirmou que o ponto fraco no desenvolvimento libidinal das neuroses narcísicas situa-se numa fase diferente. A fixação determinante, que permite a irrupção que leva à formação dos sintomas, situa-se em outra posição, provavelmente na fase de narcisismo primitivo, ao qual a demência precoce retorna em seu resultado final. Ele considerou surpreendente, no caso de todas as neuroses narcísicas, ter de supor que os pontos de fixação da libido remontam a fases muito anteriores do desenvolvimento, em comparação com o que se observa na histeria e na neurose obsessiva. Orientou-se pelos conceitos obtidos em seus estudos das neuroses de transferência por se mostrarem adequados na compreensão das neuroses narcísicas, considerados por ele, na prática, tão mais graves.

A experiência de Gurfinkel (1995), trabalhando em uma instituição de toxicômanos segundo o modelo de Comunidade Terapêutica, trouxe inquietações e uma série de perguntas. O autor se perguntava sobre uma maneira de entender, em termos de investimentos pulsionais, o vínculo do toxicômano com a droga. Entre os questionamentos que precederam o início de sua pesquisa, esse tem, a meu ver, especial interesse para o presente trabalho: o autor pretendia compreender como pensar a toxicomania do ponto de vista da Psicanálise.

Gurfinkel (1995) escolheu explorar as diversas configurações que a teoria das pulsões foi tomando, buscando subsídios para compreender o fenômeno dos usos de droga e da toxicomania. Ao tomar a toxicomania como um tipo particular de adicção, e não apenas como uma modalidade específica de uso de drogas, ele encontrou caminho fecundo para a abordagem propriamente psicanalítica do tema.

Gurfinkel se propôs a trabalhar a noção de toxicomania em seus dois elementos constitutivos, drogas e adicções, no intento de compreendê-los separadamente. Para o autor, o maior problema metodológico no trabalho clínico com a questão das drogas foi a dificuldade de haver uma aproximação com o toxicômano que não fosse simplesmente externa, adaptativa, “do lado da realidade” (GURFINKEL, 1995, p. 17).

Nos estudos de Gurfinkel (1995, p. 245), as relações entre pulção de morte e narcisismo conduziram à revisão do significado do autoerotismo e da teoria da perversão em sua articulação com a toxicomania, partindo da vinculação das adicções com a atividade masturbatória, sugerida por Freud, para compreender essa relação. O que percebeu, em McDougall, na concepção contemporânea de perversão, foi “[...] uma reformulação que acrescenta, no aspecto qualitativo, conflitos de ordem mais arcaica em que está em jogo a identidade subjetiva, do ponto de vista quantitativo, o problema econômico de uma atividade adictiva ou compulsiva” (GURFINKEL, 1995, p. 246).

A partir desse ponto, passa-se a abordar, com certa ênfase, os conceitos desenvolvidos por McDougall em seus estudos baseados em outros autores psicossomatistas importantes como Pierre Marty, M^o Uzan e Sifneos por ter sido a autora privilegiada na análise do caso clínico de que trata este trabalho. As razões que nos levaram a isto são especialmente a atualidade de seu trabalho, sua dedicação ao tema adicção e sua enorme contribuição para a prática clínica com sujeitos adictos.

McDougall (1996, p. 90) é taxativa ao dizer que, caso o bebê seja tratado apenas como objeto de satisfação narcísica da mãe, correrá o risco de ter problemas em sua constituição psíquica precocemente em estágios posteriores de desenvolvimento. A autora se referiu à fase em que surgem os fenômenos transicionais descritos por Winnicott. Grosso modo, é o período em que a criança elege determinados obje-

tos que a ajudam a suportar sentimentos de angústia diante da ausência materna por certo período de tempo até que, gradualmente, os possa abandonar. No adulto, falhas nessa fase podem ocasionar o que McDougall denominou de potencial de criação de objetos transicionais patológicos ou objetos transitórios, sob a forma de substâncias, das quais dependerá de forma adicta, ou de relacionamentos, em que a dependência ocorrerá como condutas sexuais adictivas.

Avaliando os próprios sentimentos transferenciais, despertados na situação analítica por pacientes com um modo característico de funcionamento psíquico que eliminava grande parte das experiências emocionais, McDougall passou a se interessar e a observar, em muitos casos, como as experiências afetivas abalavam os indivíduos e determinavam a emergência de problemas psicossomáticos e adictivos (MCDUGALL, 1996, p. 99).

McDougall (1996, p. 100) percebeu que determinados sujeitos, em circunstâncias particulares, eliminavam indícios de sentimentos profundos, indicando que vivências que estiveram na origem de emoções intensas ficavam inacessíveis à consciência, tornando impossível elaborá-las psiquicamente. Notou que o traço de personalidade comum a esses pacientes era de manterem uma conduta fria em suas relações, regida por regras e normas sociais e sem manifestação de sentimentos, como se precisassem recusar sua dependência em relação aos outros.

A autora cunhou o termo *desafetação* e o descreveu como um mecanismo de defesa. O prefixo *des-* contém a ideia de separação ou perda e sugere metaforicamente que o sujeito *desafetado* está psiquicamente separado de suas emoções, podendo ter perdido a capacidade de manter contato com suas realidades psíquicas. E prossegue afirmando que perder a capacidade de se conectar com as próprias emoções é um problema psíquico grave. Na situação analítica, a *desafetação* surge no discurso, em palavras *desafetadas*, com ausência de sua função pulsional, apresentando-se esvaziadas de significado. O discurso pode ser inteligível, intelectualizado, porém desprovido de afeto (MCDUGALL, 1996, p.104- 05).

A autora preferiu o termo *desafetação* a outros mais difundidos atualmente – como pensamento operatório, alexitimia, neurose de comportamento –, para ressaltar que vivências prematuras de emoções

intensas ameaçam a constituição subjetiva desses sujeitos, que para manter sua integridade psíquica, desenvolveram um modo de se defender que pudesse evitar lembranças de experiências traumáticas portadoras da ameaça de aniquilamento (MCDOUGALL, 1996, p. 105).

As defesas mobilizadas para enfrentar essa ameaça de aniquilação psíquica impelem um bom número de adultos – através do abuso das drogas, do alcoolismo, do suicídio – a realizar aquilo que, em sua infância, inconscientemente acreditavam que pudesse abrir para eles a única passagem em direção à liberdade. (MCDOUGALL, 1996, p. 98)

Sobre o funcionamento mental que gera esse estado de desafeição, McDougall formulou as seguintes hipóteses: os fatores dinâmicos formam a base da existência de uma brecha psíquica entre as emoções e as representações mentais às quais elas estão ligadas e os recursos econômicos, por meio dos quais funciona essa maneira de viver, excluem os sentimentos, as vivências afetivas, e dissimulam o poderoso mecanismo defensivo envolvido em seu funcionamento (MCDOUGALL, 1996, p. 106).

Na impossibilidade de elaborar psiquicamente uma emoção, ela é descarregada no corpo, como na primeira infância, o que, afirma McDougall (1996, p. 107), “leva à ressomatização do afeto”, reduzindo-a a uma mensagem de ação não verbal. Para a autora, os indivíduos que tratam a emoção dessa forma são predispostos a explosões somáticas de todos os tipos, especialmente, quando surgem ocasiões de fortes impactos emocionais, como acidentes, nascimentos, luto, divórcio, abandono.

McDougall (1996, p.107) diz que nessas ocasiões as soluções adictivas falham e não permitem ao sujeito esquecer seus sentimentos, revelando a contradição do objeto adicto, já que nenhum objeto real pode substituir o objeto fantasístico, que falhou ou sofreu danos no mundo interno.

Ao comparar os objetos transicionais às substâncias adictivas, McDougall ressalta que:

os indivíduos, que funcionam com uma economia psíquica adictiva a fim de fazerem desaparecer a dor psíquica, não dispõem de uma representação interna da mãe como objeto introjeto capaz de dispensar cuidados, mãe com a qual

eles poderiam se identificar nas situações de tensão ou conflito. [...] [A] fragilidade interna torna-se maior pela falta (igualmente importante) do objeto paterno poderoso introjetado. (MCDUGALL, 1996, p. 109-10)

Para McDougall (1996, p. 110-11), a experiência da ruptura com determinada adicção permite ao analisando fazer descobertas durante o processo analítico e considera que as recaídas são antes a regra do que a exceção e que podem ser importantes para o analisando elaborar os sentimentos de feridas narcísicas e libidinais que o arrastam para a armadilha da adicção.

Com os estudos desenvolvidos por McDougall, é possível pensar na questão da toxicomania e do sujeito adicto, propriamente dito, de uma maneira ampliada e com enormes possibilidades terapêuticas no contexto da perspectiva da psicossomática psicanalítica.

3 APRESENTAÇÃO DO CASO

A paciente aguardava atendimento inscrita na lista de espera de procura espontânea do CEPS. Nessa lista, os únicos dados disponíveis aos residentes são o nome, a idade e o telefone do paciente.

Por questões éticas, o verdadeiro nome da paciente será omitido e passará a ser identificada como P (de paciente). As iniciais dos nomes das demais pessoas eventualmente mencionadas também são fictícias.

Foram marcados 130 atendimentos, dos quais a paciente compareceu a 103 sessões, portanto, faltou a 27.

No início de seu atendimento, em março de 2012, P contava 38 anos. Era filha temporã em uma família de seis filhos, com mãe aposentada e pai falecido há cerca de um ano. Domiciliada em Londrina, morava com a mãe, possuía formação em curso superior e estava desempregada na época. Apresentava um histórico de abuso de diversos tipos de drogas ao longo de 28 anos.

4 ANÁLISE DO CASO

Quando inquirida sobre a razão para estar desejando atendimento psicológico, P respondeu: “Minha mãe. Foi por causa dela que

eu vim”.

P relatou se drogar desde os dez anos de idade, usando preferencialmente *crack* e cocaína, e, eventualmente, maconha, bebidas alcoólicas e cigarros. Fazia uso de medicamentos controlados de forma indiscriminada para amenizar as reações físicas, como insônia e inapetência, e psíquicas, como alucinações e delírios persecutórios causados pelo uso constante de drogas.

Sua opinião sobre os tratamentos aos quais havia se submetido era de que não surtiram nenhum efeito terapêutico sobre ela. Descreveu-se como drogada, ladra, mentirosa e fria, declarando não se sentir nem um pouco mal com isso. Informou que fora abusada pelo cunhado por três anos consecutivos, dos dez aos treze anos de idade, período em que começou a se drogar, e que hoje sua palavra de ordem era o desamor. Disse não acreditar na Psicologia, em psicólogos e em terapia, considerando-se um caso perdido e acreditando que a única solução para ela seria a morte, porém era covarde demais para tomar essa providência. Apesar de saber que o uso abusivo do *crack* e da cocaína poderia causar-lhe a morte, P não atribuía ao ato uma tentativa de se matar. Pelo contrário, ela considerava que o alívio e o prazer proporcionados pela droga a ajudavam a continuar viva.

Homossexual assumida desde os 21 anos, relatou na primeira sessão que suas relações amorosas foram todas desastrosas e causaram muito sofrimento a ela. Desde sua última separação, há cerca de dois anos, desiludira-se e nunca mais se envolveu com alguém (P disse que viveu com essa mulher, também usuária e bem mais nova do que ela, durante alguns anos). Relatou que sempre preferira as mulheres que não correspondiam às suas investidas, considerando como o auge do prazer apaixonar-se platonicamente.

P relatou que em seus “casamentos” (foram dois), cumprira o papel de provedora, pois suas mulheres dependiam dela para tudo e, mesmo assim, elas a traíram, mentiram e a enganaram, porém P sempre as perdoara. Nas duas relações de P, foram as mulheres que decidiram pelo término.

Ela contou sua história sem demonstrar emoções e os únicos sentimentos explícitos em sua narrativa eram o ódio e ressentimento.

Na primeira entrevista, o manejo foi realizado visando a transformar a queixa originalmente feita pela mãe da paciente em uma de-

manda por tratamento da própria paciente. O primeiro eixo do trabalho consistiu em validar seu discurso para a percepção do desamparo e solidão como índice de seu mal-estar subjetivo, tamponados por sua dependência a drogas, com o objetivo de implicar a paciente em seu problema e possibilitar sua entrada em tratamento psicoterápico.

O segundo eixo foi questionar sobre os eventos traumáticos com o objetivo de apoiar um novo posicionamento subjetivo diante do sofrimento, cuja origem estava no abuso sexual realizado por seu cunhado e na conduta de negação desse fato pela mãe e irmãos. P encontrava-se totalmente identificada ao objeto droga, chegando a dizer que ela era pura toxina e, por meio desse vínculo simbiótico com a droga, absteve-se, até aquele momento, de confrontar seus conflitos de maneira consciente.

O terceiro eixo consistiu em confrontá-la com sua adicção e a função do abuso das drogas para fugir e se distanciar do sofrimento. Como o acontecimento traumático apontava para o fracasso familiar em prover segurança, confiança e amor e evidenciava o fracasso de seus pais em suas funções maternas e paternas, a paciente passou a se autodestruir abusando das drogas e planejando estratégias para se vingar dos irmãos. Em consequência, manteve intactos seus objetos de identificação narcísica. Assim, sua mãe passou a ser interpretada como vítima dos irmãos, que a incentivaram a não acreditar nela, e o pai, como um homem frágil, que não suportaria a decepção de se saber traído por alguém em quem confiava e amava.

Nesse sentido, o trabalho consistiu em confrontá-la em sua posição de filha e de criança indefesa, que era na época do abuso sexual, desmitificar as figuras paternas, aceitar a realidade, tolerar a frustração e o sofrimento de maneira consciente, para que ela pudesse encontrar uma nova maneira de viver, livrando-se da dependência das drogas.

O objetivo de P em seu tratamento era ficar em abstinência de crack e cocaína, conseguir e manter um trabalho e conquistar novamente sua autonomia. No início do tratamento, antes de iniciar o acompanhamento psiquiátrico e o tratamento farmacológico, P comparecia a uma sessão semanal. Às vezes, eram necessárias duas sessões no mesmo dia, quando estava em surto psicótico decorrente do uso de drogas.

Nessa ocasião, P foi classificada em um processo seletivo simplificado e convocada para trabalhar em duas escolas públicas, em dois períodos, tornando necessária a implantação de um tratamento medicamentoso domiciliar. Mas as chances de P aderir ao tratamento seriam bastante reduzidas, não fosse a presença do psiquiatra do CEPS. Além disso, sua presença e intervenções trouxeram à baila questões edípicas importantes para uma mudança de posição de P. O psiquiatra, convidado para aceitar P como paciente, colocou como condição a autorização e colaboração da mãe na administração de medicamentos, além de uma interconsulta semanal com a paciente acompanhada pela psicóloga.

Em casos graves de adicção, sabe-se que apenas a dita "força de vontade" do paciente não asseguram sua permanência em abstinência. As questões orgânicas intrínsecas ao processo de abstinência se impõem e favorecem as recaídas, desde que nada seja feito para que sejam asseguradas condições para contê-las. Foi imprescindível promover-se o diálogo entre a psiquiatria e a psicologia para que o tratamento de P tivesse possibilidade de avançar.

Após decidir interromper o uso de drogas, era previsto que o desejo de usá-las se intensificaria, pois a dependência química não afeta apenas o aspecto orgânico. Além disso, P não lidava com a realidade conscientemente havia muito tempo. Os sentimentos e angústias desencadeados pela desintoxicação e pelo próprio processo psicoterapêutico se constituiriam em um desafio ao seu propósito de abstinência. Partindo dessas premissas, assim que teve início o tratamento psiquiátrico, passou-se a realizar quatro sessões semanais de psicoterapia, além daquela com o psiquiatra, para proporcionar apoio e continente¹ à paciente.

Em um período de três meses, durante o acompanhamento psiquiátrico, P teve três recaídas. Na primeira, Dr. L advertiu-a novamente sobre o perigo de um surto psicótico na mistura de medicamentos e drogas psicotrópicas e que não estava disposto a se arriscar caso ela voltasse a repetir tal comportamento. Na segunda vez, Dr. L atri-

¹ Continente, palavra cunhada por Bion, indica a capacidade do terapeuta de conter as necessidades, angústias e demandas do paciente, análogas à função materna no início da vida do bebê. (ZIMERMAN, D. **Vocabulário contemporâneo de psicanálise**. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 84-5)

buiu à psicoterapeuta o poder de decidir sobre a questão, considerando que naquela altura a medicação já estava agindo e não mais se tratava de uma crise de abstinência. Dr. L disse à paciente que podia perceber o quanto ela estava melhor e o quanto ele acreditava em sua capacidade de recuperação, porém que não poderia ser omissivo diante da gravidade da situação. O parecer foi favorável à paciente, reconhecendo sua honestidade ao não omitir seu grave deslize, sua dedicação à psicoterapia e da necessidade de ter o acompanhamento médico nesse período tão delicado. Dr. L informou P que seria desligada, se o fato se repetisse.

P teve sua terceira recaída. Foi decidido que, para o bem de P, o Dr. L encerraria seu acompanhamento. Mesmo considerando que seria um manejo muito arriscado, houve a disposição de correr-se o risco. Era conhecido o prazer pervertido de P em transgredir a lei e a ordem das coisas, de corromper o *setting* terapêutico, ainda que isso implicasse colocar em risco sua vida. Contudo, não era possível ser conivente. Dr. L considerou a possibilidade de voltar a atendê-la em momento oportuno. P manteve-se em abstinência por quatro meses, voltando a ter o acompanhamento do psiquiatra em sessões quinzenais.

A primeira impressão, após a entrevista inicial com P, baseada na escuta e na interpretação transferencial, sinalizava um pedido de ajuda, porém os fatos não indicavam um bom prognóstico para o caso clínico devido ao obstáculo que a grave adicção da paciente representava para sua entrada e adesão ao tratamento.

No decorrer dos atendimentos, percebeu-se que o conflito psíquico da paciente centrava-se no abuso sexual sofrido na infância e mantido em segredo, agravado pela forma de sua mãe e irmãos lidarem com o assunto, assim que foi revelado. O que se verificou foi que, na aparência, todos negaram o acontecido, apoiando-se no fato de P ser uma dependente de drogas, por isso não merecedora de confiança. O abuso sexual consistiu em fato inaceitável para a instituição familiar. Foi uma situação geradora de extremo sofrimento para P. Assim, ela procurou esquecer-la apoiando-se na crença de que não haveria solução possível para esse problema. Aceitou o lugar de drogada na constelação familiar e considerou a dependência como única saída existente para evitar o sofrimento de uma realidade sem sentido algum para ela. Na impossibilidade de aceitar falhas das figuras paternas idealizadas,

considerava que os pais eram vítimas dos acontecimentos e ela seria a culpada, aceitando sentir todo ódio, culpa e ressentimento apenas por si mesma e por seus irmãos. Nas relações amorosas, P promovia uma inversão de papéis, colocando-se no lugar de provedora, não se permitindo perceber o desejo de ser cuidada e amada, e negando sua necessidade de dependência. Ao preferir amar e não ser correspondida, ela repetia o que sentia em sua relação com a mãe.

Sobre a personalidade de P, considerou-se a hipótese de uma sexualidade adictiva, com pontos de fixação da libido na fase de narcisismo primitivo, na qual o objeto sexual é buscado incessantemente como droga.

Em decorrência do abuso sexual, a paciente sofreu inúmeros abalos narcísicos, principalmente na relação com a mãe, por falta desse olhar protetor e afetivo, denunciando sua vulnerabilidade dentro da própria família e tendo seu sofrimento agravado pela descrença de todos quando o fato veio à tona. P recorreu ao uso e abuso de drogas como uma forma de defesa poderosa na tentativa de esquecer e poder suportar o sofrimento diante da angústia de perder seus objetos de amor, do aniquilamento subjetivo e de não pertencimento familiar.

Toda a sensação de prazer obtida pelo uso frequente de drogas havia gradativamente desaparecido ao longo dos anos, obrigando-a a recorrer a doses cada vez maiores, que, por sua vez, intensificavam as alucinações e os delírios persecutórios, aterrorizando-a. P se viu diante de um impasse. A solução adicta que a ajudara a fugir de seus problemas ao longo de tantos anos estava fracassando e fatalmente a levaria a uma overdose, porém não conseguia encontrar outra saída para lidar com seus conflitos, a não ser afastando-os de sua consciência com o uso de drogas.

A mãe de P, ao longo do tratamento, representou muitas vezes um entrave para sua recuperação. No início, ligava frequentemente queixando-se do comportamento destrutivo da filha, da agressividade, de ficar se esfregando publicamente com “aquela mulher” e envergonhá-la (P iniciou um namoro no início do seu tratamento), de criar problemas em sua relação com os outros filhos, de estar gorda, de não fazer nada para ajudar em casa, de não arrumar um emprego, etc. A Sra. S simplesmente se negava a aceitar que a filha tinha dependência de drogas, que sua adicção era de muitos anos e considerada grave e

que, pela primeira vez na vida, havia pedido ajuda e estava em tratamento. Insistia em perceber P como seu prolongamento narcísico e a exigir que ela correspondesse ao seu ideal de filha, completamente alheia à realidade interna e externa. Ignorava as qualidades de P e exaltava os seus defeitos, fazendo-se de vítima ao expor seus problemas de saúde, o quanto havia sido boa mãe e que não era merecedora, naquela idade, de passar pelas situações criadas por P. Convocava constantemente a atenção de todos à sua volta.

Naturalmente, a Sra. S não tinha consciência do que fazia. P era produto de uma gravidez indesejada, pois a Sra. S já possuía seis filhos nessa ocasião, sendo a mais nova uma adolescente. A culpa que sentia desde que soube estar grávida de P só piorava diante do sintoma de adicção da filha e se tornou uma fonte inesgotável de enorme angústia. Ela me relatou que P sempre recebeu dos pais mais atenção, afeto, dedicação e recursos do que seus irmãos, portanto não conseguia compreender porque insistia em se comportar de maneira tão inadequada e causar tantos problemas. Excluía completamente de suas considerações o fato da filha ter sofrido abuso sexual pelo genro e ter se tornado dependente de drogas. A Sra. S agia como se houvesse algum engano, parecia óbvio para ela que a verdadeira vítima de toda aquela situação era ela mesma e não sua filha. Parecia que a Sra. S tentava esclarecer que P precisava de atendimento psicológico para compreender tudo e passar a se comportar de acordo com o plano que ela e o marido traçaram. Não era para ser tratada por ter dependência química, o que a mãe sequer admitia existir.

Convicta de que ela e o marido ofereceram a P uma educação sólida e irrepreensível, a Sra. S possivelmente suspeitava e temia que aceitar a existência do abuso sexual – e que isto estava diretamente relacionado com a adicção da filha – implicava admitir ter ocorrido alguma falha em seu modelo idealizado de educação, assim como na execução das funções maternas e paternas, o que agravaria o sentimento de culpa pré-existente, inviabilizando a conscientização e participação no problema.

Quando P tornou pública sua história e, conseqüentemente, a história de sua família, isso foi sentido pela Sra. S como humilhação e condenação, uma injustiça. A mãe descarregava toda sua frustração na filha, como se quisesse castigá-la por lhe causar tanto constrangimento.

Porém, para promover a separação dessa relação simbiótica estabelecida entre mãe e filha, em que não havia uma distinção subjetiva clara indicando uma passagem mal sucedida pelo processo de estruturação psíquica conferida ao Complexo de Édipo, foi necessário acolher essas manifestações da Sra. S, para então poder ocupar a posição de terceiro (o pai) nessa relação e favorecer a operação de corte necessária para que cada uma pudesse se aplicar em suas próprias questões.

Por outro lado, com sua nova companheira, a paciente estava estabelecendo o mesmo tipo de relação simbiótica que desejava manter com sua mãe, dependendo emocionalmente dela para realizar, inclusive, as necessidades mais básicas como comer e tomar banho.

P estava muito mais estruturada quando conseguiu falar sobre questões mais delicadas de sua história. Ela nutria um intenso sentimento de ódio por uma de suas irmãs, a que era casada com o homem que a violentara por três anos. P estava convicta de que a irmã não havia acreditado no que ela disse ou sequer se importara por ela ter sido abusada pelo marido, mantendo seu casamento com ele.

Certo dia, P chegou à sessão radiante. Aquela expressão em seu rosto era surpreendente. Contou, com muita satisfação, sobre uma conversa que tivera com a mãe na noite anterior. Sua mãe informou-lhe que a irmã não continuara casada depois que soubera do acontecido. Ele se mudara para outra cidade e nunca mais entrara em contato com os próprios filhos, porque sua irmã nunca permitira. Antes de se casar com o segundo marido, sua irmã ficara anos sozinha, informou-lhe a Sra. S. Outros detalhes da história foram esclarecidos por sua mãe, que nunca, antes daquele momento, havia permitido que P tocas-se no assunto com ela.

Naturalmente, isso não explicava toda a história e muitas questões continuavam pendentes, mas saber o que houve entre sua irmã e seu cunhado permitiu que P abrisse mão de seu apego ao ódio e possibilitou resignificar sua história, admitir o desejo de se reaproximar da família, de ser aceita, de ser amada e de perdoar. Agora P estava disposta a ouvir o outro lado da história e tomar conhecimento do que acontecera, sentia-se capaz de enfrentar o problema e o sofrimento ocasionado por ele.

Para finalizar esta análise, menciona-se a dificuldade e a angústia de P, sabendo que o final das sessões estava próximo. Esse senti-

mento era causado justamente pelo tipo de vínculo simbiótico que a paciente sempre estabeleceu em suas relações com pessoas significativas. Soubera pela mãe, no início do tratamento, que as psicólogas do CEPS permaneciam somente durante certo tempo na instituição e, desde essa ocasião, preocupou-se com o término do vínculo. Especialmente no caso de P, a quem esse processo gerava muita ansiedade acentuando sua sensação de desamparo, tornou-se necessário trabalhar a separação desde o início do tratamento. A paciente sempre esteve ansiosa em obter resultados rápidos e certos, estimulada por essa premissa. No decorrer do tratamento, a questão pareceu ter ficado de lado e apenas eventualmente P se referia ao assunto. No final, P começou a faltar frequentemente e a apresentar muita dificuldade tanto em ficar até o término de cada sessão como de prosseguir no tratamento.

Nesse ponto, o vínculo terapêutico entre paciente e psicóloga despertou o ciúme da companheira de P, dificultando ainda mais o processo de desligamento. Restavam poucas sessões e P faltou à metade, pretextando querer evitar desentendimentos com sua companheira. O que P realmente evitava era falar sobre os sentimentos despertados pelo iminente término do vínculo terapêutico e do quanto essa separação estava sendo difícil para ela. Quando finalmente voltou, P ficou surpresa ao saber que restavam apenas duas sessões. Nelas, P falou do quanto seria difícil recomeçar com outra terapeuta. Queria expressar que era muito grata por tudo o que a terapeuta havia suportado – o ódio, o desrespeito, as faltas – e o quanto a figura da psicóloga se tornara importante: “Sem você, eu não teria conseguido”. Chorou muito e disse que agora se autorizava a chorar, a sorrir, que conseguia suportar melhor a tristeza, a frustração e sua impotência, mas que também estava ciente de que podia fazer muito mais do que supunha. Agora podia sonhar, “só por hoje”, disse, referindo-se ao lema dos Narcóticos Anônimo.

P conseguiu, pela primeira vez na vida, manter vínculo de trabalho do início ao fim do contrato (final do ano letivo). Atualmente, aguarda sua renovação. O trabalho foi fundamental em sua recuperação, pelo sentido que proporcionou à sua vida. Ela sentia-se produtiva, tinha autonomia econômica e se ocupava diariamente, podendo acompanhar os resultados positivos de suas ações.

Onze meses após o início do tratamento, ao término do período

do da especialização, o caso clínico foi encaminhado para outra psicóloga, que iniciava a residência. P estava em abstinência há sete meses e sabia que sua recuperação ainda exigiria muita dedicação e cuidado, mas desejava continuar seu tratamento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O déficit de serviços extra-hospitalares, de profissionais especializados, de equipes transdisciplinares e de tempo hábil para acompanhamento pode ser destacado como o grande obstáculo ao atendimento a casos de sujeitos adictos à droga que, frequentemente, chegam a oferecer riscos a si próprios e a outros, e acabam sendo encaminhados para internação hospitalar psiquiátrica. Muitos casos poderiam receber acolhimento e intervenção em serviços ambulatoriais, pelo tempo necessário, permitindo a esses sujeitos permanecer em família e reintegrar-se à sociedade.

A Psicanálise configura-se em importante referencial que contribui para a compreensão dessa problemática e de tantas outras, ressaltando a importância de uma prática clínica que, diante das contradições humanas, valorize o que há de mais humano no homem: sua própria história, conforme afirmou Dunker (2011, p. 433).

A Psicanálise foi utilizada para compreensão do fenômeno da toxicomania e das adicções e a Psicoterapia de Apoio de Orientação Psicanalítica, nas intervenções durante o tratamento da paciente, cujo caso clínico foi construído neste estudo. Sua contribuição foi imprescindível e inestimável na condução do caso.

Por meio do espaço e vínculo terapêuticos, a paciente pode ressignificar suas dores, perceber os sintomas psíquicos, a função de seu abuso de drogas, e retirar o investimento libidinal de alguns objetos e reinvestir em outros, além de conseguir enxergar novas possibilidades de vida e readquirir a capacidade de sonhar.

Ressalte-se que o processo psicoterapêutico de P está apenas no início. Há um longo caminho a ser percorrido para compreensão das representações inconscientes que estão subjacentes ao seu sintoma de dependência a drogas e que se implicam em seu conflito. Durante o período de tratamento da paciente, foram trabalhados alguns sentimentos inconscientes que estavam relacionados ao evento traumático

ocorrido no período de sua infância, o abuso sexual. Da observação da estrutura e do funcionamento psíquico e pela escuta do discurso da paciente, foi possível formular o psicodiagnóstico inicial que possibilitou escolher a forma de condução de seu tratamento. Os aspectos mais arcaicos de sua sexualidade, sua homossexualidade, vínculos afetivos, sua maneira de se relacionar e escolhas objetivas são questões a serem analisadas na sequência do processo.

É importante evidenciar a importância das experiências proporcionadas pelas Clínicas-Escolas ao oferecer aos psicólogos residentes ou em processo de graduação a oportunidade de vivenciar a realidade em sua pluralidade e de se aprimorar, sobretudo pelo apoio de seus supervisores. Como modelo de serviço ambulatorial integrante do SUS, o CEPS é um bom exemplo, oferecendo aos pacientes um tratamento pautado nos princípios dos Direitos Humanos, em que é possível tratar questões – como a toxicomania – vistas sob uma perspectiva crítica e holística do ser humano e suas contradições.

Demonstrou-se, a partir da construção do caso clínico, como a Psicanálise e a psicoterapia de orientação psicanalítica contribuíram no tratamento de uma paciente adicta a drogas, possibilitando a recuperação, sustentando o período de abstinência e sua adesão ao tratamento, oferecendo outra saída para a toxicomania.

Concluiu-se que os objetivos propostos neste estudo foram cumpridos e espera-se que tenham contribuído para que profissionais envolvidos com a questão da saúde mental possam ter se beneficiado e se motivado a também publicar novos estudos abordando o assunto, compartilhando suas próprias experiências e fortalecendo, desta maneira, a prática da profissão.

REFERÊNCIAS

CHAVES, E. **Toxicomania e transferência**. Pernambuco, 2006. 199 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Universidade Católica de Pernambuco. Disponível em: <http://www.unicap.br/tede//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=8>. Acessado em: 15 mai. 2013.

DUNKER, C. I. L. **O Nascimento da Clínica**. In: _____. Estrutura

e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento. São Paulo: Annablume, 2011.

FREUD, S. **Recomendação aos médicos que exercem a psicanálise** (1912). Rio de Janeiro: Imago, 1996a. v. 12. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 24 v.)

_____. **Conferência XXVI**: “A teoria da libido e o narcisismo”. (1916-1917 [1915-1917]). Rio de Janeiro: Imago, 1996b. v. 16. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 24 v.)

_____. **Conferência XXVII**: “Transferência”. (1916-1917 [1915-1917]). Rio de Janeiro: Imago, 1996c. v. 16. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 24 v.)

_____. **Conferência XXXIII**: “Os caminhos da formação dos sintomas”. (1916-1917 [1915-1917]). Rio de Janeiro: Imago, 1996d. v. 16. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 24 v.)

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

MCDUGALL, J. **Teatros do corpo**: o psicossoma em psicanálise. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.