

# “Este (meu) corpo, a quem pertence?”: considerações metapsicológicas e clínicas sobre a drogadicção<sup>1</sup>

Bianca Bergamo Savietto<sup>2</sup>

**Resumo:** O objetivo deste artigo é refletir sobre a “intoxicação” e a dependência próprias ao corpo/psiquismo do sujeito drogadicto, assim como sobre os desafios à constituição de uma situação analisante que acolha este sujeito – e sobre algumas possibilidades de constituição desta situação analisante. A reflexão será desenvolvida por meio da apreciação de elaborações metapsicológicas e, sobretudo, da subsequente articulação entre tais elaborações e fragmentos de um caso clínico.

**Palavras-chave:** drogadicção; dependência; “intoxicação”; situação analisante.

## Introdução

Vamos partir do email recebido da paciente “Juliana”: “A neurose me obriga a confirmar: nossa sessão será amanhã às 19h30, né?”.

Juliana, jovem adulta de vinte e sete anos, em tratamento há quatro, frequentemente me “obriga”, seja por email, mensagem de texto ou ligação telefônica, a lhe garantir que não vai “bater com a cara na porta”. Isto é, me “obriga” a lhe assegurar que sim, estarei presente, esperando por ela, não a *abandonarei*. Mas com frequência busca, no decorrer das sessões, me excluir de seu discurso, falando ininterruptamente. Com vistas a evitar minhas intervenções e uma intolerável *invasão* de seu espaço psíquico, faz, simultaneamente, as vezes de analisando e de analista, com frases como “eu sei que você vai dizer que...”, “mas eu já pensei nisso e...”.

Talvez não seja “a neurose” o que “obriga” Juliana a coisa alguma. É possível perceber que na base dessa constante oscilação – que ora lança o outro de forma violenta para bem longe, ora chama-o para bem perto – situa-se um tipo de adoecimento que pode ser compreendido como fundamentalmente ligado à questão das fronteiras da vida psíquica, dos limites entre o eu e o outro (externo/interno). Estamos, com Juliana, no campo da interseção entre os adoecimentos narcisistas e esquizoides, diante de cujas oscilações abruptas o analista se vê tanto *engolfado* quanto *excluído* (Figueiredo, 2003; Villa & Cardoso, 2004).

Nesse campo, a insuficiente instalação do “duplo limite” e, como consequência, a insuficiente diferenciação sujeito/objeto ameaçam o sujeito quanto à garantia de sua continuidade ante a ausência do objeto e, ao mesmo tempo, ameaçam o sujeito quanto à sua integridade ante a presença do objeto. Em nossas investigações acerca da drogadicção – entendida como estado limite – essa questão das relações entre o eu e o outro (interno/

1 Apesar de este artigo abordar o atendimento de “Juliana”, trazendo fragmentos clínicos provenientes de suas interações com a analista, o andamento das elaborações teóricas aí contidas se dá por meio de discussões em equipe de pesquisa. Apoio FAPESP.

2 Mestre e Doutora em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pós-doutoranda do Departamento de Psicologia Experimental da Universidade de São Paulo.

externo) assume destaque, impulsionada pela análise do tipo peculiar de dependência que supomos estar em jogo nessa patologia.

Considerando o tipo de dependência envolvido na drogadicção (que se faz notar pelo recurso compulsivo do toxicômano ao objeto-droga), Geneviève Bourdellon (2004) elabora diferenciação entre dependência normal e dependência patológica, estabelecendo significativa articulação entre a fixação ao objeto de dependência presente, no segundo caso, e as dificuldades na organização das relações primárias. Sylvie Le Poulichet (2000), na mesma direção, afirma que na toxicomania o verdadeiro tóxico não é a droga: esta só entra em cena posteriormente a uma “intoxicação primária” engendrada por inadequações nas relações com os objetos primordiais.

Para escapar da dependência patológica a um outro (interno) indiferenciado, intrusivo e dominador – seja por falta ou excesso de presença “real”, os objetos primários, nos casos limites, configuram-se sempre para o sujeito, no âmbito psíquico e interno, como excessivamente presentes – o drogadicto recorre à colagem a um pseudo-objeto externo manipulável. Em outras palavras, frente à existência de um objeto (interno) “intoxicante”, o drogadicto procura desintoxicar-se, paradoxalmente, por meio da intoxicação pelas drogas.<sup>3</sup>

Ao apelar para um tratamento concreto de seu organismo utilizando uma substância tóxica externa, o toxicômano assinala o fracasso do trabalho do tempo e dos traços (Le Poulichet, 1991). Ademais, “a armadilha se fecha sobre ele, e lá onde acreditava desvencilhar-se do poder do objeto, ele encontra a dependência ligada a um *objeto material (...)*” (Corcos, 2004, p. 484, tradução e grifos meus).

Apesar de sintéticas, as apreciações acima indicam, diante da proposta de se pensar sobre a temática do corpo e suas expressões, a pertinência de uma reflexão acerca dos aspectos da dependência patológica e da “intoxicação” na drogadicção. Avancemos, então, nas elaborações metapsicológicas, lançando mão, na sequência, dos rumos do tratamento de Juliana – jovem 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.

### Da abertura mortífera ao fechamento narcísico

Na neurose, o excesso sexual – concebido como fundamentalmente ligado à origem e ao princípio da atividade de um corpo pulsional – retorna incessantemente, alterado numa relação com a temporalidade e com a alteridade, dando ensejo à elaboração de “corpos estranhos” (Breuer & Freud, 1893-1895/1976) da ordem do recalque. Contudo, a toxicomania parece engendrar outro modo de “tratamento” do excesso que, na patologia em questão, se manifesta *como um tóxico*, não dominável, não canalizável pelo recalque – a excitação assume, aqui, qualidade de “efração”, de arrombamento (Le Poulichet, 1991). O recurso a um tratamento real do organismo pela incorporação de um real “corpo estranho” (o tóxico, a droga) põe em evidência uma dimensão de concretude oposta à dimensão de fantasia, de metáfora, presente no engendramento anacrônico de “corpos estranhos” da ordem do recalque.

3 Em 1942, Paula Heimann já havia proposto compreender a intoxicação pelas drogas como forma de resposta à presença de objetos internos persecutórios e “tóxicos”.

Tal recurso denota, então, uma tentativa de “tratamento” do excesso sexual em que este insiste em manifestar-se como estranho não interiorizado, estranho radical, além ou aquém do trabalho do tempo e dos traços. Afirmar que algo está além ou aquém do trabalho dos traços significa incluí-lo no registro das marcas, daquilo que não se encontra inserido no plano representacional. As marcas são impressões que não encontram lugar (no sentido da inserção na cadeia de representações) e, desse modo, “não cessam”, “não terminam” (Le Poulichet, 2006); daí também caracterizá-las como situadas além ou aquém do trabalho do tempo.

O tratamento real do organismo pelo real “corpo estranho” tóxico gera “uma forma de sono hipnótico correlativo de um ‘recoo narcísico’ ou de um ‘retraimento dos investimentos do mundo exterior” (Le Poulichet, 1991, p. 257, tradução minha). Apenas quando o real “corpo estranho” tóxico, ou a “prótese química”, perde seu efeito é que o sujeito toxicômano desperta desse “sono hipnótico”, ou dessa “errância sonâmbula”, tomado, novamente, pela dor e pelo imperativo de tratá-la. Uma “formação narcísica” é, logo, engendrada nessa operação, uma forma de “homeostase” sendo organizada como medida de proteção contra a excitação com qualidade de arrombamento.

Com o objetivo de tornar mais clara a ideia do tratamento pelo real “corpo estranho” tóxico que restaura uma forma de “homeostase”, que possui caráter paradoxal de automedicação, podemos reportar-nos à toxicomania como *operação do pharmakon*. A inspiração situa-se nas formulações de Derrida sobre o *pharmakon*, “agente que esconde em si mesmo seu próprio contrário” (Le Poulichet, 1991, p. 258, tradução minha), que possui estrutura ambígua e reversível, que se apresenta tanto como veneno quanto como remédio. A *operação do pharmakon* põe em jogo uma circularidade ligada ao corpo, uma vez que nela os sistemas de oposições distintivas são abolidos, e uma coisa se junta ao seu próprio contrário, fazendo a diferença desaparecer na reversibilidade. Assim, o corpo circular que entra em cena por meio dessa operação “não é fora nem dentro, nem homem nem mulher, nem ausente nem presente, não conhecendo o dia e a noite, ou, sobretudo, misturando cada coisa ao seu próprio contrário” (Le Poulichet, 1991, p. 258, tradução minha).

Sobre esse corpo colocado em jogo na toxicomania pela *operação do pharmakon*, corpo que não é isto nem aquilo, mas a mistura dos contrários: a meu ver, não se trata de um corpo que não é nada, e sim de um corpo que é tudo. Isso quer dizer que, ao procurar autoengendrar cotidianamente esse corpo circular, o sujeito drogadicto busca refugiar-se de sua dor no registro da onipotência.

Catherine Chabert (2006) aponta, justamente, a importância da dimensão narcísica na toxicomania, valendo-se da distinção narcisismo primário/narcisismo secundário. Ou seja, o que ela ressalta é a busca do restabelecimento do narcisismo ilimitado – anterior à constituição do eu e ligado à radical retirada dos investimentos no mundo exterior – que está em jogo nessa patologia. Na “euforia farmacogênica”, a dimensão narcísica original, com seu caráter onipotente e, portanto, invulnerável e imortal, seria reencontrada pelo eu. Logo, no real tratamento do organismo pelo real “corpo estranho” tóxico “nenhuma perda afeta esse corpo circular, reversível e atual” (Le Poulichet, 1991, p. 259, tradução minha).

Lembremos que esse tratamento é o que se constitui como possível diante da manifestação *tóxica* do excesso sexual; esta, julgamos, está estreitamente articulada aos encontros – “desencontros”, neste caso – com os objetos primordiais, uma vez que é neles que a dimensão subjetiva da sexualidade se instaura no psiquismo humano. Sendo assim, se há uma toxicidade concernente aos objetos primordiais e, conseqüentemente, envolvida nos

processos identificatórios<sup>4</sup> com esses objetos, a sexualidade tende a se *reduzir a um tóxico*, a se manifestar *como um tóxico*.

É a ausência ou insuficiência de apoio, por parte dos objetos primordiais, para o exercício das operações básicas de estimulação, contenção, mediação e/ou separação, além do excesso pulsional proveniente desses objetos, que estamos propondo entender como vertente de toxicidade a eles relacionada. Essa toxicidade entrava a condução da pulsionalidade às ligações, e a manifestação de Eros, engendrando a presença do disparar das forças de descarga e do desligamento no funcionamento mental do drogadicto, a tendência de seu psiquismo à redução das tensões ao nível zero.

Nos vínculos primários do toxicômano com suas figuras parentais, apostamos também que uma segunda vertente de toxicidade esteja em jogo. Ela diz respeito à impossibilidade, por parte desses objetos primordiais, quanto à promoção da imprescindível saída da captura narcísica na qual o eu se encontra imerso na origem de sua constituição. A captura narcísica se mantém quando a progressiva separação/diferenciação da criança é representada por esses objetos como uma ferida ao seu narcisismo. 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*”.

Para defender-se de uma radical estraneidade e, ao mesmo tempo, proteger-se de uma descarga aniquiladora, o toxicômano lança mão da “cobertura” da droga, numa tentativa de fazer do próprio corpo um corpo sob o poder de um filtro que impeça sua dissipação numa descarga completa, tentativa de elaboração de um corpo circular que forneça ao “eu... , enfim, a ilusão de se fechar sobre suas próprias bordas e de resistir a uma *abertura mortal*” (Le Poulichet, 1991, p. 256, tradução e grifos meus).

Porém, a *operação do pharmakon* por meio da qual o drogadicto procura fazer de seu corpo um corpo circular e provido de bordas, por meio da qual esse sujeito tenta se desvencilhar da captura narcísica alienante, na realidade o conduz a uma nova alienação. As “formações narcísicas” possuem exatamente tal característica: a de organizar “dispositivos antinômicos”, sendo que, nos casos que estamos investigando, esse dispositivo consiste em “desaparecer tornando-se” (Le Poulichet, 2006), quer dizer, consiste em alienar-se subjetivamente ao tentar produzir-se como sujeito.

Conforme indicamos na introdução, lançaremos mão de fragmentos clínicos do atendimento de “Juliana”, entrelaçando-os ao estofó construído no presente tópico e a novas contribuições teóricas. Visamos, assim, ilustrar algumas das expressões de um corpo mortiferamente aberto, patologicamente dependente e “intoxicado” – *invadido pela toxicidade e pela dependência ligadas aos “desencontros” com os “maus” objetos primordiais, esse corpo não pode ser sentido como simultaneamente pertencente ao próprio sujeito e vinculado ao outro, e sim como dominado pelo outro* – no campo intersubjetivo da situação analisante. Visamos, ainda, abordar de que maneira vem sendo possível acolher a paciente e sua “intoxicação”, e manejar a peculiar dinâmica em que uma dependência patológica ao objeto interno é transferida para uma dependência também patológica à droga.

Antes disso, entretanto, sublinhemos que a situação analisante é “uma espécie de entidade viva e *continuamente em processo de ajuste e conquista*” (Figueiredo, 2011a, p. 139, grifos meus). No jogo de xadrez característico do exercício do tratamento psicanalítico,

4 As formas de identificação que têm lugar diante dos elementos insatisfatórios e excessivamente excitantes dos objetos primários, isto é, diante de uma toxicidade concernente a esses objetos, não se configuram, a meu ver, como processos identificatórios egoicos, e sim como identificações superegoicas.

(Freud, 1913/2010), a infinita variedade de movimentos após a abertura põe em xeque a mecanização da técnica na história do movimento psicanalítico e na história singular do tratamento de cada sujeito.

### Breve histórico

Juliana chega ao consultório queixando-se de severas dificuldades em suas relações de trabalho, nas quais não consegue deixar de transparecer de forma explícita sua raiva e frustração por meio de grosserias, agressões verbais e expressões corporais de cólera. Sua saída do emprego em questão ocorre logo, e ela passa por várias empresas em pouco mais de dois anos, repetindo o estabelecimento de relações intoleráveis de trabalho, demitindo-se ou sendo demitida, até tomar a decisão de trabalhar sozinha. Assim, subtrai os impasses de parte de seus vínculos profissionais; não há como subtraí-los por completo, uma vez que tanto seus clientes quanto os contatos dos quais seu trabalho depende compõem-se de pessoas, *outras* pessoas... cujas demandas são experimentadas como ininterruptas e impossíveis de ser atendidas, mas, ao mesmo tempo, impossíveis de não o ser, ao menos em tentativa – “não consigo me colocar, impor limites, estou sempre me submetendo”.

Juliana também atribui grande parte do sofrimento que a traz à análise ao “peso” que sua mãe representa e que ela não consegue deixar de carregar. A mãe mora no apartamento da filha, alimentando-se, vestindo-se, divertindo-se etc. com o dinheiro dela e não contribui com nenhuma conta. “Dependente” e “incapaz” são as qualidades que resumem a forma como a paciente percebe sua mãe. “Trabalho, trabalho e não usufruo o que ganho, nada é para mim, mas não consigo mandar ela se virar, não consigo me libertar” é a formulação que ilustra a forma como ela se percebe, em sacrifício de si própria, aprisionada à mãe.

Ela foi concebida quando a mãe tinha dezenove anos, fruto de uma relação que, num primeiro momento, é descrita à analista como proibida pelos avós maternos. Ainda menina, conta lembrar-se de indagar a mãe sobre seu pai e de receber informações sucintas. Diz ter investigado melhor na época de faculdade, e chegado a ligar para o suposto pai, em busca de auxílio para concluir os estudos; ele, no entanto, negou tanto a paternidade quanto qualquer tipo de ajuda. Com o passar do tempo (vale dizer: cerca de três anos), a paciente revela que sua mãe se prostituía quando engravidou e que, portanto, não tem segurança quanto à paternidade da filha. Juliana, então, afirma “preferir acreditar que aquele homem para quem ligou é seu pai” do que “descobrir que não é e ficar sem ter noção de quem seja”. E assunto encerrado (trancado a sete chaves no mais profundo recôncavo de seu espaço psíquico).

Sua vida amorosa acha-se estagnada no início do tratamento, com referências a relações do passado estabelecidas por interesse financeiro e/ou profissional (seja com homens, sua declarada preferência, seja com mulheres). Um relacionamento terminado alguns anos antes de a análise começar destaca-se, como exceção, por comparecer em seu discurso atrelado a uma forte – conquanto vaga – vivência emocional; o período de namoro com este companheiro é descrito como o período “de mais loucura e uso de drogas” de sua vida.

No decorrer de uns três anos de tratamento, duas relações (com homens) têm início e fim, ambas atravessadas pelo interesse financeiro e/ou profissional, e destituídas de colorido afetivo amoroso. Ambas, contudo, repletas de decepções articuladas à ausência de

reciprocidade à “dedicação” de Juliana, e vividas como intensas experiências de rejeição. A relação com o companheiro atual, de cerca de um ano, será tangenciada mais à frente.

### Sobreviver para “chamar à vida”

Luís Claudio Figueiredo, tratando da análise com “pacientes barulhentos” – isto é, o (vasto) campo dos sofrimentos não neuróticos – afirma que há algo importante a ser levado em conta no que se refere à linguagem:

Claramente, são indivíduos falantes, mas a linguagem encontra-se em estado de dissociação e/ou fragmentação: ou é uma linguagem que não faz contato com a dimensão emocional e pulsional da vivência, podendo então ser muito fluente e eficaz no plano comunicacional; ou, estabelecendo este contato, perde a fluência, fragmenta-se e cala. Os dois estados podem ser mais ou menos dominantes, mas não se excluem: no primeiro, a linguagem fica sob o domínio do processo secundário; no outro, fica à mercê dos processos primários. O que falta a essa linguagem é a função mediadora dos processos terciários. (Figueiredo, 2011a, p. 146)

É André Green quem propõe a noção de processos terciários com função de mediação (Green citado por Figueiredo, 2011a). Tais processos, regidos pela lógica do paradoxo, possuem a característica de estabelecer simultâneo contato com instâncias nas quais lógicas diversas e antagonônicas vigoram. A ausência ou carência da função mediadora dos processos terciários engendra significativos impasses na construção da situação analisante, uma vez que envolve a resistência ao “deixar-se cair fora de si”. Trata-se “de uma resistência ao semi-sono da análise, ao movimento de deixar-se adormecer e ser acordado, a resistência ao sonho (e seus equivalentes) e à saída do sonho, e ao brincar – solitário e compartilhado – e sua interrupção” (Figueiredo, 2011a, pp. 143-144).

René Roussillon descreve os “pacientes barulhentos” como muitas vezes possuidores de “uma fala relativamente fácil, contínua, sem grande resistência manifesta no dizer” (Roussillon, 2005, p. 374). Assevera, entretanto, justamente que “qualquer que seja sua facilidade no manejo da linguagem, esta não chega a ‘fornecer’ afeto ou representação de coisa ou de ação” (p. 375); ou seja, a facilidade no manejo da linguagem não implica o contato com a dimensão emocional e pulsional da vivência.

Juliana traz, durante meses e meses de tratamento, um caderno com suas pautas pré-estabelecidas, percorrendo de modo contínuo e bem articulado sobre os tópicos pré-selecionados. As intervenções da analista são, no geral, consideradas como “desvios” que a afastam daquilo que ela “tem” que falar, daquilo que ela “precisa” falar, de acordo com seu roteiro. É possível sustentar que as pautas da paciente, sua fala desenfreada, configuram-se como defesas contra o que a situação analisante “comporta de trânsito entre o adormecer um pouco e ser acordado um pouco, recolher-se no mais íntimo e profundo do psiquismo e compartilhar esta experiência com o analista” (Figueiredo, 2011a, p. 144). Trata-se daquilo que Juliana “tem” que falar, daquilo que ela “precisa” falar para evitar “deixar-se cair fora de si”; para evitar os “desvios” impulsionados pela analista, os quais, afastando-a do *script*, encaminham-na para o contato com a dimensão emocional e pulsional da vivência, diante do qual a linguagem cala.

Ainda no que concerne aos “pacientes barulhentos”, Roussillon (2005) sublinha que, frequentemente, sua fala é acompanhada por um gestual, uma espécie de mímica bastante acentuada, que parece indispensável à inteligibilidade do discurso e que abarca valor de mensagem endereçada. Logo, paralelamente ao nível verbal, desenvolve-se uma *comunicação “mimo-gesto-postural”* que o autor supõe como comunicação das experiências subjetivas arcaicas, anteriores à primazia da linguagem verbal.

Nesse sentido, Juliana, paralelamente ao seu fluente, eficaz e ensaiado discurso, estabelece um outro modo de comunicação: senta-se e levanta-se repetidamente; folheia seu caderno; gesticula sem parar (quando a analista “atrapalha o fluxo do raciocínio”, ela faz um gesto de quem está levantando uma placa e diz “placa para me lembrar de voltar ao assunto”, permanecendo com a mão levantada até conseguir retomar o fio de sua meada, do qual evita ao máximo fugir); fuma alguns cigarros; toma comprimidos de *sibutramina*; bebe enorme quantidade de água, geralmente alegando estar de ressaca, e até mesmo ainda alcoolizada.

Nota-se que seu abusivo consumo de (variadas) substâncias tóxicas não comparece verbalmente como questão, mas insiste em se *apresentar* na *comunicação “mimo-gesto-postural”*. A paciente, portanto, endereça uma série de mensagens à analista, levando esta (também incentivada pelo que Juliana consegue enunciar a propósito dos vínculos com sua figura parental materna e com as *outras* pessoas que povoam seu mundo psíquico) a se indagar sobre a necessidade que a jovem parece ter de lançar mão da “cobertura” de substâncias tóxicas nos encontros da dupla; sobre a necessidade de elaboração de um corpo que resista, em tais encontros, à ameaça de uma abertura mortal; sobre a ligação entre essa ameaça e uma possível já vivenciada, nas experiências subjetivas arcaicas – nos encontros primários –, mortífera abertura, mantida sob a forma de captura narcísica, na qual a subjetividade de Juliana se acharia alienada, “submetida” a demandas hiperenigmáticas e intoxicantes.

A essas indagações e hipóteses da analista, aliam-se e articulam-se os seguintes elementos que repercutem, num primeiro (e nada breve) momento do atendimento, na construção/instauração de um dispositivo bastante elástico, para além do face a face, que acolhe as mensagens que a paciente endereça, a questão que ela *apresenta*, na intensa *comunicação “mimo-gesto-postural”*: 1) o entendimento do recurso compulsivo à droga como escudo, defesa, tentativa de dominação da excitação não ligada; 2) uma noção de “elasticidade da técnica” que engloba a “situação analisante como um todo e em sua generalidade (suas regras, seus limites e seus enquadramentos)” (Figueiredo, 2011a, p. 140); 3) a concepção de que uma “desconfiança básica” entra em cena quando as funções básicas de estimulação e/ou contenção deixam de ser satisfatoriamente cumpridas nos encontros com os objetos primários (Figueiredo & Cintra, 2004; Figueiredo, 2009a); 4) a compreensão da necessidade de um especial cuidado quanto à espera da instalação da transferência quando está em jogo o ataque às possibilidades de confiar (Figueiredo, 2009a).

Segundo Freud (1905/1976), o tratamento psicanalítico requer do paciente “um sacrifício em si”: a saber, a “sinceridade perfeita”. Evidentemente, trata-se de um “sacrifício” a princípio impensável para os pacientes cujas possibilidades de confiar encontram-se em xeque. Com Juliana, é preciso tempo para que o “sacrifício” de uma progressiva sinceridade possa enfim emergir na situação analisante, tempo sem cobrança. Requer-se calma da parte da analista, e árduo esforço da dupla, investidos na construção de uma confiança, a qual permite à analista propor – e à paciente concordar – que esta abra mão dos cigarros, dos

comprimidos e do álcool no espaço que elas compartilham. A analista oferece-se e pode ser reconhecida como objeto com função de contenção – como “bom” objeto –, mediação da excitação não ligada. É importante observar que a analista só pode ser reconhecida como bom objeto, como objeto confiável, 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.

Na esteira do (vagaroso) movimento descrito acima, Juliana passa a se deitar (ainda que de frente para a analista) e abdica do caderno com as pautas pré-estabelecidas, deixando-se pouco a pouco encaminhar para o contato com a dimensão emocional e pulsional da vivência. As mentiras e omissões do primeiro momento do tratamento, as quais permanecem sendo sustentadas fora dele, são percebidas por ela própria, neste segundo momento, como “uma vida falsa”, construída como “defesa” contra algo que ela traz agora como seu “medo de sentir”. A este “medo de sentir” ela também associa, nesta altura, seu abuso de álcool – “Se eu tô triste, eu bebo; mas se eu tô feliz, eu também bebo. Este negócio de sentir não é pra mim não!”.

Contudo, acompanhando, apoiada na confiança edificada, os rumos (e não mais “desvios”) impulsionados pela analista, Juliana se permite “sentir”. Chora compulsivamente, se expressa aos gritos, sua face é tomada pelo rubor; em suas palavras, “surta”. A jovem constrói rica analogia sobre a forma como experimenta os primeiros contatos com “os sentimentos” na situação analisante: “É assim quando sinto forte aqui, como entrar no mar com placa de ‘perigo’: de repente, os sentimentos pegam uma correnteza e não tem como saber onde isso vai dar. Eu surto!”. Como ondas revoltas, o material situado além ou aquém do plano representacional, da capacidade de dominação, transborda o aparelho psíquico da paciente e invade o espaço psicanalítico, sob o testemunho atento da analista.

Nas circunstâncias em que “sente muito forte”, em que “surta”, Juliana costuma tentar convencer a analista de que realmente precisa dos tranquilizantes com os quais se automeдика (geralmente consumidos a noite, para dormir). Além disso, tenta convencê-la de que precisa “de remédios psiquiátricos”, solicita que a analista indique um psiquiatra. A analista, por sua vez, interpreta essas solicitações como um pedido de *anestesiamento*, regido pela mesma lógica notada pela própria jovem no que se refere ao seu abuso de álcool; com sua implicação, disponibiliza a função de “silenciadora” do barulho produzido pelos objetos internos em estado de turbulência, os quais ressoam no plano intrapsíquico mantendo a loucura precoce em atividade (Figueiredo, 2011a), e aposta nessa função. Juliana aposta de volta.

A analista, então, neste segundo momento, chama a paciente à vida, reclama sua presença viva e interativa, “interpelando”, “intimando” (Figueiredo, 2009b) a dimensão emocional e pulsional de sua vivência; mas, ao mesmo tempo, oferecendo continência a tal dimensão. Oferece-se como filtro, com função de para-excitação, à toxicidade intrínseca a aspectos das experiências subjetivas arcaicas de Juliana (perpetuados na manutenção de uma captura narcísica), os quais, além ou aquém do trabalho do tempo e dos traços, não cessam de marcar ruidosamente seu psiquismo.

Winnicott supõe justamente que “a experiência original de agonia primitiva não consegue entrar no tempo passado” (Winnicott, 1992, p. 91, tradução minha) a não ser que a função auxiliar de suporte egoico, insatisfatoriamente cumprida pelos objetos primordiais, venha a ser desempenhada pelo analista no aqui e agora da situação analisante. Não seria o “medo de sentir” de Juliana, o medo de entregar-se aos “sentimentos” e “sur-

tar”, perder-se de si mesma, o próprio “medo do colapso” winnicottiano? Cremos que sim. Acrescentamos, juntamente com o autor, que esse medo só comparece no tratamento após “considerável progresso” (p. 88). Ademais, a experiência original de agonia primitiva só pode ser experimentada como tal no aqui e agora da situação analisante quando a dependência se torna elemento fundamental da transferência.

Juliana só pode experimentar “entrar no mar com correnteza”, enfrentar a “placa de ‘perigo’”, *de mãos dadas com a analista*. Ou seja, na dependência de que esta exerça uma função auxiliar de suporte egoico, de que esta filtre a toxicidade que a aliena e mortifica.

### Em busca de uma abertura *diferente*

É nesse contexto, no qual a regressão à dependência está em cena como elemento fundamental da transferência, que Juliana estabelece a relação com o companheiro atual. Os efeitos dessa relação configuram-se agora como temática central, lado a lado com a necessidade crescente de se desprender do “peso” que sua mãe representa.

Cabe notar que, em acréscimo ao interesse financeiro e/ou profissional, os dois relacionamentos anteriores estabelecidos no decorrer do tratamento também são atravessados pela seguinte “vantagem”: a possibilidade de se enfiar nas casas dos namorados. Tentativa *concreta* e falaciosa de se afastar da figura parental materna, objeto altamente tóxico e rebelde a todo controle – destaquemos que Juliana é fruto de uma relação também rebelde a todo controle, absolutamente fora da lei, o que nos leva a pensar na insistência de uma cena primária não metabolizável.

“Não adianta, isso não tem solução, eu não consigo virar as costas para ela, não posso abandoná-la. O que vai ser dela se eu fizer isso?”. “O que vai ser de você?”, a analista interroga; ao que Juliana sempre responde com formulações que giram em torno de uma culpa impensável. Os versos de Fernando Pessoa ecoam na mente da analista: “Não sou nada. Nunca serei nada. Não posso querer ser nada. À parte isso, tenho em mim todos os sonhos do mundo” (Pessoa, 1995).

Mas parece que Juliana já *pode querer ser* (algo)... Vejamos. A “vantagem” mencionada acima não deixa de estar fortemente presente na relação com o parceiro atual, assim como o sofrimento ligado à ausência de reciprocidade à “dedicação” da jovem, a uma não correspondência ao seu “fazer tudo pelo outro”. Entretanto, para além disso e na contramão dos dois relacionamentos antecedentes, um colorido afetivo amoroso caracteriza este novo vínculo. Esse colorido é trazido pela paciente para a situação analisante como “coisas que nunca sentiu antes” e que “não consegue compreender”. “É como se ficasse tudo cristalizado, em suspenso, até eu vir na análise. Só entendo o que estou fazendo, vivendo, sentindo, quando venho aqui. Eu precisava era de um analista de bolso pra carregar comigo!”

Juliana ainda não é capaz de, sozinha, dar sentido ao que sente. As funções básicas de contenção, de mediação, de ligação, ainda não estão efetivamente interiorizadas; ela “precisa de um analista de bolso”, o que denota eficaz introjeção da figura da analista – das funções básicas que esta desempenha na situação analisante – ainda por advir. De todo modo, em oposição ao período “de mais loucura e uso de drogas” (“muito ecstasy, ácido e álcool para acelerar, e muita maconha para rebater”) do namoro terminado alguns anos antes de a análise começar – aquele que comparece no discurso da paciente atrelado a uma intensa, apesar de vaga, vivência emocional –, ela parece, pela primeira vez, “fazer, viver,

sentir” a relação, o encontro com o parceiro atual sem recorrer à “cobertura” de substâncias tóxicas. “É a vida mais real que já levei até agora”, avalia.

No entanto, sublinhamos: depende do espaço psicanalítico para tolerar o que experimenta, para se desintoxicar – “este espaço é o meu balão de oxigênio”. Esse espaço também permite a Juliana, finalmente e de forma progressiva, elaborar sua experiência emocional. Nele, ela descreve as “coisas que nunca sentiu antes” por meio de imagens e metáforas, demandando da analista e, simultaneamente, propiciando a esta – a partir da ressonância afetiva, a partir daquilo que a própria analista consegue apreender na contratransferência (Figueiredo, 2011b) – um reconhecimento, uma nomeação e uma restituição (à Juliana) dessas “coisas”. “É como se eu fosse míope e, aqui, colocasse os meus óculos”.

Como todo recurso exterior ao próprio sujeito, o “balão de oxigênio” e os “óculos” fornecem não mais que um “fôlego”/uma “visão” temporários, e a analista sente, a cada sessão, os impasses dessa dependência, além do desafio à sua capacidade de reserva, os quais estão em jogo na implicação de manter viva e operante (Figueiredo, 2011a) uma situação analisante que sustenta e dá (pequenas doses de) lastro ao “fazer, viver, sentir” da paciente. A tarefa, para não ser concebida como verdadeira missão impossível, exige a admissão de limites do processo psicanalítico; e ainda: o exercício de limites nas funções de cuidado e na implicação.

Sobre os excessos nas funções de cuidado e os exageros na implicação, Figueiredo declara:

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 demasiadamente. (Figueiredo, 2009b, p. 140)

Julgamos ser possível supor que a cautela quanto a tais excessos e exageros deve ser redobrada quando o aprisionamento a uma captura narcísica aliena e mortifica a subjetividade. Nesses casos, o dever de preencher o narcisismo alheio precisa ser abrandado. Só assim uma *abertura ressuscitadora*, oposta à abertura mortífera para um outro alienante e intoxicante, pode vir a surgir, possibilitando que o sujeito venha-a-ser (algo), que “todos os sonhos do mundo” que ele tem em si, “à parte não poder querer ser nada”, venham à tona, impulsionando-o a caminhar, livre, e a desbravar novos horizontes, os *seus* horizontes.

É da seguinte relação de *interdependência* – nem autossuficiência defensivamente onipotente, nem dependência absoluta – que, apostamos, essa *abertura ressuscitadora* à *diferença*, libertadora, despontará: da relação entre uma Juliana com “maior capacidade respiratória”, “menos míope”, e uma analista que, além de não ser onipotente, de ser reconhecida em suas falhas, “não cabe no bolso”, pois é um outro (ainda assim confiável). Bastante trabalho para a dupla pela frente...

**“¿Este (mi) cuerpo, a quién pertenece?”: consideraciones metapsicológicas y clínicas sobre la drogadicción**

**Resumen:** El objetivo de este artículo es reflexionar sobre la “intoxicación” y la dependencia propias del cuerpo/psiquismo del sujeto drogadicto, y sobre los desafíos de la constitución de una situación de análisis que lo acoja a este sujeto – y sobre algunas posibilidades de constitución de una tal situación de análisis. La reflexión se desarrollará mediante la apreciación de elaboraciones metapsicológicas y, sobretudo, de la subsecuente articulación entre esas elaboraciones y algunos fragmentos de un caso clínico.

**Palabras clave:** drogadicción; dependencia; “intoxicación”; situación de análisis.

**“This body (of mine), to whom does it belong?”: Metapsychological and clinical considerations on drug addiction**

**Abstract:** The aim of this paper is to reflect upon the “intoxication” and dependence characteristic to the body/psyche of the subject addicted to drugs, as well as about the challenges to the constitution of an analyzing situation that should house that subject – and about possibilities of constituting such an analyzing situation. The reflection will be developed through the appreciation of metapsychological elaborations and especially the subsequent articulation between such elaborations and some fragments of a clinical case.

**Keywords:** drug addiction; dependence; “intoxication”; analyzing situation.

**Agradecimentos**

Agradeço ao prof. Luís Claudio Figueiredo, supervisor da pesquisa de pós-doutorado, pelos inspiradores comentários e sugestões que muito enriqueceram a finalização deste artigo.

**Referências**

- Bourdellon, G. (2004). Engagement dans le désir ou engouffrement dans la dépendance. *Revue Française de Psychanalyse*, LXVIII (2) 441-457.
- Breuer, J. & Freud, S. (1976). Estudos sobre a histeria. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1893-1895).
- Cardoso, M. R. (2002). *Superego*. São Paulo: Escuta.
- Chabert, C. et coll. (2006). *Actes et dépendances*. Paris: Dunod.
- Corcos, M. (2004). Conduites de dépendance à l'adolescence. *Revue Française de Psychanalyse*, LXVIII (2) 469-493.
- Figueiredo, L. C. (2003). *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta.
- Figueiredo, L. C. (2009a). Confiança. A experiência de confiar na clínica e na cultura. In L. C. Figueiredo, *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. (pp. 71-99). São Paulo: Escuta.
- Figueiredo, L. C. (2009b). A metapsicologia do cuidado. In L. C. Figueiredo, *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. (pp. 131-151). São Paulo: Escuta.
- Figueiredo, L. C. (2011a). A situação analisante e a variedade da clínica contemporânea. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 45 (1) 137-150.
- Figueiredo, L. C. (2011b). Aula na PUC-SP. Texto não publicado.
- Figueiredo, L. C. & Cintra, E. M. U. (2004). Lendo André Green: o trabalho do negativo e o paciente limite. In M. R. Cardoso (Org.), *Limites*. (pp. 13-58). São Paulo: Escuta.
- Freud, S. (1976). Sobre a psicoterapia. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 7, pp. 263-278). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905)
- Freud, S. (2010). O início do tratamento. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”). In S. Freud, *Artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913)*. (Tradução e notas Paulo César de Souza, pp. 163-192). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1913)
- Heimann, P. (1942). A contribution to the problem of sublimation and its relation to processes of internalization. *The International Journal of Psychoanalysis*, 23, 8-17.

- Le Poulighet, S. (1991). Se faire un corps étranger. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 43, 249- 263.
- Le Poulighet, S. (2000). De la “substance psychique” au paradigme de l’addiction. In S. Le Poulighet (Org.), *Les addictions*. (pp. 121-131). Paris: PUF.
- Le Poulighet, S. (2006). *L’œuvre du temps en psychanalyse*. Paris: Éditions Payot & Rivages.
- Pessoa, F. (1995). Tabacaria. In M. A. Galhoz (Org.), *Fernando Pessoa: Obra poética*. (pp. 362-366). Rio de Janeiro: Nova Aguilar.
- Roussillon, R. (2005). La “conversation” psychanalytique: un divan en latence. *Revue Française de Psychanalyse*, 692 (2) 365-381.
- Villa, F. C. & Cardoso, M. R. (2004). A questão das fronteiras nos estados limites. In M. R. Cardoso (Org.), *Limites*. (pp. 59-70). São Paulo: Escuta.
- Winnicott, D. W. (1992). Fear of breakdown. In C. Winnicott, R. Shepherd, M. Davis (Eds.), *Psycho-analytic explorations*. (pp. 87- 95). Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

[Recebido em 27.7.2011, aceito em 19.9.2011]

Bianca Bergamo Savietto  
[Universidade de São Paulo USP]  
Rua Tutoia, 454/71 | Paraíso  
04007-002, São Paulo, SP  
Tel: 11 6883-8648  
biancasavietto@yahoo.com