

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

GUSTAVO CHIESA GOUVEIA NASCIMENTO

**Instituição adicta: efeitos transferenciais da clínica institucional das drogadições**

São Paulo  
2020

GUSTAVO CHIESA GOUVEIA NASCIMENTO

**Instituição adicta: efeitos transferenciais da clínica institucional das drogadições**

Versão original

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientador: Prof. Dr. Pablo Castanho

São Paulo  
2020

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES  
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,  
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação  
Biblioteca Dante Moreira Leite  
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo  
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Chiesa Gouveia Nascimento, Gustavo  
Instituição adicta: efeitos transferenciais da clínica institucional das drogadições /  
Gustavo Chiesa Gouveia Nascimento; orientador Pablo Castanho. -- São Paulo,  
2020.  
129 f.  
Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) --  
Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2020.  
1. droga (vício). 2. transferência. 3. Instituições. 4. saúde mental. 5. pessoal da  
saúde mental. I. Castanho, Pablo, orient. II. Título.

Nome: Nascimento, Gustavo Chiesa Gouveia

Título: Instituição adicta: efeitos transferenciais da clínica institucional das drogadições

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia  
da Universidade de São Paulo para a obtenção do  
título de Mestre em Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. Pablo Castanho

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Julgamento: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Cristiane Curi Abud

Unifesp-EPM

Julgamento: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Profª. Dra. Katia Varela Gomes

Centro de Atenção Psicossocial AD III Guarulhos

Julgamento: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

À minha bisavó Tereza Regina (*in memoriam*).

A todos com quem me encontrei nas trincheiras da clínica das drogadições. Por tudo que me ensinaram e por terem me suportado.

## **Agradecimentos**

Ao professor Pablo Castanho, agradeço pela generosidade e didática com que transmite os saberes e compartilha os espaços de pertinência, ensinando em presença o sentido ético e político da noção de espaços comuns e partilhados. A tudo que me ensinou e a toda transformação que me permitiu.

A nosso grupo de orientação que pôde emprestar uma leitura sempre atenta e interrogante, além de oferecer os afetos e vínculos necessários para a acolhida das angústias fundamentais, sem as quais não se faz um trajeto de pesquisa. A este grupo também agradeço pelo tanto que pude aprender e aproveitar dos excelentes trabalhos com que tive contato. É extremamente gratificante e honroso saber que minha pesquisa foi produzida em meio a trabalhos que admiro tanto.

Ao meu supervisor clínico Marcelo Soares da Cruz por ter me transmitido o interesse pela temática, além de me acompanhar, no sentido mais implicado da palavra, por todos esses anos na dificultosa trajetória de tornar-se um psicanalista.

Deixo também um agradecimento especial a todos aqueles que marcaram minha trajetória profissional com as drogadições e assim contribuíram com esta pesquisa. À professora Marcia Aparecida Oliveira, por ter me oferecido um campo tão rico de vivências, ao Instituto Sedes Sapientiae, pela ampliação de minhas leituras em psicanálise, e à equipe do Programa da Mulher Dependente Química do HC com quem posso seguir exercendo essa intrigante clínica.

Agradeço à Carolina Langbeck Osse, minha companheira, que garantiu o enquadre no qual o sonho dessa pesquisa pôde ser sonhado, dando-me todo o afeto, alegria e segurança para que eu pudesse me lançar a essa aventura.

A toda minha família, por ter me ensinado o valor da interrogação e a não convivência com as misérias, especialmente as subjetivas.

Ao CNPq, pelo financiamento.

Por fim, agradeço à minha bisavó, Tereza Regina, que apenas recentemente descobri ter falecido aos 30 anos no hospital psiquiátrico do Juqueri, possivelmente dando início à história que trouxe a mim a indignação com as perversidades institucionais e a intolerância com a loucura. Sua dor não foi esquecida.

## Resumo

Nascimento, G. C. G. (2020). *Instituição adicta: efeitos transferenciais da clínica institucionais das drogadições*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Este trabalho tem por objetivo contribuir para a compreensão dos efeitos nas transferências e contratransferências internas à equipe de trabalho na clínica institucional das drogadições. As drogadições vêm se apresentando cada vez mais como um paradigma da experiência subjetiva da contemporaneidade, continuamente interrogando a psicanálise sobre seus referenciais teóricos e metodológicos, e paralelamente pressionando nossos sistemas de saúde a propor modelos institucionais que atendam à enorme demanda de pessoas que fazem uso problemático de drogas, necessitando de programas de tratamento. Apoiamo-nos aqui duplamente na psicanálise das adicções, e na psicanálise de grupos e instituições, colocando em diálogo os conceitos de adicção de transferência, intertransferência e homologia funcional, para lançar uma hipótese teórica que dê auxílio a este manejo clínico institucional. Metodologicamente o trabalho partiu da inquietação com experiências vivenciadas na atuação clínica frente a esta temática, e que são trazidas ao texto por meio de uma vinheta clínica. A partir dessa vinheta foram enumeradas questões que orientaram o percurso de pesquisa teórica que se apresenta no texto. Como um desdobramento da adicção de transferência, surge como proposta dessa articulação a hipótese da adicção de intertransferência, que busca caracterizar os efeitos destas comunicações transferenciais e contratransferenciais na equipe instituída, bem como apresentar elementos centrais deste manejo clínico institucional. A cisão na equipe clínica, aspecto de enorme desafio intersubjetivo, é apresentada como característica principal da relação intertransferencial, pensada aqui como necessidade transferencial do paciente drogadito, e a capacidade de suportar o ódio na intertransferência surge como a habilidade primordial da equipe nesta clínica.

Palavras chave: Drogadições, Transferência, Psicanálise de grupos, Instituições de cuidado.

## **Abstract**

Nascimento, G. C. G. (2020). *Addicted institution: transference effects of institutional drug addiction clinic*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

This work aims to contribute for the understanding of the effects on internal transference and countertransference to the work team in the institutional clinic of drug addictions. Drug addictions are increasingly presenting themselves as a paradigm of the subjective experience of contemporaneity, continually questioning psychoanalysis about its theoretical and methodological references, and at the same time putting pressure on our health systems to propose institutional models that attend the enormous demand of people who make problematic use of drugs, requiring treatment programs. We rely here doubly on the psychoanalysis of addictions, and on the psychoanalysis of groups and institutions, putting in dialogue the concepts of addiction transference, intertransference and functional homology, to launch a theoretical hypothesis that will help this institutional clinical management. Methodologically, the work started from the concern with experiences lived in clinical practice regarding this theme, and which are brought to the text through a clinical vignette. From this vignette, questions were listed that guided the course of theoretical research presented in the text. As an offshoot of addiction transference, the hypothesis of addiction intertransference emerges as a proposal for this articulation, which seeks to characterize the effects of these transference communications on the instituted team, as well as to present central elements of this institutional clinical management. The split of in the clinical team, an aspect of enormous intersubjective challenge, is presented as the main characteristic of the intertransference relationship, here thought as a transference need of the drug addicted patient, and the ability to bear hatred in the intertransference emerges as the primary skill of the team in this clinic.

Keywords: Drug Addictions, Transference, Group Psychoanalysis, Care Institutions.

## Resumen

Nascimento, G. C. G. (2020). *Instituição adicta: efeitos transferenciais de la clínica institucional de la drogadicção*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Este trabajo tiene como objetivo contribuir a la comprensión de los efectos sobre las transferencias y contratransferencias internas al equipo de trabajo en la clínica institucional de adicciones a las drogas. Las adicciones se presentan cada vez más como un paradigma de la experiencia subjetiva de la contemporaneidad, cuestionan continuamente el psicoanálisis sobre sus referencias teóricas y metodológicas, y al mismo tiempo presionan a nuestros sistemas de salud a proponer modelos institucionales que satisfagan la enorme demanda de las personas que hacen un uso problemático de drogas, que requieren programas de tratamiento. Confiamos aquí doblemente en el psicoanálisis de adicciones, y en el psicoanálisis de grupos e instituciones, poniendo en diálogo los conceptos de adicción a la transferencia, intertransferencia y homología funcional, para lanzar una hipótesis teórica que ayudará a este manejo clínico institucional. Metodológicamente, el trabajo comenzó a partir de la preocupación por las experiencias vividas en la práctica clínica con respecto a este tema, y que se traen al texto a través de una viñeta clínica. A partir de esta viñeta, se enumeraron preguntas que guiaron el curso de la investigación teórica presentada en el texto. Como consecuencia de la adicción a la transferencia, la hipótesis de la adicción a la transferencia emerge como una propuesta para esta articulación, que busca caracterizar los efectos de estas comunicaciones transferenciales en el equipo instituido, así como presentar elementos centrales de este manejo clínico institucional. La división en el equipo clínico, un aspecto del enorme desafío intersubjetivo, se presenta como la característica principal de la relación intertransferencial, considerada aquí como la necesidad transferencial del paciente drogadicto, y la capacidad de resistir el odio en la intertransferencia emerge como la habilidad principal del equipo en esta clínica.

Palabras clave: drogodependencias, transferencia, psicoanálisis de grupos, instituciones de atención.

## Sumário

<b>1. Introdução.....</b>	<b>10</b>
<b>2. Caso Maurício: vicissitudes transferenciais da equipe clínica nas drogadições em um acompanhamento terapêutico.....</b>	<b>22</b>
2.1. Primeiros contatos com Maurício e com a equipe clínica.....	22
2.2. Desenvolvimento do caso: o trabalho com Maurício e os conflitos recorrentes com a equipe.....	26
2.3. Encerramento do caso: a crise com Maurício e a salvaguarda da equipe.....	30
<b>3. Estatuto psicanalítico das drogadições: sobrevoos a partir das relações de objeto....</b>	<b>34</b>
3.1. Fronteiras do sintoma e o sintoma-fronteiriço.....	36
3.2. Psicopatologia dos objetos transicionais.....	43
3.2.1. Perturbações do brincar e incapacidade para estar só.....	49
3.3. Suporte interior e suporte vincular.....	52
<b>4. Transferência e adicção: modulações transferenciais na clínica das drogadições....</b>	<b>58</b>
4.1. Olievenstein e os princípios éticos para uma psicoterapia perversa.....	59
4.2. O caso de July e a coisificação da relação analítica.....	65
4.3. Adicção de transferência e regressão à dependência.....	75
<b>5. Cisão da equipe e outras problemáticas transferenciais nas drogadições.....</b>	<b>80</b>
5.1. A multiplicação dos objetos transferenciais e seus efeitos na cena clínica institucional.....	80
5.2. Intertransferência, transferência entre pares e sua relação com o grupo atendido.....	85
5.3. Manejos transferenciais em equipe na clínica das drogadições.....	92
5.3.1. Homologia funcional e patológica: os mecanismos de duplicação e sua função figurativa.....	92
5.3.2. A cisão da equipe como necessidade transferencial e seus manejos.....	101
5.4. Condições do sonhar compartilhado e retomada da plasticidade psíquica.....	106
<b>6. Conclusão.....</b>	<b>112</b>
6.1. Contratransferência da equipe na clínica AD ou a adicção de intertransferência....	114
6.2. Contenção da cisão em equipe, suportar o ódio na intertransferência.....	120
<b>Referencias.....</b>	<b>123</b>

## 1. Introdução.

Este trabalho surge como tentativa de elaborar minhas experiências profissionais com a clínica institucional das drogadições, com a qual pude ter contato em diferentes contextos, desde minha graduação em Psicologia até o presente momento. Foi dentro deste sensível campo de encontros que pude acompanhar as expectativas, vitórias, frustrações e embates que se desenrolam para aqueles que se colocam juntos aos usuários, ao lado de outros profissionais, em busca da construção de trajetórias de vida para além das ligações, às vezes quase que exclusivas, com as substâncias.

Como diz Conte (2004) dos usuários de drogas muito se fala e pouco se escuta, lembrando-nos assim a importância que o debate psicanalítico traz para este campo na medida em que recoloca os sujeitos e não as substâncias como centro de nossa preocupação. Ademais, não é de qualquer escuta que a escuta psicanalítica nos fala. Trataremos aqui de uma forma bastante peculiar de escuta a que se propõe uma pesquisa em psicanálise: a escuta na ou da transferência.

Passados alguns anos de experiência nesta clínica, passo a me dar conta da variedade de situação e de experiências vivenciadas que me pedem um esforço de elaboração teórica e um desejo de contribuição com o campo, tendo como objetivo final o acréscimo de nossas teorias e de nossas possibilidades de sucesso terapêutico frente a esta complexa problemática das dependências. Neste trabalho pretendemos dar uma atenção especial ao campo transferencial dentro de contextos institucionais, quando este cuidado deve se dar junto a mais de um outro profissional. A pergunta a que nos lançaremos aqui desde o início será: como se opera a transferência na clínica das drogadições dentro de contextos institucionais?

As drogadições têm se apresentado cada vez mais como um paradigma da experiência subjetiva da contemporaneidade (Carneiro, 2018), continuamente interrogando a psicanálise sobre seus referenciais teóricos e metodológicos (Gurfinkel, 1996, 2001, 2007, 2011, 2019, 2020), e impulsionando-a à revisões e novas proposições. De outro lado, em nossos sistemas de saúde, vemo-nos cotidianamente com a necessidade de apresentar modelos institucionais que correspondam à enorme demanda de atender os 29,5 milhões de pessoas no mundo inteiro (UNODC, 2017) que, estima-se, façam um uso problemático de drogas que possa lhes acarretar dependência, necessitando assim de programas de tratamento.

Urge de um lado a necessidade de construção de modelos teóricos que nos auxiliem para a compreensão das drogadições, e de outro a proposição de dispositivos de intervenção institucionais, que por sua vez também interrogam a psicanálise desde seu início (Freud, 1996).

Soma-se a isso uma nova problemática. Como nos lembra Conte (2004) e Le Poulichet (1990) a problemática das drogas mobiliza em sua complexidade uma diversidade de campos que a interrogam e buscam a legislar. Os drogados não convocam apenas os profissionais da saúde, mas também os antropólogos, os sociólogos, os juristas, os assistentes sociais, os religiosos, a moral social geral, e ainda mais frequentemente os profissionais da segurança pública.

É preciso ter a dimensão deste entrecruzamento, para vislumbrar os obstáculos e avanços, e rever pressupostos que possam efetivamente marcar este processo histórico e cultural, com contribuições que façam diferença e auxiliem na perspectiva clínica e social que questione consensos e provoque o surgimento do sujeito nas toxicomanias. (Conte, 2004 p.25)

De fato, este enorme contingente se apresenta para nossas instituições de cuidado em meio a um cenário de guerra às drogas, e ainda que não seja este o foco específico deste trabalho, não é possível negar que o proibicionismo e a guerra que o segue gerem importantes consequências e acabem por atravessar tanto a formulação de nossos dispositivos, quanto propriamente as condições de escuta e transferência neste campo (Conte, 2003; Lancetti, 2015).

Com avanços e retrocessos, no entanto, a história da clínica das drogadições no Brasil vai seguindo seu curso. O lançamento da Política do Ministério da Saúde para a Atenção integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (Brasil, 2003) é um marco dentro desse objetivo, que vem possibilitando a expansão gradual de dispositivos de atenção comunitários, bem como a construção de redes integradas de urgência e emergência e um aumento gradual no número de leitos de internações de curta duração em Hospitais Gerais. (Brasil, 2015)

Foi em meio a este intenso campo que dei início a minha atuação profissional e, paralelamente, a meus estudos, tomando como ponto de partida a necessidade de me apropriar de uma certa compreensão a respeito do fenômenos das drogadições desde um olhar psicanalítico, compreensão esta que pude encontrar inicialmente nos trabalhos de Decio Gurfinkel e Donald W. Winnicott. Ambos autores, abriram-me a um leque de outros autores que se vêm representados neste trabalho, e que, como tudo nas drogadições, correspondem apenas a uma parcela da heterogeneidade de leituras que se permite fazer sobre o fenômeno.

Para Gurfinkel (2011) a clínica das adições traria para a psicanálise a necessidade de revisão de seus métodos e teorias, retomando, em confluência com as diversas formas de

sofrimento da era pós-freudiana, uma nova ênfase nas proposições iniciais de Freud acerca das “neuroses atuais”, bem como “implicações importantes para as estratégias eleitas no *atual* do tempo do tratamento, dos esforços preventivos no campo da saúde mental, das políticas públicas adotadas, da vida familiar dos indivíduos adictos etc”. (Gurfinkel, 2011 p. 46)

Não nos parece a toa neste sentido a crescente aposta nos dispositivos clínico institucionais. Olievenstein (1989) já a tempos nos lançava este alerta, colocando-nos que o psicanalista que pretende se colocar neste campo deve dar especial atenção às ampliações de nossa atuação para os dispositivos grupais em contextos institucionais.

Ora, é evidente que todas as estratégias eleitas no *atual* do tempo do tratamento surgem como fundamentais na clínica das drogadições, mas concordamos com a proposição de Conte (2004), de que é preciso resgatar e valorizar a condição de escuta ao sujeito em sua complexa produção desejante, em paralelo ao resgate de direitos que surge como marca distintiva de nossa reforma psiquiátrica.

Fazendo esta primeira aproximação entre a reforma psiquiátrica e a psicanálise, considera-se que há em comum a recusa ao achatamento do sujeito a uma passividade que pede assistencialismo, ou a um sujeito-corpo (orgânico e biológico), que pede solução medicamentosa, ou, ainda, a um sujeito ideal, que apela por felicidade no reencontro com um objeto harmônico, ao preço de não se envolver com seus conflitos psíquicos.

As diferenças ficam por conta da ética, dos objetivos das intervenções e a quem se voltam. No campo da reforma psiquiátrica prioriza-se a ética do cuidado, voltada especialmente a um sujeito psicossocial e de cidadania, visando, entre outros objetivos, à sustentabilidade da existência, o reconhecimento em uma reinserção social, como o resgate de direitos. Para a psicanálise, o que rege é a ética do desejo, voltada ao sujeito do inconsciente, que, no entanto, para ser acessado, precisa situar-se em relação a sua existência, para vir a demandar algo. (Conte, 2004 p. 26)

Quanto mais me encontrava com os pacientes maior era meu desejo de mergulhar na compreensão das dimensões do encontro presentes nessa clínica. Desde o início de minha atuação chamava-me atenção por um lado a intensidade das experiências transferenciais vivenciadas com estes pacientes, e por outro a dificuldade que sentia por parte das equipes, sendo eu um de seus integrantes, em darem suporte e continência a estas experiências.

Fora essa intensidade transferencial que me levara, ainda em minha primeira experiência clínica neste campo, como um jovem, animado e inexperiente acompanhante terapêutico (AT) de um usuário em processo de alta de uma longa internação psiquiátrica, a uma boca de fumo de um bairro periférico da cidade de São Paulo às 02:00 da manhã motivado por um espírito salvacionista e por algum tipo de delírio onipotente, após receber a ligação de sua mãe em desespero.

Algo sobre esta transferência, desde então, demandava-me atenção!

Olievenstein (1989, 1985; Gurfinkel, 2019) se debruça sobre esta questão aqui e ali em diversos de seus trabalhos a respeito das drogadições e de sua clínica. O autor propõe em sua obra que será necessário que se estabeleça entre o paciente e seu terapeuta uma nova forma de dependência, uma dependência da transferência, transitória mas absolutamente necessária, chegando mesmo a nomear sua psicoterapia com drogaditos de psicoterapia perversa.

O autor nos propõe que essa dependência seria necessária na medida em que permitiria colocar em cheque o lugar que o produto psicoativo ocupa de delegado geral do desejo do sujeito e de duo perfeito que fazem o drogadito e a substância enquanto perdura o “estado de lua de mel”. (Olievenstein, 1989)

Nos diz o autor:

Os efeitos do produto são insubstituíveis. É preciso sabe-lo antes mesmo de começar qualquer responsabilidade terapêutica. Também é insubstituível o estado de dependência que permite constatar os efeitos insubstituíveis do produto. E isso também é importante lembrar antes de começar. Mas como curar algo insubstituível? A paixão do ser humano por esta coisinha inerte? Área de resistência contraditória ao biológico e à linguagem? Somente não perdendo de vista tudo o que precedeu o relâmpago toxicomaniaco, que reaparecerá com uma intensidade e um descomedimento total, quando se esgotam o estado de “lua de mel” e o estado de dependência, que se poderá propor-lhe, passo a passo, com modéstia, o compromisso legislativo que lembramos acima, com e por uma *relação pervertida* [itálico nosso], muito íntima, muito próxima, quase fusional, de início, que irá permitir pôr uma cunha nas portas fechadas, pelas verdadeiras razões do sofrimento, que foram até então incomunicáveis, porque censuradas pelo sujeito e por toda a organização terapêutica. (Olievenstein, 1989 p.20)

É interessante pensar que o autor já colocava desde então a possibilidade de falha da organização terapêutica, via censura, no intento de se aproximar desta relação que nomeia como quase fusional.

Em uma perspectiva distinta da de Olievenstein, Winnicott (2000b) já há tempos nos falava do difícil trabalho de suportar o ódio na contratransferência quando os pacientes, especialmente aqueles de constituições narcísicas pouco integradas, através da experiência transferencial, trazem a necessidade de movimentos regressivos em uma análise, momentos no qual são reeditados os estados primários de dependência em que mãe e bebê são um só. (Winnicott, 1982)

Não é de se espantar, portanto, que as equipes encontrem maneiras mais ou menos conscientes de se defender desta tarefa e do tipo de vínculo intersubjetivo que é acompanhada por

ela. Desde o início de minha atuação intrigava-me a facilidade e a frequência com a qual o discurso dos profissionais sobre estes usuários era puxado por um olhar moralizante.

Muitas vezes vi esse discurso se veicular por meio de uma preocupação intensa com o uso que estes pacientes faziam da instituição, o que surgia muitas vezes com o rótulo de “manipulação”. O paciente, um manipulador perverso, estaria fazendo um “uso” da equipe que deveria ser barrado, muitas vezes de maneira taxativa e impetuosa ou em situações mais críticas por via da interrupção do tratamento.

Perguntava-me então o quanto não existia, nessa imagem do uso, de uma colagem da instituição no lugar da droga, o que acabaria por nos tornar uma droga de instituição. Frente a este risco não restaria à equipe outra saída que não reagir, resguardando-se assim narcisicamente: “Aqui não seremos usados que nem você usa suas drogas!”.

Ora, se estamos dizendo que entendemos e apoiamos a aposta nos dispositivos grupais e institucionais para o cuidado desta população, torna-se necessário que pensemos sobre as especificidades e desafios que estes podem ganhar, sob o risco de cairmos no que Pablo Castanho (2018), em sua reconstituição de um modelo psicanalítico para se operar grupos em contextos institucionais, diagnostica como uma “fazeção grupal estereotipada”, esvaziada de sentido, que atua na reprodução de formas alienantes de vínculo.

Por diversas situações acompanhei, e em algumas situações arrisco dizer que apoiei, equipes das quais fazia parte diagnosticarem nossos usuários com alguma espécie de degradação do caráter inflexível e incurável cujo único destino possível era a alta administrativa da instituição e o decreto de fracasso terapêutico. Situações que muitas vezes eram acompanhadas de atuações múltiplas e violentas, tanto por parte dos pacientes, quanto por parte dos profissionais.

Nestas situações era frequente a divisão da equipe, muitas vezes trocando de posições caso a caso, parte a favor da alta e parte a favor da continuidade, levantando discussões bastante conflituosas que muitas vezes se delongavam por meses sem que fossemos capazes de chegar a qualquer decisão, casos em que o cuidado com os usuários ficava absolutamente disforme e sem coesão.

Outros usuários, por sua vez, pareciam permanecer na instituição anos a fio, sem qualquer discussão de equipe. Não nos traziam conflitos por outro lado não demonstravam qualquer evolução. Passavam assim invisíveis aos nossos olhares e inaudíveis a nossa escuta. Parecia que

éramos incapazes de nos *ligar* a estes casos, ou que algo desta ligação era acompanhada de diferentes formas de resistência por parte das equipes.

Incomodava-me no entanto, o quanto essas resistências pareciam ganhar as diferentes características dos sintomas ao qual estávamos enfrentando. A violência, a automação, a orientação da carga pulsional em direção ao agir passavam a fazer parte do cotidiano de nosso trabalho. A este respeito Gurfinkel (2011) nos diz:

Um dos motivos do enorme alarde produzido pelo “problema das drogas” e dos viciados é a *degradação do caráter* que lhe é associada. De fato, a espiral da toxicomania vem por vezes acompanhada de atos antissociais e condutas chocantes. Aqueles que convivem com os adictos por vezes se sentem traídos, enganados e desconsiderados, e concluem que aquela pessoa perdeu o senso de respeito e de ética humana. (...) Causa enorme espanto, porém, perceber que a degradação do caráter pode não atingir somente o paciente, mas também as próprias estruturas destinadas ao tratamento. (p. 22)

O alerta que o autor nos faz é o que confirma o Relatório da 4 Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para o usuários de drogas (2011), realizado pela Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia, que traz o resultado de vistorias em 68 instituições de internação para usuários de drogas e detalha inúmeras violações aos direitos humanos, como castigos físicos e psicológicos, humilhações sociais, desrespeito à escolha religiosa e orientação sexual.

Lancetti (2015) contribui com essa discussão a partir do conceito de *contrafissura*, nome que dá à reação que atravessaria todos os discursos e dispositivos sociais que se debruçam sobre a temática das drogadições, que seriam convocados, assim como numa fissura, a um impulso de resolução imediata da questão e a uma obsessão pelo poder supostamente mágico e onipotente da droga. A *contrafissura*, segundo o autor, se manifestaria ainda no desejo muitas vezes salvacionista que inspira as equipes que pretendem cuidar dos usuários.

Infelizmente o autor faleceu em 2017 logo após a publicação deste trabalho, deixando ainda muito em aberto a elaboração dos efeitos e das características desta forma de relação transferencial que inclui dentro do conceito de *contrafissura*, caminho que pretendemos dar sequencia aqui ainda que apoiado em referenciais distintos.

Da mesma maneira Gurfinkel (2011), em sua reconstituição acerca da psicanálise das adições, aponta para o ainda aberto campo de pesquisas que caracterizem com maior especificidade as marcas da experiência transferencial que propoiam, segundo o autor, o reconhecimento de uma adicção de transferência.

Nos diz o autor, após comentar sobre as diversas características desta relação transferencial:

Isso seria suficiente para considerarmos um tipo específico de transferência? Do ponto de vista da experiência clínica, creio que sim; essas características de fato se destacam na prática de atendimento com pacientes adictos, e reconhece-las, distingue-las e circunscreve-las pode ser de grande utilidade para o amadurecimento de estratégias de trabalho. (Gurfinkel, 2011 p. 447)

Durante esses últimos anos de atuação venho tangenciando esta discussão a respeito da transferência na clínica das drogadições (Nascimento, Oliveira e Soares no prelo) tomando como base os autores já expostos.

No entanto, como terapeuta ainda atuante neste clínica, segue me chamando atenção a escassez de estudos que enfoquem as particularidades que estas marcas transferenciais ganham no trabalho institucional em equipe, em contraposição à significativa aposta clínica e política de abordagem destas problemáticas por meio de trabalhos em equipes interdisciplinares dentro do campo da saúde mental e do SUS, sem o devido aprofundamento teórico sobre o mesmo.

Se por um lado não nos parece a toa esta aposta nos dispositivos grupais e institucionais, presentes com importante destaque desde o início das intervenções clínicas neste campo, por outro diagnosticamos a necessidade em se pensar sobre as especificidades que estes dispositivos nos levantam enquanto psicanalistas.

Retomando a proposta de Conte (2003), é necessário que nos aprofundemos também sobre o sentido clínico deste fazer *institucional*, retomando a potência, os limites e possibilidades da operação que se pode fazer através de e no interior dos nossos dispositivos institucionais em termos de resgate da condição de sujeitos de nossos usuários. Neste sentido, parece-nos fundamental que pensemos sobre as especificidades desta experiência transferencial que se manifesta na equipe de profissionais em seu trabalho clínico com estes pacientes nas instituições, sob o risco de repetirmos a censura ou, como diria Lancetti (2015), de nos encerrarmos em uma *contrafissura* institucional.

Trata-se de uma tarefa necessária para pensar nos desafios da construção de novos dispositivos clínicos para o enfrentamento das problemáticas da psicopatologia na contemporaneidade, e nos esforços de ampliação do escopo de atuação da psicanálise enquanto método e enquanto teoria. A reflexão sobre a difícil tarefa de se manejar a transferência no trabalho institucional em equipe surge como um destes desafios.

Colocadas todas estas considerações o objetivo geral deste trabalho é portanto, contribuir para a compreensão dos efeitos transferenciais na equipe de profissionais na clínica institucional das drogadições. Em termos específicos objetiva-se aqui também ajudar na demarcação da proposta conceitual da adicção de transferência, contribuir com a discussão a respeito do manejo das transferências em equipe na clínica das drogadições, e por fim colaborar com a identificação das potencias do trabalho institucional em equipe na clínica das drogadições.

Para darmos conta destes objetivos propomos a utilização do método psicanalítico, eminentemente qualitativo, enquanto método de investigação dos conteúdos inconscientes por via da escuta *da e na* transferência.

Neste trabalho, portanto serão considerados os pressupostos teóricos e metodológicos que são invariantes na prática psicanalítica, a investigação dos processos inconscientes, bem como aqueles que necessitarão ser pensados, levando-se em conta a heterogeneidade e a especificidade da investigação dos fenômenos psíquicos no campo grupal e institucional (Gomes, 2010).

Freud (1996) em “Dois verbetes de enciclopédia” (1923 [1922]) define a psicanálise em um triplo registro: um método de investigação dos processos inconscientes; um campo de conhecimentos que surge desta investigação, e; uma terapêutica. Nesta medida fica evidente a proximidade em psicanálise, desde seus primórdios, entre pesquisa e prática clínica. É fundamentalmente da experiência clínica que se produz conhecimento psicanalítico, mas isso não significa dizer, no entanto, que pesquisar e clinicar sejam o mesmo ofício.

Para dar conta dos objetivos da especificidade desta pesquisa nos utilizamos desde seu início da construção de vinhetas clínicas, ferramenta própria das pesquisas em psicanálise e um importante referencial metodológico a partir do qual o psicanalista pode problematizar sua própria experiência, possibilitando uma justa medida de intervalo entre o momento de pesquisar e o ato clínico.

Como nos diz Safra (2001):

Nos seus textos, o psicanalista aborda sua prática clínica, refletindo e conceituando sobre ela. Encontramos nesses trabalhos a historicidade pela qual o analista apresenta um testemunho de seu percurso como clínico e como teórico. Desvela-se o processo da constituição da identidade profissional do analista. Ao mesmo tempo em que essa transformação contínua da identidade do analista assinala algo de seu conhecimento sobre a subjetividade humana e sobre a situação clínica. (p.173)

Falarei nesta medida deste processo de constituição de minha identidade como psicólogo e psicanalista a partir de minhas experiências clínicas com o campo das drogadições em

contextos institucionais. Experiências estas que constituíram marcas e me suscitaram um trabalho de construção e elaboração em um tempo posterior.

Encontramos também em Fender (2018) uma importante apresentação dos diversos olhares em torno do debate sobre a construção do caso clínico em psicanálise e suas funções tanto no manejo clínico quanto na construção de um saber.

O autor define a construção do caso clínico como um trabalho do analista sobre o material que se extrai da escuta em transferência, e nos apresenta esta ferramenta como um importante método de trabalho em equipe nas instituições de saúde mental, um método clínico de investigação em psicanálise para a escrita e publicação de casos e, por fim, como principal instrumento de articulação entre o caráter privado e sigiloso da experiência clínica e as possibilidades de legitimação científica da psicanálise bem como sua utilidade pública (Fender, 2018).

O autor elenca ainda uma diversidade de elementos que podem ser constitutivos das construções de casos clínicos aprofundando-se nestes diversos aspectos de uma forma que não nos caberia aqui.

Gostaríamos no entanto de sublinhar a posição do autor de que seria justamente esta complexidade de elementos e aspectos o que daria sustentação à construção de casos como um gênero científico-literário que dá lugar ao “possivelmente improvável”, lugar faltante e incompleto a partir do qual a marca da experiência sujeito-analista pode ser constituída e transmitida.

Como nos diz Figueiredo e Minerbo (2006):

Interpretar significa olhar para o fenômeno investigado fora de seu campo habitual. O olhar do psicanalista é um olhar fora da rotina, que desopacifica o objeto. Ele ressurgente diferente, desconstruído, transformado. O sujeito também se transforma na medida em que se torna capaz de ver coisas que não via antes. *esta história fala de mim* pode ser o mote do pesquisador psicanalista em todas as etapas de seu trabalho, que o vai alterando lentamente e, às vezes, abruptamente. (p.260)

Concordamos que neste trabalho sujeito e objeto se entrelaçam e se transformam, assim como na experiência clínica, e sustentamos que é justamente a partir e por meio desta construção que um acréscimo teórico pode se dar.

Na afirmação de uma delimitação para os objetos pertinentes ao método psicanalítico Figueiredo e Minerbo (2006) nos dizem ainda que estes podem ser aplicáveis para todo e

qualquer fenômeno que faça parte do universo simbólico do homem: de sessões de psicoterapia a fenômenos sociais e institucionais.

Foram muitas as vinhetas construídas desde o início da pesquisa. Cada uma delas era levada aos encontros de nosso grupo de orientação que as submetia a uma escuta interrogante que permitia notar traços e trechos até então pouco notados pelo pesquisador, permitindo novos contornos, novas memórias, novos enfoques dentro de uma mesma cena clínica.

Articulamos ainda esta proposta metodológica com aquilo que Pinel (2019) desenvolve dentro de sua noção de homologia funcional, na qual propõe uma função figurativa que a equipe instituída pode fazer aos seus pacientes quando se debruça sobre suas próprias suas ressonâncias subjetivas. O autor destaca que este trabalho de figuração da equipe se dá em um processo complexo e em diferentes estágios. Num momento inicial, no encontro entre o agir do paciente e o contra-agir dos profissionais irá se produzir o que autor chama de *script*, uma cena em potencial que ainda deverá ser encontrada-criada pelos profissionais, a partir de seus apoio mútuos.

O *script* só pode chegar ao estatuto de cena dramatizada e compartilhável quando os profissionais podem acolher psicicamente a cena. Essa acolhida da cena supõe a criação de um lugar grupal que autorize os profissionais a um movimento de desprendimento que permita extrair a narrativa congelada no roteiro. Colocar em trabalho a singularidade dessas cenas requer um trabalho pluri-subjetivo, *no qual os ausentes contribuem a dar figurabilidade aos afetos e às figurações associadas ao interagir* [itálico nosso]. Trata-se de acolher grupalmente os materiais clivados e fragmentados - mais que difratados – alojados nas psiques de diferentes protagonistas da cena, para que se consiga formular o que é dado a ver e também o que foi infligido como afeto inconstante. O processo de co-apoio e de co-pensamento abre caminho à representação e à reunião das experiências clivadas e colocadas no contra-agir. (p. 15)

A cada nova discussão retornava ao texto e podia perceber que não apenas a cena clínica havia se modificado como minha própria interrogação, estabelecendo uma trilha dialética que permitiu a delimitação dos objetivos dessa pesquisa e das leituras teóricas que se apresentam. Neste sentido as vinhetas aqui é que estiveram a serviço da análise do trabalho, e não o inverso.

Outro apoio que se demonstrou fundamental para a construção de nossas vinhetas clínicas está no conceito de intertransferência apresentado por Kaës (2014) e bastante discutido por Castanho (2018, 2015), conceito que se apresenta o como importante operador clínico para se trabalhar a problemática da contratransferência no trabalho em equipe.

Segundo o Kaës (2014), a Intertransferência colocaria em questão a transferência estabelecida entre os membros da equipe interpretante quando se coloca o trabalho de atuação em

co-terapia diante de grupos, casais, famílias ou instituições, e remeteria em alguma instância às marcas contratransferenciais da escuta do grupo atendido.

Nos diz Castanho (2015):

Nessa leitura, a contratransferência quando trabalhamos em equipe é abordada levando-se em conta as transferências estabelecidas entre os membros da equipe interpretante. Trata-se de transferências internas à equipe e que se organizam sob o impacto do que se passa no grupo atendido. Assim, se na cura tipo “a contratransferência é a reação do psicanalista à transferência do analisando”<sup>7</sup> (Kaës, 1990, p. 8, tradução do autor), em situação de equipe interpretante a reação às transferências dos participantes do grupo pode ser vista também no que se passa no vínculo entre os membros da equipe interpretante. (p. 113)

A análise das relações intertransferenciais torna-se desta maneira a via primordial de acesso à experiência inconsciente do grupo de atendido, oferecendo-se como material precioso de análise e elaboração da equipe. Por este caminho metodológico e conceitual nos aproximaremos da possibilidade de compreender a maneira pela qual uma instituição passa a ser marcada, via sintomatizações múltiplas em seu funcionamento, das estruturas dos problemas sobre os quais se debruça.

Ora, se falamos que a construção de um caso se dá a partir do recorte de uma escuta em transferência, sustentamos a possibilidade de uma pesquisa que leve em consideração justamente o endereçamento de um lugar intertransferencial dirigido a um colega de equipe, sobre a qual um trabalho de construção possa se delinear. A experiência analítica de transferência sobre a qual se torna possível esta construção psicanalítica é a própria experiência intertransferencial, e o elemento metodológico que permite colocá-la em movimento são os processos de co-pensamento e co-apoio da situação grupal ofertada pelo grupo de orientação.

A partir da escrita das vinhetas e dos múltiplos processos de co-pensamento colocados em curso pelo grupo de orientação permitimo-nos selecionar um caso clínico paradigmático, que se demonstrou privilegiado para a delimitação de nossa problemática, pela amplitude de questões que suas cenas convocam e por permitir-nos analisar uma transformação em curso na experiência transferencial, transformação esta que emergiu como eixo central da interrogação à qual me lanço no trabalho.

Ainda sobre este ponto comenta Figueiredo, Tamburrino e Ribeiro (2011):

Jamais o relato clínico reproduz o fundamental de uma sessão. O essencial de uma sessão, como o essencial de qualquer experiência emocional é, aliás, irreproduzível e irrepresentável de forma cabal. Lidamos apenas com *fenômenos*, não com a *coisa em si*; lidamos com o resultado de múltiplos, encadeados e infinitos processos de *transformação*, nunca com a *origem* destas transformações. (Figueiredo, Tamburrino e Ribeiro, 2011 p. 10)

Neste sentido, o “caso” sobre o qual nos debruçaremos aqui serão os fenômenos transferenciais internos à equipe de cuidado na clínica institucional das drogadições, colocando como questão a transformação destas experiências transferenciais no decorrer da história de atuação do pesquisador, o que se demonstrará através de um caso. O aspecto ficcional dos eventos relatados procuram não apenas tomar os devidos cuidados éticos envolvidos, mas apresentar um modelo das problemáticas discutidas no trabalho, mas o leitor atento verá que em alguns momentos surgirão referências genéricas do dia a dia de experiências clínicas neste campo que não se ligam exatamente ao caso clínico apresentado, mas que se demonstraram como aspectos gerais da vivência do autor que pedem elaboração e que se ligam com a discussão teórica.

Antes de mais nada portanto, começaremos o trabalho com a apresentação deste caso clínico seguido da delimitação do campo de interrogações que orientaram as leituras teóricas que se apresentarão.

## **2. Caso Maurício: vicissitudes transferenciais da equipe na clínica das drogadições em um acompanhamento terapêutico.**

Iniciamos essa sessão com a apresentação de uma vinheta clínica paradigmática, que se demonstrou privilegiada para manifestar o fenômeno que pretendemos discutir nessa dissertação. Ao término da exposição de nossa vinheta enumeraremos as questões que esta situação clínica suscitou em nosso trabalho de pesquisa teórica.

### **2.1. Primeiros contatos com Maurício e com a equipe clínica.**

Foi durante minha formação como acompanhante terapêutico que pude ter meu primeiro contato com um paciente drogadito em um trabalho institucional.

Tratava-se de Maurício, um homem por volta de seus 40 anos, usuário de múltiplas substâncias e que havia sofrido uma lesão cerebral que o deixara com alguns prejuízos cognitivos e no controle de impulsos. Tinha um longo histórico de internações em hospitais psiquiátricos, sendo sua última uma longa internação compulsória na qual encontrava-se há mais de dois anos.

Contatado pela equipe o pedido que me foi apresentado inicialmente como AT era de auxiliá-los no processo de desinstitucionalização deste usuário, que se iniciava aos poucos, e com muitas resistências, de seus familiares e também de grande parte dos membros da equipe.

Desde nosso primeiro contato, eu um jovem e animadíssimo terapeuta, ele, um antigo paciente psiquiátrico cansado das limitações de sua vida assujeitada como paciente institucionalizado, parecia que se acendera uma fagulha. Parecíamos ambos numa espécie de apaixonamento um pelo outro. Apaixonamento este que era profundamente atrapalhado pela equipe.

Desde meu primeiro contato com a instituição senti-me tolhido, ameaçado e com muito ódio. Ocupava na equipe uma posição delicada, ora de um estrangeiro incômodo e incompetente, ora depositário das esperanças de que pudesse fazer de Maurício, aquele sujeito despossuído de qualquer auto-controle, como era enxergado pela equipe, em algum membro normótico de nossa sociedade.

Nosso primeiro contato ilustra bem estes aspectos. Após algumas semanas de conversas e negociações com a equipe, em que procuramos fechar um contrato de início de trabalho, ficou

combinado que faríamos encontros semanais por um mês ainda nas dependências da própria instituição.

Ao abrir a enfermaria me deparo, colado à porta, com um sujeito bastante magro mexendo nas mãos ansiosamente e balançando como um pêndulo de uma perna para a outra. Seu rosto me fitava com os olhos esbugalhados e sua língua se pronunciava dançante boca afora como se estivesse prestes a comer uma comida gostosa.

“É você que será o meu AT?!” Diz em um tom entre uma pergunta e uma afirmação, ao que aceno que sim, um pouco preocupado em já afirmar isso com tanta certeza antes mesmo de nos conhecermos. Dividia-me entre uma animação excitante e este receio de me precipitar.

Maurício leva-me então a uma mesa da enfermaria e nos fitamos em silêncio por alguns instantes constrangedores ao que então me apresento e digo que estava lá para que nos conhecessemos.

Maurício me pergunta se eu gostava de rock e aceno que sim. Vai rapidamente à outra sala e traz de lá um violão. Diz-me que irá cantar uma música de sua própria autoria e sorrio alegremente em ouvi-lo.

Começa então a dedilhar as cordas e parecíamos transportados para um outro lugar. Cantava com empenho empostando sua voz a letra que, depois eu saberia, havia criado em sua adolescência, algo com uma inspiração meio hardcore denuncia.

Sentia-me emocionado com sua disponibilidade e com a esperança que parecia depositar neste trabalho que ainda nem começara. Parecia que em sua fantasia eu já havia nascido há algumas semanas e que estava há um tempo pensando nesse primeiro encontro, ansioso em se apresentar para este novo terapeuta.

Somos então bruscamente acordados dessa atmosfera onírica e excitante por uma profissional da enfermaria, que corta a música tirando-lhe o violão. “Estamos em horário de grupo Maurício! Se quiser cantar vá para o seu quarto!” e só então me dou conta que a poucos passos os outros pacientes da enfermaria estavam a realizar uma oficina em que tentavam, bastante compenetrados, aprender a jogar xadrez.

Maurício não expressa nenhuma reação, divide o olhar entre mim e o chão, balançando a cabeça em ritmo de tique entre um sim e um não. Sentira-me tão logo dividido. Por um lado provocava-me bastante ódio aquela interrupção agressiva mas por outro sentia que não poderia

me opor tão cedo a uma profissional da enfermagem, preservando aquele momento com Maurício. Em nenhum momento passara-me que a reivindicação da profissional poderia ter seu sentido.

Intervenho então convidando Maurício a me mostrar seu quarto na enfermagem. Deita-se em sua cama cansado e sinto a necessidade de reanima-lo após este banho de água fria, tentando não demonstrar o ódio que havia sentido pela profissional.

Conversamos então sobre sua música e isso dá início a uma primeira boa conversa com o paciente, em que me conta um pouco de sua adolescência, das coisas que gostava de fazer, de suas rotinas na instituição, e por fim sobre como tem sido suas saídas progressivas, como pensava sobre este trabalho com um acompanhante terapêutico etc. Logo nesse início foi possível marcar alguns aspectos do enquadre deste início de trabalho; nos encontraríamos duas vezes por semana inicialmente nas próprias dependências do hospital para nos conhecermos.

Após esse primeiro contato com o paciente a mesma profissional se apresenta e me chama para uma conversa. Conta-me do histórico de Maurício na instituição e do quanto ele havia progredido através de um trabalho de reforçamento positivo de seus comportamentos adaptados. Fora dessa forma que haviam conseguido que Maurício parasse com os atos antissociais na enfermagem. Conta-me que no início do trabalho Maurício masturbava-se na frente dos outros, não tomava banho nem se limpava por dias, roubava cigarros dos outros usuários, fora as diversas agressões e ofensas a profissionais, além de fugas que havia efetuado neste período de dois anos.

A profissional me dissera então que meu trabalho seria de absoluta importância para a equipe uma vez que eu poderia dar continuidade a esta intervenção afóra os muros da enfermagem. Pedia, no entanto, que eu tomasse cuidado com as manipulações de Maurício e que eu respeitasse os protocolos da enfermagem para a boa convivência de todos.

Durante essa conversa esforçava-me para escutar de forma imparcial a profissional. Não concordava com os referenciais apresentados e sentia que aquele discurso representava uma atitude costumeiramente policialesca e moralista com a qual os usuários de drogas são tratados. Tudo o que me falava parecia ganhar este tom moralista o que me fazia sentir que pouco diálogo seria possível ali. Desde o início sentia que o melhor a fazer seria me esquivar o máximo possível dessa profissional protegendo a mim e a Maurício de sua rigidez.

Nestes primeiros contatos com a equipe, durante o início do trabalho com Maurício, sentia olhares bastante distintos sobre mim. Parte dela olhava-me com certo entusiasmo inspirador e

outra parte parecia me dirigir uma atitude mais desconfiada. Sobre esta segunda parte tinha desde o início a fantasia de que tentariam “puxar meu tapete”.

Esta diferença de atitudes era também bastante acompanhada por uma diferença de discursos sobre o próprio paciente. Nas escutas iniciais com os profissionais da equipe parecia testemunhar uma certa disputa sobre o que compreendiam de Maurício, o que se delineava em diferentes atitudes terapêuticas, algumas mais punitivas e outras mais acolhedoras.

Neste início de trabalho o lugar e a função do AT pareciam virar mais um elemento de disputa da equipe, o que aparecia em pedidos distintos. Parte dos profissionais entendia que eu deveria exercer uma função de controle sobre os impulsos de Maurício, acompanhando-o para verificar e intervir sobre seus elementos antissociais em busca ensiná-lo comportamentos mais socialmente adaptados.

Outra parte entendia que meu trabalho como AT não deveria ter este aspecto vigilante, mas que nossas saídas permitiriam um outro olhar sobre o paciente, possibilitando a vivência de outras formas de sociabilidade e promovendo um reencontro de Maurício com suas próprias potências e projetos, que tornavam-se impossíveis dentro de sua internação.

Procurava manter nas reuniões uma atitude razoavelmente neutra mas internamente era claro minha inclinação ao segundo grupo de profissionais. Esta atitude transbordava e tornava-se explícita nos espaços intersticiais (Roussilon, 1988). Logo desde o início compreendera como necessário a pactuação com alguns membros desta parte da equipe para que meu trabalho se visse *protegido* das interferências deste outro grupo.

Este entrelaçamento do campo intersticial acabou inclusive por produzir um transbordamento para fora do ambiente de trabalho, e acabei por desenvolver uma relação de amizade com uma parte da equipe que parecia admirar profundamente meu trabalho.

Eu era convidado para festas particulares e outras confraternizações e nestes espaços podíamos conversar mais livremente sobre as impressões do trabalho com Maurício e mesmo sobre minhas impressões da própria enfermaria e especialmente do outro grupo de profissionais.

Ao voltarmos para o espaço institucional não comentávamos sobre esses outros encontros e pessoalmente eu os vivia como uma espécie de *transgressão*<sup>1</sup>, que devia ficar protegida do resto da equipe.

## **2.2. Desenvolvimento do caso: o trabalho com Maurício e os conflitos recorrentes com a equipe.**

Após estes primeiros combinados de nosso enquadre deu-se início um trabalho de acompanhamento com Maurício que durou um período de oito meses.

De início passávamos nossos encontros andando e conversando em volta da quadra de esportes da instituição em uma atividade bastante repetitiva mas na qual íamos aos poucos nos conhecendo.

Aos poucos fomos ganhando a rua. De início andávamos pela rua Teodoro Sampaio e brincávamos de experimentar as guitarras e as baterias. Maurício tocava e fazia planos de algum dia voltar a ter uma banda enquanto me contava fragmentos de sua história de vida.

Às vezes ficávamos a escutar CD's de rock, o que aos poucos foi mudando nossos roteiros para grandes lojas em que poderíamos passar o tempo pesquisando por músicas.

As saídas para os cenários diferentes iam passo a passo ampliando as temáticas de nossas conversas e outros pedaços da vida de Maurício iam aparecendo, ao passo que sua inserção fora da enfermaria ia aumentando.

Passou a ir aos finais de semana para casa e começou a frequentar um CAPS da região ao qual se vinculou após a saída definitiva da enfermaria, ampliando passo a passo os dias que ficava fora da enfermaria. Fazíamos então os encontros próximo de sua casa e íamos assim ampliando e conectando os fragmentos da história de Maurício que passou a trazer demandas até então impensáveis quando iniciamos nosso trabalho.

Surpreendeu a mim e a todo resto da equipe, por exemplo, quando trouxe o pedido de que eu o acompanhasse em seu conselho profissional para regularizar sua situação. Queria voltar a trabalhar e chegou mesmo a conseguir sozinho uma entrevista de emprego por telefone, à qual não pôde comparecer pois no dia ainda estaria internado na enfermaria.

---

<sup>1</sup> Durante a redação desta vinheta é curioso que este aspecto tenha ficado apartado de meu primeiro relato, tendo sido vivido com bastante constrangimento ao ter sido “descoberto” pelos colegas do grupo de pesquisa. A observação de um aspecto transgressivo veio então como sugestão do próprio grupo.

Os encontros dividiam-se entre momentos bastante vívidos, em que retomávamos a atmosfera daquele primeiro encontro, e momentos de um silêncio incômodo, em que nenhum contato entre nós parecia ser mantido. Sentia-me compelido a recriar aquela atmosfera, o que me trazia um trabalho bastante dispendioso. Destaco uma outra cena paradigmática que ilustra este aspecto.

Ainda bem ao início de nosso trabalho enquanto caminhávamos ao redor da quadra procurava com esforços puxar algum assunto que se mantivesse entre nós. Maurício me respondia monossilabicamente. Às vezes conseguíamos engatar um assunto breve em que me contava de algum interesse seu mas que logo minguava.

Nesse dia estava mais retraído e com muitos tiques, mexendo a cabeça repetitivamente enquanto olhava para cima.

“Maurício, e esses movimentos com a cabeça?”

“É...”

“É o que?”

“Impregnação... é do remédio.”

“Te incomoda?”

“Às vezes. Fico preso” Responde olhando fixamente para cima.

Decido imitar-lhe o movimento e passo a olhar a copa das árvores enquanto caminhamos.

“Só às vezes?”

“É, às vezes tem uma brecha também.”

“O que é uma brecha?”

Maurício repara que estou olhando para cima e reage com uma breve risada.

“Uma brecha é assim, tipo quando eu estou olhando pra uma coisa qualquer e... de repente acho um ponto fixo que me puxa e me suga pra fora daqui!”

Enquanto ia me falando olhávamos para o movimento das árvores e chegamos de repente em uma clareira das copas. Paramos abruptamente e ficamos alguns momentos observando juntos e com muito prazer aquela abertura para o céu em que Maurício conseguia se sentir brevemente fora de seu clausura. Sinto-me emocionado e digo que a brecha era uma coisa muito bela ao que Maurício dá uma longa e prazerosa risada.

Ao voltarmos dessa experiência Maurício passa a me contar que existiam muitos desses pontos no hospital em que sentia que podia sair dali. Posteriormente criamos uma brincadeira

com as brechas que perdurou por algum tempo na fase inicial de nosso trabalho. Quando às vezes, andando pelo hospital ou pela rua, observava Maurício olhando fixamente para um ponto pedia que me mostrasse a brecha e então tirava uma foto dela com meu celular. Feito isso Maurício ria e conseguia voltar sua atenção para outras coisas.

Curiosamente estas experiências eu não compartilhava com a equipe. Sentia que não seriam compreendidas e que se contasse para os outros profissionais, especialmente os membros aos quais eu dirigia uma atitude mais hostil, denunciariam em mim uma ingenuidade *alucinada* e uma falta de firmeza, expondo meu fracasso como cuidador.

O trabalho ia mostrando suas potências, mas nem por isso a relação com essa parte da equipe deixava de ser conflituosa.

Eram constantes os sentimentos persecutórios que tinha em relação à equipe o que me fazia resguardar cada vez mais minhas experiências com Maurício, com medo de ser punido e tolhido. Isso chegava mesmo a constituir alguns segredos.

Em uma de nossas saídas, por exemplo, deixei Maurício sozinho por alguns instantes enquanto carregava meus créditos para pegarmos o metrô. Quando retornei Maurício me contou em tom confessional que ouvira uma voz o convocando para fugir e ir à Cracolândia.

Essa situação me provocara um tremendo medo. E se a equipe descobrisse? Iniciava então batalhas argumentativas imaginadas, sonhos acordados, em que era atacado por alguns membros da equipe. Defendia-me com indignação mostrando bravamente o moralismo e a hipocrisia deles.

Defendia-me da ideia de sua fuga valorizando o fato de ter ficado, e de esta poder ter sido uma experiência de autonomia e autocontrole, o que se opunha a um discurso moralista, tutelar e policialesco que denunciaria em meus colegas por criticarem minha postura. Em oposição imaginava a vergonha que eu sentiria de chegar à instituição sozinho, tendo de dar aos membros da equipe a notícia de que eu teria perdido Maurício.

Essas fantasias eram especialmente intensas quando me preparava para alguma reunião de equipe, que, em minha imaginação, se aproximavam mais de uma guerra do que de uma reunião clínica. Fantasiava que a reunião desembocaria em algum grande desentendimento a respeito de uma conduta minha ou da equipe. O clima nessas fantasias era de uma agressividade intoxicante. Brigaríamos e eu seria mandado embora ou então conseguiria encontrar uma saída triunfante “desmoralizando” os profissionais da equipe que questionavam meu trabalho e minhas intervenções.

Nas reuniões essas cenas não sucediam. Era comum que a equipe trouxesse um ou outro questionamento sugerindo alguns direcionamentos ao trabalho, mas validavam os avanços que vinham acontecendo e acatavam minhas construções sobre o caso. Era comum que minha presença fosse inclusive aproveitada para discutir alguma intercorrência de Maurício na enfermaria, perguntando sobre meu olhar a respeito da questão. Curiosamente, após a reunião, na retomada do contato com o paciente o clima persecutório voltava aos poucos a se instaurar.

Uma discussão bastante recorrente dizia respeito ao número elevado de cigarros que Maurício fumava em nossas saídas. Dentro da enfermaria os pacientes tinham a permissão de fumar dez cigarros por dia, o que era um aspecto de constante conflito com Maurício que solicitava, desesperadamente e em todas as oportunidades que podia, a permissão para fumar mais cigarros.

Os cigarros haviam sido usados inclusive como parte de um sistema de reforçamento, permitindo que Maurício fumasse mais cigarros para cada comportamento adequado ao cotidiano da vida institucional (tomar banho, participar de oficinas etc.), o que parte da equipe enxergava com bastante orgulho.

Durante as saídas, no entanto, não me parecia fazer sentido controlar a quantidade de cigarros, verdadeiramente excessiva, que Maurício fumava (por volta de um maço em duas horas), ainda que em alguns momentos isso atrapalhasse nossos encontros que era constantemente “interrompido” para que Maurício fumasse.

Nas reuniões de equipe era comum que este tema retornasse. Parte da equipe se incomodava com essa quantidade de cigarros fumada, receosa de que isso tirasse o impacto de suas intervenções anteriores e dividindo o trabalho em duas atitudes opostas ao mesmo tempo, sugerindo que eu tivesse uma atitude mais controladora e punitiva a respeito deste aspecto.

Da minha parte eu questionava que este era um aspecto de *menor importância* e que o processo de desinstitucionalização de Maurício teria de contar com essa ausência de um controle que só era possível em uma enfermaria. Resguardava-me no entanto do embate que internamente acontecia de forma calorosa a respeito das concepções que sustentavam esta postura da equipe que eu lia novamente como moralista e policialesca.

Nos encontros com Mauricio eu vivia como cansativa a tentativa de encontrar-criar algum sentido para seu uso excessivo de cigarros... Quando ele fumava entrava em um estado de

encapsulamento completo, e nenhum contato entre nós era mantido. Será que era mais fácil o embate com a equipe do que enfrentar essa difícil tarefa?

### **2.3. Encerramento do caso: a crise com Maurício e a salvaguarda da equipe.**

A relação seguiu-se dessa maneira até que pude acompanhar Maurício em sua primeira recaída desde o início de nosso trabalho, situação que expôs nossa relação aos limites de nosso vínculo terapêutico e a partir da qual pude vivenciar outros aspectos de minha relação com os profissionais da equipe.

Essa situação teve seu início no período de férias de fim de ano em que Maurício recebera uma licença por um período maior e em que ficaríamos duas semanas sem realizar nossos encontros. A família e o paciente haviam ficado com a possibilidade de entrar em contato comigo caso entendessem necessário o que, no entanto, não ocorreu.

Ao retornar de férias entro em contato com o paciente para retomarmos nossos encontros e recebo então a notícia de que Maurício havia iniciado uma recaída neste período.

No dia do ano novo, no momento do brinde, bebeu um copo de vinho e “virou”, como sua mãe me contou. Ficou agressivo e agitado e forçou sair de casa numa busca frenética por mais substâncias, voltando algumas horas depois embriagado e com cheiro de maconha, o que deixou sua família desesperada. Voltaram para São Paulo no dia seguinte.

A equipe do hospital foi informada e Maurício retornou à enfermaria.

Nessa semana tive uma sequência de encontros na instituição com Maurício e com a equipe que acabou por decidir que daríamos continuidade ao processo de alta com os encontros de AT com Maurício em seu território.

A avaliação geral fora de que o episódio representava mais um lapso do que uma recaída, e que de uma forma ou de outra haveria de se constituir uma maneira de enfrentar as possíveis recaídas, que faziam parte e que muito provavelmente ainda se apresentariam. A instituição não poderia ficar para sempre no lugar de impedir o uso de Maurício ao custo de sua liberdade.

Realizamos então um encontro em sua casa, em que acordamos ir até a casa de um conhecido no bairro com o qual teria combinado de fazer uma prótese dentária. A mãe exigia a minha presença pois sabia que a casa desta pessoa ficava próxima à boca de fumo que Maurício frequentava antigamente.

Saio então com Maurício que encontrava-se mais silencioso do que o de costume. Vamos andando pelas ruas do bairro que vão mudando aos poucos de característica. Das ruas típicas de bairro, de casas com varandas vamos nos aproximando de grandes e movimentadas avenidas chegando então em uma viela de chão de terra que saía próxima a um viaduto acompanhando o muro de uma linha de trem.

Aos poucos adentrávamos a atmosfera de uma pequena favela. Lá as casas, em sua maioria mistas de alvenaria e madeirite, exibiam músicas altas, raps, funks, sertanejos e gospel se misturavam, e em meio a tudo isso apareciam cheiros mistos de maconha, crack e aguardente.

Com temor, tenho a sensação de que me cai uma ficha e pergunto a Maurício “Estamos aqui para procurar um trabalho ou para buscar droga?” ao que não consegue me responder muito bem.

Passamos por volta de uma hora perambulando pelas vielas. Eu com um bocado de medo pensava no que eu faria se Maurício comesse a usar em minha frente e como eu o tiraria dali. Ele, já sem responder minhas perguntas falava que estava mesmo em busca de um fulano de tal que tinha lhe pedido uma prótese na noite anterior.

Paramos em um momento na frente da boca de fumo e Maurício fica a conversar com os usuários que usavam maconha a nossa frente e o ofereciam. Maurício olhava tentado mas olhava para mim e respondia que não, pendulando entre uma perna e outra com os olhos esbugalhados e a cabeça presa em seu tique habitual.

Após alguns minutos nessa conversa começo a sentir uma tremenda dor de barriga. Puxo Maurício de lado e peço “Por favor, vamos sair daqui... eu PRECISO ir ao banheiro!” ao que ele me olha preocupado e decide ir embora.

Após sairmos dessa viela paramos em uma venda e tomamos um refrigerante para conversar sobre o que havia acontecido. Ainda intoxicado pela experiência, o repreendia e dizia que isso não poderia acontecer novamente. Voltamos para a casa com o combinado de que nos encontraríamos novamente no dia seguinte de tarde para seguir conversando sobre o ocorrido. Saio do encontro extremamente cansado e desconfiado.

Nesta mesma noite recebo uma ligação de sua mãe desesperada dizendo-me que Maurício havia fugido e pedindo minha ajuda. Absolutamente sem pensar a respeito vou então ao encontro dela e iniciamos uma busca de carro pelas ruas atrás de Maurício. Perambulei então sozinho pelas mesmas vielas que havia estado com Maurício no dia anterior em busca de encontra-lo.

Após algumas horas dessa procura frenética e sem sentido decidimos voltar para casa e esperar por seu retorno. Volto então para minha casa e durmo algumas poucas horas até ser novamente acordado com uma ligação de sua mãe, dizendo que ele havia voltado e de que estavam levando-o para o hospital, fazendo-me ficar, talvez pela primeira vez, grato por sua existência.

Passado o êxtase dessa noite de “aventura” pelo submundo de Maurício comecei aos poucos a questionar por quê eu havia respondido em ato e absolutamente sem reservas àquela convocação tão extrema. Precisei de diversos outros pares, supervisões e reuniões com a equipe, para tentar elaborar os atravessamentos daquela intervenção. Como a equipe reagiria a este relato?

Retornando à enfermaria encontrei novamente a equipe na reunião semanal da qual participava para discutir o andamento do caso de Maurício. Sentia um grande receio de que eu pudesse sofrer retaliações após o relato de meu percurso “salvacionista”, mas para minha surpresa não foi o caso.

Logo no início da reunião os profissionais demonstraram estar preocupados com a minha segurança, valorizando minha dedicação ao cuidado de Maurício mas oferecendo-se para cuidar das marcas que aquele episódio havia de ter me provocado, ouvindo todo o meu relato sem interrupções e julgamentos. Demonstraram uma atitude acolhedora bastante distante da atitude costumeiramente persecutória e combativa que eu guardava com a equipe.

Teria sido interessante olhar a longo prazo que impacto esta experiência teria tido em minha relação com os profissionais da enfermaria e paralelamente que efeitos isso traria para o cuidado com Maurício, mas não dei sequência como acompanhante do caso por mais muito tempo após esse episódio.

Foi no entanto marcante o quanto minha relação com a equipe se transformou nos dois meses subsequentes que seguiram-se à recaída de Maurício. Sentia-me muito mais disponível para escutar suas considerações, muito menos perseguido e paralelamente muito mais interessado em dividir sobre meus encontros com o paciente.

O projeto de desinstitucionalização com Maurício seguiu-se após um período de intensificação dos cuidados na enfermaria. Após esses dois meses, por ter sido convocado a ingressar em um trabalho integral que dificultaria a sequência dos encontros, dei início a uma transição com outra equipe de acompanhantes terapêuticos que seguiriam acompanhando o caso.

Em nossa despedida lembro-me distintamente da dor. Após um último abraço e cumprimento a porta da enfermaria se fecha entre nós e caminho determinado a não olhar novamente para trás. Num último impulso me viro para olhá-lo e o vejo, pela pequenina janela da porta, da maneira que menos gostaria. Parado em frente à porta paralisado em seu tique, pendulando entre uma perna e outra a olhar para cima, preso em alguma brecha.

A partir deste relato de caso extraímos as seguintes questões que orientarão o percurso teórico deste trabalho. 1. Qual seria o estatuto psicanalítico para a problemática das drogadições? 2. Que modulações transferenciais decorrem deste estatuto?, e 3. Quais os efeitos nas transferências internas da equipe de trabalho que estas modulações transferenciais sugerem?

### 3. Estatuto psicanalítico das drogadições: um sobrevôo a partir das relações de objeto.

““É, às vezes tem uma brecha também.”

“O que é uma brecha?”

Maurício repara que estou olhando para cima e reage com uma breve risada.

“Uma brecha é assim, tipo quando eu estou olhando pra uma coisa qualquer e... de repente acho um ponto fixo que me puxa e me suga pra fora daqui!”

Enquanto ia me falando olhávamos para o movimento das árvores e chegamos de repente em uma clareira das copas. Paramos abruptamente e ficamos alguns momentos observando juntos e com muito prazer aquela abertura para o céu em que Mauricio conseguia se sentir brevemente fora de seu clausura. Sinto-me emocionado e digo que a brecha era uma coisa muito bela ao que Mauricio dá uma longa e prazerosa risada.”

(Trecho do relato de caso p. 27)

Segundo Decio Gurfinkel (2001), podemos destacar, grosso modo, três campos de pesquisas psicanalíticas a respeito da problemática das toxicomanias.

O primeiro deles diria respeito a compreensão do fenômeno das adicções no interior de uma psicopatologia psicanalítica. Este campo colocaria em foco interrogações acerca do estatuto clínico das adicções, essencialmente acerca de sua autonomia ou não, e de sua proximidade e parentesco com outras estruturas clínicas, bem como, a respeito das dinâmicas de funcionamento, defesas e mecanismos que lhe seriam particulares.

Para este campo o autor destaca os estudos de Fenichel desde a década de 1940, em que a relação com a psicopatia e perversão é discutida, passando pela década de 1960 pelos estudos de David Lieberman, abordando a problemática a partir da teoria da comunicação, e termina com um resgate dos trabalhos de Joyce McDougall que ampliaria as adicções a um modo de funcionamento mais generalizado, correlacionando-a às diversas psicopatologias contemporâneas, com destaque para as somatizações, desafetações e para hiperadaptações.

Sobre este ponto encontraremos ainda importantes paralelos em autores da psicanálise de grupos de linha francesa que aproximariam as toxicomanias das problemáticas psicopatológicas da contemporaneidade, pensadas a partir do modelo da falha dos processos de mediação e apoio vinculares (Kaës, 2003; Pinel, 2019), incluindo uma perspectiva para nós importante e que será melhor aprofundada posteriormente.

A segunda linha de pesquisa proposta por Gurfinkel (2001) problematizaria o paralelo entre a toxicomania e o fenômeno da dependência patológica, centrando-se na questão do desamparo do bebê humano desenvolvida pelos diversos autores pós-freudianos. O autor nos indica aqui os trabalhos de Fairbairn, José Bleger, e Suzana Dupetit, que tangenciariam cada um a sua forma estes paralelos, trazendo por fim os trabalhos de Winnicott, em que a questão ganha evidente aprofundamento.

Por fim a terceira linha de pesquisa proposta por Gurfinkel (2001) se dedicaria à relação sujeito objeto, problematizando o estatuto de ambos nas adições, tendo como foco a compreensão da relação, marcadamente assujeitada e escravizada, do sujeito com o objeto de sua adição, a partir das concepções psicanalíticas de objeto e de relação de objeto.

Aqui, mais uma vez, Decio nos aponta a importância dos trabalhos de Winnicott acerca dos objetos e fenômenos transicionais, mas nos deixa também como indicação os trabalhos de Piera Aulagnier, que consideraria na toxicomania uma modalidade de relação específica de assimetria sujeito-objeto a partir do modelo da paixão, e os trabalhos de Freud a respeito da problemática do fetichismo.

Como dissemos o campo é vasto e uma descrição pormenorizada destes caminhos fugiria aos intentos de nossa pesquisa, podendo ser melhor encontrada na extensa bibliografia do autor.

Torna-se necessário desta forma optar por um recorte, uma vez que nosso intuito neste capítulo é apresentar uma certa compreensão do fenômeno das drogadições que nos dê subsídio para refletir sobre as modalidades de relação transferenciais presentes no campo e que se apresentarão em nossa prática clínica.

O recorte que optamos aqui se dá por autores que abordam o fenômeno fundamentalmente a partir de uma dita tradição intersubjetivista (Gurfinkel, 2017), pensando o fenômeno a partir das modalidades de relação objetais desde o início da constituição psíquica, e dos lugares do sujeito e do objeto nessa relação, aspecto que para nós se destaca no trecho clínico que apresentamos no início deste capítulo. Este trecho serviu para nós como um molde da compreensão desta forma de relação dissociada, em que se alucina uma saída mas termina-se por ficar escravizado, e sobre as possíveis formas de se colocar-se em relação neste campo.

Justificamos esta escolha na medida em que este campo está historicamente ligado aos desenvolvimentos da psicanálise de grupos francesa, o que se demonstrará útil quando

abordarmos nossa compreensão dos fenômenos transferenciais no campo das drogadições e posteriormente suas derivações para o campo institucional.

Seguimos agora com um sobrevôo a respeito dos diversos estatutos psicanalíticos das drogadições a partir dos trabalhos de Decio Gurfinkel e Hugo Mayer.

### **3.1. Fronteiras do sintoma e o sintoma-fronteiriço.**

“Das ruas típicas de bairro, de casas com varandas vamos nos aproximando de grandes e movimentadas avenidas chegando então em uma viela de chão de terra que saía próxima a um viaduto acompanhando o muro de uma linha de trem. Aos poucos adentrávamos a atmosfera de uma pequena favela. Lá as casas, em sua maioria mistas de alvenaria e madeirite, exibiam músicas altas, raps, funks, sertanejos e gospel se misturavam, e em meio a tudo isso apareciam cheiros mistos de maconha, crack e aguardente. (...) Paramos em um momento na frente da boca de fumo e Maurício fica a conversar com os usuários que usavam maconha a nossa frente e o ofereciam. Maurício olhava tentado mas olhava para mim e respondia que não, pendulando entre uma perna e outra com os olhos esbugalhados e a cabeça presa em seu tique habitual. Após alguns minutos nessa conversa começo a sentir uma tremenda dor de barriga. Puxo Maurício de lado e peço “Por favor, vamos sair daqui... eu PRECISO ir ao banheiro!” ao que ele me olha preocupado e decide ir embora.”  
(Trecho do relato de caso p. 31)

Acompanhamos a argumentação de Gurfinkel (2011, 2019), e de um importante grupo de autores, de que as adicções podem se apresentar nos mais diferentes estatutos clínicos, de maneira que não estariam destacadas como uma estrutura clínica autônoma distinta das neuroses, psicoses e perversões, apresentando-se nos mais diversos quadros, e como um traço razoavelmente regular especialmente nas ditas neuroses limites.

É possível enxergarmos em nossa prática clínica no entanto, algumas marcas que nos permitiriam defender a demarcação de uma unidade na diferença, unidade esta que nos possibilitaria uma capacidade operativa, ainda que sob constante reflexão e revisão, levando-se em conta as complexidades do fenômeno e a diversidade do campo.

Para este intuito Gurfinkel (2011) define as adicções como uma ação de caráter impulsivo e irrefreável que se constitui em uma inversão dos polos da relação sujeito-objeto, e implicando

em uma decorrente coisificação na qualidade das relações estabelecidas, sendo a toxicomania, ou como preferiremos, drogadições, uma de suas manifestações mais frequentes.

Este olhar parece-nos privilegiado uma vez que descentra o foco da problemática da substância, perspectiva que inspira muitas vezes as políticas de cuidado e que coloca no tóxico um mal todo poderoso causador de uma epidemia contagiosa que precisaria ser combatida a partir da eliminação do objeto danoso e de seu agente transmissor. Longe de nós ignorar os impactos e efeitos potencialmente danosos do objeto psicoativo, no entanto defendemos que o ganho desta perspectiva está na possibilidade de colocar em relevância as formas de relação com este objeto, reconhecendo a heterogeneidade de seus usos, e dando maior importância às possíveis funções desta relação para cada sujeito em um determinado momento, resgatando sua singularidade.

Nos diversos trabalhos do autor (Gurfinkel, 1996, 2001, 2007, 2011, 2019, 2020) podemos acompanhar uma vasta pesquisa histórica e bibliográfica do tema na psicanálise, na qual testemunhamos a aproximação das drogadições dos diversos quadros e formações psicopatológicas.

Uma das aproximações mais frequentes seria com a clínica das perversões. Isso se dá uma vez que o adicto trespassa o campo da fantasia agindo diretamente na realidade material, o que implica muitas vezes em uma forte crise de confiança, conferindo ao usuário de drogas um aspecto de degradação do caráter e uma associação, que se evidencia em muitos casos, com os atos e condutas antissociais (Gurfinkel, 2011).

De fato, é frequente a associação do drogadito ao delinquente, o que surge ora como parte de um campo de discursos e práticas estigmatizantes, ora como efeito das sucessivas transgressões e passagens ao ato, que acabam por colocar no campo intersubjetivo uma questão transferencial de difícil manejo, facilmente deslocada para uma reação de caráter moralizante e policialesca por parte daqueles que estão ao redor.

Seja como for, esta aproximação das adicções com as perversões, nos traz a importância da temática da recusa (*Verleugnen*) e da passagem ao ato para se pensar nos processos defensivos em jogo nas adicções.

Outra aproximação presente historicamente seria a do funcionamento adictivo com o funcionamento fetichista. Isso se dá na medida em que, na relação com o objeto fetiche, observamos uma espécie perversão do funcionamento pulsional. Por um lado o caráter livre e flutuante da pulsão fica impedido, fixando-a a um objeto específico e indispensável ao gozo, e

por outro observamos uma inversão fundamental dos polos da relação sujeito-objeto conduzindo a uma escravização do primeiro pelo último que muito nos lembra a relação entre o drogadito e sua substância. Quanto mais se aprofunda a relação adictiva mais o sujeito vê-se alienado de sua liberdade de escolha entre usar ou não usar o objeto, assim como alienado da própria relação (Gurfinkel & Sapientiae, 2007; Gurfinkel, 1996).

O autor apresenta neste ponto, no entanto, uma importante distinção. No objeto fetiche veríamos a presença de um mecanismo de deslocamento, sendo possível remeter pela via da representação, o objeto fetiche a algum ponto do desenvolvimento da sexualidade infantil recalçada. Nas adicções, por outro lado, é muito difícil encontrarmos um mecanismo de tal ordem, de forma que na escolha do objeto de investimento adictivo é ressaltada a *atualidade* do encontro com o objeto, remetendo-nos mais às construções freudianas a respeito das neuroses atuais do que propriamente aos funcionamentos presentes nas psiconeuroses.

Outra distinção seria a respeito da fixação da libido a uma meta específica. Ainda que nas adicções exista uma importante fixação ao objeto adictivo é possível vermos em alguns momentos, especialmente no decurso de um tratamento, a substituição do objeto droga por algum outro objeto mantendo-se no entanto uma relação de compulsão à repetição e o aspecto de escravização. Da mesma forma o mesmo objeto pode estar mais ou menos investido de um uso adictivo, como um fim em si mesmo, em momentos diferentes de um tratamento.

Destacamos aqui a relação de escravização do sujeito com o objeto como um aspecto marcante dessa relação. O *adictu* etimologicamente remete à Roma antiga, em que denominava a pessoa que se tornava escrava de um credor como forma de pagamento de uma *dívida* que era incapaz de saldar (Kalina e Kovadloff citado por Gurfinkel e Sapientiae, 2007), aproximando-se das construções míticas daqueles que vendiam sua alma para o diabo, tornando-se eternos devedores de um salvador traíçoeiro. É ainda mais interessante se abordarmos este ponto sobre a ótica da dívida e da culpa psíquica, oriunda da formação das atividades superegoicas e dos ideais do Eu, dívida esta que parece impossível de ser resolvida nas adicções, como veremos adiante, uma vez que nestes casos remetem a um superego mais arcaico, ligado aos investimentos narcísicos primários da constituição do Eu ideal, expondo o sujeito apenas à face mais sádica e totalitária do Supereu.

Mayer (2000) traz ainda um outro sentido para o termo de *adicto* como *a* (não) *dicto* (dizer), destacando impossibilidade de dizer de seus conflitos e a falha progressiva das cadeias

representacionais em curso nos sujeitos em que se avança uma modalidade de relação adictiva, remetendo-os por fim ao anonimato<sup>2</sup>.

Nos diz Mayer (2000):

De fato, o que se percebe ao lidar com adictos é sua enorme facilidade de agir, questionar, mentir ... mas uma incapacidade dramática de falar sobre suas situações conflitantes. Muitas vezes eles as registram como tais, mas como uma compulsão ingovernável que os leva a uma descarga de qualquer tipo: motora, alucinatória ou ambas, mas não verbal. Para eles, as palavras são desvalorizadas, não servem para comunicar e, muito menos, para aliviar a dor, embora sirvam como um instrumento de ocultação, manipulação ou justificativa. Isso pode ser atribuído ao fato de eles não terem desenvolvido um mundo representacional que lhes permita qualificar seus estados afetivos ou internalizar uma estrutura na qual essas representações possam ser registradas e vinculadas como capítulos de sua história.<sup>3</sup> (p.152)

Vemos que aqui o autor já nos adianta sua hipótese de que esta incapacidade estaria ligada a uma falha nos processos de interiorização e no desenvolvimento de um mundo representacional que permitiria qualificar as experiências psíquicas, hipótese que será melhor desenvolvida posteriormente.

Em ambos autores vemos, no entanto, a caracterização de uma relação notadamente alienada. O sujeito apresenta-se como um sujeito-quase, incompleto e enfraquecido diante de um objeto todo poderoso investido de poderes extremos e enigmáticos. Uma espécie de perda do território da subjetividade em face ao objeto que parece ser reforçada nas representações que faz nossa cultura dos usuários de drogas, basta ver o apelo à figura de mortos vivos, fortalecendo o estigma do lugar impotente do usuário e a legitimação do mito de um objeto-droga investido de poderes sobrenaturais.

É neste estatuto do objeto que Gurfinkel (2011) reconhece justamente a operação que dá emergência ao fenômeno da adicção, a transformação na qual a droga, na experiência do

---

<sup>2</sup> Sobre este ponto é interessante pensar na presença dos “anônimos” nos grupos de auto-ajuda que muitos usuários encontram como único suporte vincular possível quando buscam livrar-se de suas adicções. É verdade que historicamente o nome remete mais a uma possibilidade de ser resguardado da estigmatização social de que são vítimas, mas não poderiam ser também uma espécie sintoma da identificação neste lugar assujeitado?

<sup>3</sup> En efecto, lo que se percebe cuando se trata con adictos es su enorme facilidad para actuar, para cuestionar, para mentir... pero una dramática incapacidad para hablar de sus situaciones conflictivas. Muchas veces ni siquiera las registran como tales, sino como una compulsión ingovernable que los empuja a una descarga de cualquier tipo: motriz, alucinatoria, o ambas, pero no verbal. Para ellos, las palabras están desvalorizadas, no sirven para comunicar y, mucho menos, para aliviar un dolor, aunque sí como instrumento de encubrimiento, manipulación o justificación. Eso puede atribuirse a que no han desarrollado un mundo representacional que les permita *qualificar* sus estados afectivos ni interiorizar un marco en que esas representaciones puedan inscribirse y enlazarse como capítulos de su historia. (Mayer, 2000 p.152) (tradução nossa)

drogadito, torna-se uma Coisa, esvaziando-se de seu sentido simbólico, transicional, para transformar-se em um fim em si mesmo necessário, uma *neonecessidade* (Gurfinkel 1996, 2011), não apenas em seu sentido de meta mas também de destruição.,

Mayer (2001), ao comentar este aspecto destrutivo, retoma os trabalho de André Green sobre narcisismo negativo, postulando a presença repetitiva de uma força de desligamento e destruição não apenas do objeto, mas do próprio desejo, e em última instância do próprio ego, numa espécie de narcisismo que aspiraria não ao Um mas ao Zero, à auto-aniquilação através do desligamento de qualquer tensão.

Vemos aqui uma relação possível com a problemática da melancolia, na medida em que nessa relação coisificante, o objeto passa a ser investido de toda a libido narcísica tornando-se objeto indispensável, apresentando-se à maneira de uma nova necessidade comparável às necessidades das pulsões de auto-preservação. O usuário sente fome por seu objeto escolhido e sente-se incompleto sem o mesmo, assim como o fim dessa ligação coloca em cena um luto impossível. Esta relação com a melancolia é também bastante abordada no trabalho de Conte (2001) e em Le Poulichet (1990).

Trata-se, nesta medida, de uma deterioração do funcionamento pulsional, em uma espécie de biologização das pulsões em que os objetos de desejo se coisificam enquanto objetos necessários para a sobrevivência, se distanciando das criações psicosexuais, do campo do desejo e do sonho. Na toxicomania e nas adicções em geral o ato surge, assim, sem o seu sentido dramático, acompanhado apenas da repetição compulsiva que o anima.

Por esta razão ainda, Gurfinkel (2011) coloca as adicções também próximas às patologias do agir, em que se apresenta um ato impulsivo e esvaziado da expressividade características do gesto humano. O agir que a solução adictiva nos propõem é um agir de pura descarga, em que predomina a cena atual em detrimento das cenas infantis recalcadas.

Também neste sentido Mayer (2001) esforça-se em fazer uma diferenciação entre o agir do *acting out* e da *passage à l'acte* presentes nas adicções. Ainda que ambos tenham surgido historicamente do mesmo verbo alemão *agieren* o autor nos demonstra uma divisão de seus sentidos no desenvolvimento histórico do mesmo na psicanálise. Na atuação do *acting out* estaria ainda preservada um mecanismo de convocação, ainda que a partir de um enredo inconsciente, dirigido a um outro significativo, preservando-se um sentido dramático. Na passagem ao ato, por sua vez estaríamos diante de um mecanismo extremo de evacuação.

(...) a *passagem ao ato* propriamente dita costuma manifestar-se quando os *actings* reiteradamente fracassam em sua dimensão de *convocação*. Naquela o sujeito se precipita numa ação extrema que pressupõe uma ruptura e uma alienação radicais, com desmoronamento de toda a mediação simbólica. (Mayer, 2001 p.93)

Desta forma, conclui-se que quanto mais se aprofunda a relação adictiva mais nos distanciamos do campo do simbolismo e mais nos aproximamos de um campo arcaico do arco-reflexo em que tensão acumulada é tensão a ser descarregada. O sujeito se alienaria cada vez mais e o mundo e as relações ficariam cada vez mais coisificados. Se por um lado um objeto é investido de um novo status, por outro as outras relações se coisificam, tornando-se muitas vezes coadjuvantes ou meros meios a partir do qual o sujeito sustenta sua relação com o objeto droga.

É por esta razão, nos diz Mayer (2000), que as adicções se apresentam como uma defesa progressiva, dinâmica e infiltrante, na medida em que avançaria em sua força mortificante em todos os tecidos, biológicos, pulsionais e vinculares, terminando por engolir toda a estrutura pessoal e singular em função do desamparo psicossocial em que lança o sujeito.

Trata-se nesta media da instauração de uma relação cíclica. Quanto mais desamparado menor a condição de suporte vincular e assim menores as condições de representação das experiências de privação e sofrimento, apelando-se às viagens a realidades paralelas dissociadas às quais o objeto droga serve tão bem.

Esta deterioração do campo simbólico frente ao objeto sugere um colapso progressivo do campo do sonhar (Gurfinkel, 2001) e do devaneio, o que impõe ao encontro intersubjetivo um aspecto de aridez notável, a não ser quando diante das seduções exercidas pelo objeto droga. No sonhar se daria uma aproximação da fantasia com o Ego, enquanto que na dissociação da saída adictiva o Ego se enfraquece e o sujeito extrai da experiência sempre muito pouco., dando início a ciclos maníaco-depressivos em que o uso se dá na tentativa de anular a dor do Eu derivada de sentimentos de impotência e inferioridade, gerando uma vivência artificial e dissociada de onipotência e invulnerabilidade.

O sujeito guarda pouco da experiência, diferente do usuário habituado, que pode até ter um uso frequente e intenso, mas no qual o narcisismo, o desejo, e o tecido vincular seguem preservados, e para o qual o objeto pode significar até mesmo uma ampliação dos espaços do sonhar.

Por fim, vemos em Gurfinkel (2011) a aproximação das adicções com a problemática da paixão e do amor tóxico. Em seu trabalho o autor nos apresenta uma reflexão que aponta para

aspectos dos relacionamentos adictivos que vão desde a forma hipnótica de relação descrita por Freud do líder com a massa, em que o líder é investido de toda libido narcísica do sujeito, passando pelos diversos tipos de relacionamentos tóxicos, em que esta forma de escolha objetal de tipo narcísica encontra-se presente, para assim descrever a problemática da dependência a um objeto a partir da problemática da dependência a um outro.

Também nestas modalidades de relação tóxicas vemos a ambiguidade frente a um objeto, que ao mesmo tempo magnetiza o sujeito em sua promessa de cura de todas as dores e o põe em posição de destruição, uma vez que a condição de seu ingresso seria aceitar o “canto da sereia” desimplicando-se de seus próprios investimentos narcísicos.

Diz o autor:

Ora, a clínica dos relacionamentos adictivos fornece-nos uma abundância de evidências dessa ambiguidade, responsável por mal-entendidos, sofrimentos e gozos infindáveis. A perda do Eu em favor da fusão com o outro é fonte de muita dor, mas é também fonte de delícias insondáveis – ainda que ilusórias e, por vezes, muito traiçoeiras. Os ganhos secundários não são, aqui, nada desprezíveis. Daí a ambiguidade da *páthos*: a um só tempo paixão e doença. (Gurfinkel, 2011 p.392)

Podemos pensar neste sentido em um aspecto da dependência enquanto dependência a uma dependência, na qual o objeto entraria apenas transitoriamente para cumprir uma necessidade de depender, de instaurar na vida psíquica do sujeito um objeto que possa ser depositado de toda libido narcísica, que possa servir de destino (meta) e de rítmica (processo). A instauração de uma ordem no caos, ainda que uma ordem destrutiva, parece ser um aspecto que não deve em nenhuma medida ser ignorado!

Sublinhamos ao final, a evidente proximidade das drogadições com as neuroses-limite e com os casos fronteirços, aproximação que parece privilegiada na medida em que nos coloca em confluência com um cenário psicanalítico mais vasto. Podemos igualmente nos aproveitar desta discussão e de seus questionamentos acerca dos “limites” da psicanálise, dos limites e fronteiras do psiquismo, bem como dos impactos deste psiquismo comprometido nas modulações transferenciais e as necessárias modificações do manejo analítico que decorrem daí.

No breve trecho que dá início a esta subseção vemos um exemplo dos limites da clínica frente aos limites do ato, e uma boa demonstração de como o corpo em reação, no caso o corpo do analista, pode se impor no campo e intervir no lugar da palavra.

Realizado este breve sobrevoo vemos assim como é amplo o campo, e como são possíveis diversas aproximações das problemáticas encontradas nas adições com os estatutos encontrados

na psicanálise contemporânea. Como dissemos anteriormente optamos neste trabalho por problematizar este fenômeno a partir de uma tradição da psicanálise da intersubjetividade, que irá dar foco especial às qualidades da relação objetal primária, trazendo como hipótese uma falha nos processos de sustentação ambiental necessários à constituição do Eu, que deixariam marcas profundas no campo relacional, abrindo forte espaço para o avanço de modalidades de relação adictivas.

Seguimos então com a apresentação deste fenômeno tomando como referencial as contribuições trazidas pela obra de Winnicott acerca das psicopatologias dos objetos transicionais.

### **3.2. Psicopatologia dos objetos transicionais.**

“Nos encontros com Mauricio eu vivia como cansativa a tentativa de encontrar-criar algum sentido para seu uso excessivo de cigarros... Quando ele fumava entrava em um estado de encapsulamento completo, e nenhum contato entre nós era mantido.”

(Trecho do relato de caso p.30)

Vimos que o drogadito coloca em cena um Eu degradado, enfraquecido e debilitado, bem como um campo relacional profundamente deteriorado. Iniciamos este tópico com a formulação de uma hipótese. Teria esta degradação relação com experiências de falha nas funções de sustentação ambiental das relações objetais primárias?

Esta hipótese fica muito bem representada na obra de Winnicott no caso do menino dos cordões, em que descreve o extravio no uso de um objeto transicional, que é pervertido adquirindo um aspecto de objeto de fetiche. Sobre este mesmo caso, em notas posteriores, Winnicott (1975) revela que o menino em questão teria desenvolvido uma adicção por drogas e deixa a inquietante pergunta: “um investigador que efetuasse um estudo desse caso de vício em drogas daria a devida consideração à psicopatologia manifestada na área dos fenômenos transicionais?” (p. 37).

Winnicott (1975) propõe originalmente que entre as primeiras satisfações autoeróticas e a ligação a um primeiro objeto reconhecido como não-eu, surge uma área intermediária da experiência que denomina de objeto transicional ou fenômenos transicionais.

Estes objetos ou experiências, que serão tanto encontradas quanto criadas, ganharão importância vital para a criança, constituindo-se como uma importante defesa contra as

ansiedades e uma experiência necessária para o início de um relacionamento entre a criança e o mundo.

Na saúde, nos dirá Winnicott, irá se dar uma ampliação gradual do âmbito de interesses para além destes fenômenos, que se tornarão a base da experiência do viver criativo, possibilitando, pela via da transicionalidade, o uso de diferentes objetos como forma de mediar a sempre tensa relação com a realidade (Winnicott, 1975). O autor, no entanto, faz um alerta: “A necessidade de um objeto específico ou de um padrão de comportamento que começou em data muito primitiva pode reaparecer numa idade posterior, quando a privação ameaça” (Winnicott, 1975 p. 17).

Na perspectiva winnicottiana este processo de desenvolvimento emocional em direção aos fenômenos transicionais se dá a partir de uma adaptação ativa do ambiente às necessidades do bebê. Num primeiro momento, propõe que esta adaptação deve ser quase completa, de forma que o bebê possa vivenciar a ilusão de onipotência do controle sobre o ambiente. Esta adaptação deve diminuir gradativamente de acordo com a crescente capacidade deste de tolerar o fracasso de seus cuidadores e sua própria frustração.

No momento de dependência absoluta, dirá: “A mãe coloca o seio real exatamente onde o bebê está pronto para criá-lo. E no momento exato.” (Winnicott, 1975 p. 26). Trata-se de uma experiência de criatividade a qual Winnicott dará o nome de ilusão primária, e que colocará os fenômenos transicionais nesta região paradoxal. O objeto é encontrado-criado, e este paradoxo deve ser aceito e não resolvido.

Este objeto criado ilusoriamente, que para Winnicott vai ser chamado de objeto interno, guarda relação com o objeto externo (seio real), e encontra-se sobre o controle mágico do bebê sendo a base da experiência de integração do self que poderá tolerar as futuras experiências de desilusão que se darão a partir da desadaptação progressiva do ambiente a suas necessidades.

O objeto transicional, portanto, dá forma à área da ilusão primária, colocando-a sobre um objeto, e permitindo portanto que esta experiência ilusória coloque-se em relação, e assim, gradativamente possa se ampliar em direção ao viver criativo. Assim, Winnicott propõe que uma parte da experiência ilusória irá sobreviver às experiências posteriores de desilusão, aspecto da realidade, ficando guardadas nesta experiência de compartilhamento característica das relações humanas.

O autor coloca em jogo, portanto, o importante papel que o ambiente exerce para a construção internalizada dos objetos, que serão a base a partir da qual surgirão os objetos ou fenômenos transicionais, que por sua vez permitirão ingressar o sujeito em um mundo de relações compartilhadas.

Nos diz (Winnicott, 1975):

O bebê pode empregar um objeto transicional quando o objeto interno está vivo, é real e suficientemente bom (não demasiadamente persecutório). Mas este objeto interno depende, para conservar estas qualidades, da existência, da vivacidade e do comportamento do objeto externo (seio, figura materna ou, genericamente, cuidado ambiental) A maldade ou falhas neste último conduz, indiretamente, à morte ou à qualidade persecutória do objeto interno. Após a falha do objeto externo persistir, o objeto interno deixa de ter sentido para o bebê, e então – e só então – também o objeto transicional torna-se sem sentido. (p. 45)

Ou seja, se por um lado o sucesso do ambiente permite ao sujeito o ingresso na experiência humana do viver criativo, por outro, a falha desastrosa e recorrente do mesmo levará o sujeito a uma experiência de perda de sentido e desintegração, colocando em risco a experiência de continuidade do Self. Resta ao sujeito defender-se desta desintegração, caso seja capaz, uma vez que o ambiente do qual dependia não o foi.

Kupermann, Paulo, e Freudiana (2008), comentando Winnicott dizem:

O bebê que precisa estar atento demais ao ambiente termina, em busca de controle, mimetizando os adultos à sua volta e construindo um falso self protetor com base na submissão, comprometendo o seu viver criativo e acarretando o sentimento de “inutilidade” ou de “irrealidade” sobre o qual a clínica quer intervir. (p.85)

Aqui estaria a origem do que Winnicott chama de falso self e que será fundamental para entendermos a experiência de falta de sentido intensamente presente no campo das adições. O self verdadeiro, em que se encontra o gesto criativo, fica oculto e o que aparece na relação é um protótipo de self, submisso, que surge como defesa de um ambiente ameaçador (Winnicott, 2000a).

Esta falha desastrosa do ambiente no momento de dependência absoluta será para Winnicott a origem de diversas psicopatologias, especialmente dos sujeitos severamente traumatizados em que não se encontra uma constituição narcísica integrada, como nos sugerem as toxicomanias.

Dirá Winnicott (1975):

Neste ponto, meu tema se amplia para o do brincar, da criatividade e apreciação artística, do sentimento religioso, do sonhar, e também do fetichismo, do mentir e do furto, a origem e a perda do sentimento afetuoso, o vício em drogas, o talismã dos rituais obsessivos, etc. (p.19)

Ainda que Winnicott não tenha se dedicado profundamente à problemática das adições, vemos como esta surge com certa centralidade, em um de seus textos de grande importância teórica “O brincar e a realidade” (1971/1975), como exemplo notável de sua psicopatologia dos fenômenos transicionais, ao lado de outras manifestações que já demonstramos ser não apenas paralelas, mas propriamente semelhantes.

A solução adictiva, desta maneira, guardaria vínculo com experiências de falha e de rupturas nas funções de sustentação das relações objetais primárias, que se reatualizariam frente à ameaça de alguma privação, à qual a relação adictiva surgiria como defesa. Ou seja, por meio da perversão do uso de um objeto em um objeto fetichizado, negando a falta e a própria privação por meio da criação de um universo euforizante e dissociado paralelo.

No caso do menino dos cordões, esta hipótese fica muito bem representada (Winnicott, 1975). No caso em questão, Winnicott nos apresenta um menino de sete anos que vinha desenvolvendo uma série de sintomas, entre eles o uso obsessivo de cordões, que começava a ganhar características peculiares e perigosas.

O autor associa então esta obsessão por cordões a um temor pela separação com a mãe, que, por suas características depressivas, ficava em diversas situações afastada da relação com o filho, quando o uso destes cordões se intensificava. O autor sugere então que a mãe aborde esta questão com seu filho e após algumas conversas em que se pôde iniciar um trabalho de elaboração das situações de separação o sintoma teria desaparecido.

Posteriormente, os sintomas retornam, uma vez que as problemáticas familiares e a depressão da mãe perduraram e o menino em questão veio a desenvolver na adolescência novos vícios, especialmente em drogas.

Retornando à teoria winnicottiana do desenvolvimento, o autor afirma que a criança pode aguentar apenas uma quantidade da ausência do objeto externo, dependendo de seu grau de maturação, mantendo viva a representação interna do mesmo.

Passada essa quantidade, o objeto se esmaece e os fenômenos transicionais perderiam seu sentido, ameaçando gravemente a experiência de continuidade e o self. Winnicott coloca que, imediatamente antes dessa perda de sentido, o objeto é hiperinvestido como forma de negação da ameaça (Winnicott, 1975).

Diante da ameaça da perda de sua mãe, o objeto cordão, que antes teria a função de representar a união/comunicação com a mãe, passa a se modificar como forma de negação da

separação, sendo seu uso exacerbado um indicador desta insegurança frente à ameaça de aniquilamento.

Winnicott nos diz que, enquanto negação, o cordão perde seu sentido simbólico da relação, tornando-se uma coisa em si, com propriedades perigosas que precisam ser dominadas, e que teria sido possível lidar com este uso enquanto ainda existia a esperança na reparação de seu sentido. Do contrário, segundo o autor, surgiria um estado de coisas muito mais complexo de lidar em função dos ganhos secundários oriundos da perícia que se desenvolveria neste uso (Winnicott, 1975). Pensemos aqui no prazer relatado por nossos pacientes pelas habilidades desenvolvidas nos rituais de consumo de suas substâncias de escolha, em que todo o prazer circunscreve-se no domínio e manuseio do objeto.

No caso descrito, portanto, a relação com o cordão se coisifica, assim como nas toxicomanias em que o uso de uma substância perde sua dimensão expressiva e seu sentido simbólico, ficando restrito ao próprio domínio do ato e das características do objeto em si. O trecho que inicia esta subseção são ilustrativos para nós desta quebra da ligação simbólica envolta no objeto adictivo e o aspecto de aridez intersubjetiva que acompanha este terreno, assim como vemos no trecho das *brechas* o prazer de poder se reencontrar-criar com uma ligação.

Dessa forma, Winnicott nos oferece um importante modelo a partir do qual vemos o surgimento de um objeto hiperinvestido de características mágicas, dissociando-se de seu sentido expressivo, transicional, e tornando-se uma coisa em si, que busca garantir a integridade do self frente a uma ameaça de aniquilamento e iminência de colapso de sentido.

Se na dependência primária, a do bebê frente sua mãe, não há sobrevivência do sujeito sem a realidade do objeto externo, a defesa em questão garantiria uma integridade reativa do self a partir de uma respiração artificial sobre o objeto.

Neste sentido, fazendo um paralelo com as drogadições, podemos dizer que o uso adictivo de uma substância surgiria como defesa frente à perda de sentido e de sustentação do campo relacional, reatualizando as falhas ambientais primárias, sempre presentes em alguma medida, e colocando em risco o campo da transicionalidade, aonde o sujeito pode encontrar algum descanso da sempre tensa relação com a realidade.

Neste ponto surge um aspecto interessante. Se usualmente a figura do usuário de drogas é associada a uma figura destrutiva, associando-se o uso a um desejo de morte, o que esta formulação nos mostra é justamente o oposto. O que estaria em jogo neste uso seria uma

esperança em recobrar o sentido e a vivacidade do objeto perdidas (Nascimento, Oliveira e Soares, no prelo), ainda que por uma negação da própria perda e criação de uma realidade paralela dissociada, e ainda que seus efeitos caminhem na direção de uma destruição cada vez mais profunda da malha de sustentações vinculares que poderiam recobrar ao sujeito esta dimensão de suporte em colapso.

Joyce McDougall (2001) e Mayer (2000) também corroboram fortemente esta formulação. Os autores colocam, de diferentes formas, a solução adictiva como uma tentativa de cura frente a estados psíquicos ameaçadores em que o uso exacerbado de um objeto específico busca suprir uma função materna que o sujeito é incapaz de proporcionar a si mesmo.

A partir da teoria das psicopatologias dos objetos transicionais, portanto, o fenômeno da adicção será colocado como um extravio na área dos fenômenos transicionais, decorrente de uma falha na sustentação ambiental, colocando a continuidade do self em um estado de ameaça, em que o uso exacerbado de um objeto surge reativamente como defesa na tentativa de simular um objeto vivo com o qual o sujeito possa se relacionar e a partir do qual encontre uma experiência alimentadora de sentido.

O objeto torna-se, portanto, a base de sustentação para a experiência de ser do sujeito, ganhando o status psíquico de um fator constitucional, tal qual seria a experiência originária de satisfação no bebê. É por esta razão que se assemelha a uma nova necessidade comparável às necessidades das pulsões de autopreservação. A memória do encontro com o objeto se transforma em uma espécie de gozo inaugural, a partir do qual o sujeito passa se ancorar (Gurfinkel, 1996, 2011; Gurfinkel & Sapientiae, 2007).

Estas formulações nos permitem aproximação distinta da questão da degradação do campo relacional e da perversão que é muitas vezes enxergada na espiral das drogadições. Dirá Winnicott (1975): “Não há possibilidade alguma de um bebê progredir do princípio de prazer para o princípio de realidade ou no sentido, e para além dela, da identificação primária, a menos que exista uma mãe suficientemente boa” (p.25). A mãe suficientemente boa é a figura de cuidado que irá efetuar a adaptação ativa às necessidades do bebê, permitindo as experiências de ilusão primárias e construindo o palco para as futuras e também fundamentais experiências de desilusão. O que isto nos lembra é que o reconhecimento da alteridade e, portanto, da dívida com o outro, depende do sucesso desta travessia transicional.

Retomando a etimologia trazida anteriormente, o adicto que denuncia uma falha neste processo, investindo o objeto da tarefa de produzir esta sustentação ambiental que falhou e que portanto não veio a ser introjetada, está diante de uma dívida que é incapaz de saldar, por um lado, porque não pode reconhecê-la claramente, e, por outro, porque carece dos *recursos* para tal, ficando escravo e eterno devedor de seu credor.

Partindo dessa formulação teórica podemos dizer que uma demanda geral do campo das drogadições será portanto, a de recobrar o sentido perdido do campo relacional, das ligações que se sustentam e que justificam o investimento, aspecto que será constantemente reatualizado e colocado em xeque na relação transferencial (Nascimento, Oliveira e Soares, no prelo). O drogadito está em busca de uma certa qualidade do relacional, procura uma capacidade de ligar-se e desligar-se com o mundo e com os objetos, e de fazer fruir sua potência criativa com os mesmo, ou como nos diria Timothy Leary “ligue-se, sintonize-se, caia fora!”<sup>4</sup>.

### **3.2.1. Perturbações do brincar e incapacidade para estar só.**

“Em nossa despedida lembro-me distintamente da dor. Após um último abraço e cumprimento a porta da enfermaria se fecha entre nós e caminho determinado a não olhar novamente para trás. Num último impulso me viro para olhá-lo e o vejo, pela pequenina janela da porta, da maneira que menos gostaria. Parado em frente à porta paralisado em seu tique, pendulando entre uma perna e outra a olhar para cima, preso em alguma brecha.”

(Trecho do relato de caso p.33)

Podemos aprofundar esta questão se olharmos para as contribuições trazidas por Winnicott acerca do campo do brincar. O autor afirma que é no brincar que a criança, e posteriormente o adulto, pode fruir toda sua capacidade criativa, onde está presente a experiência de um viver pleno de sentido (Winnicott, 1975).

Dirá o autor (1975):

É através da apercepção criativa, mais do que qualquer outra coisa, que o indivíduo sente que a vida é digna de ser vivida. Em contraste, existe um relacionamento de submissão com a realidade externa, onde o mundo e todos seus pormenores é reconhecido apenas como algo a que ajustar-se ou a exigir adaptação. (p.95)

---

<sup>4</sup> Frase célebre atribuída ao Timothy Francis Leary, Ph.D., professor de Harvard, psicólogo, neurocientista e escritor, ficou famoso como um proponente dos benefícios terapêuticos e espirituais do LSD. Traduzida do original “Turn on. Tune in. Drop out”.

Aqui surge um aspecto interessante da concepção psicopatológica winnicottiana, que coloca nos sujeitos submissos à realidade um estado patológico tão ou mais grave do que os sujeitos que a recusam por completo, permanecendo isolados em suas construções subjetivas, enxergando, por outro lado, mais esperança nos sujeitos que nos agridem como forma de ver recobrada o cuidado que o ambiente falhou em lhes dar (Winnicott, 1984).

Esta formulação ganha especial relevância no campo das drogadições, em que se associa muitas vezes o uso de drogas com o circuito dos atos antissociais e delinquentes, gerando resistências por parte dos cuidadores e das instituições. Aqueles que já tiveram contato com esta clínica se lembrarão da quantidade de energia empregada pelas equipes, ainda que para se defender, especialmente nestes casos em que se encontram presentes atos antissociais, enquanto que os usuários dóceis seguem invisíveis e ainda mais distantes de nosso cuidado.

O brincar é, portanto, para Winnicott, aspecto fundamental do viver saudável, sendo não apenas um recurso terapêutico valioso a ser usado, mas algo que carrega um valor em si para o sujeito. Mas o brincar não é, para o autor, uma experiência natural, ou seja, que se dará naturalmente no processo de maturação. Segundo o autor esta é uma difícil operação que só pode surgir caso se tenha sucesso na travessia dos fenômenos transicionais.

Winnicott propõe que o brincar só pode acontecer neste espaço intermediário da transicionalidade e coloca como lugar teórico para o brincar o espaço potencial, um *playground* intermediário entre mãe e bebê que, por sua vez, só poderá existir caso exista confiança suficiente oriunda das experiências de ilusão primária e onipotência (Winnicott, 1975).

Se, no entanto, não se oferecer ao bebê oportunidades suficientes para a ilusão primária, se não puder confiar suficientemente para que possa experienciar este espaço potencial, o brincar e os vínculos com a herança cultural ficarão assim prejudicados.

Para o autor, não apenas a capacidade de comunicação e ligação surge a partir do brincar, mas também a capacidade de estar só, sendo esta, para Winnicott, um dos sinais mais importantes do amadurecimento do desenvolvimento emocional. É só na presença de alguém que se confia e que justifica a confiança que a criança pode estar só (Winnicott, 1983).

Mas assim como o brincar, nos diz o autor, esta capacidade depende da existência de um objeto bom na realidade psíquica do indivíduo, que o faça sentir-se confiante quanto ao presente

e ao futuro dando-lhe uma autossuficiência para viver temporariamente descansado e contente mesmo na ausência de outros objetos ou estímulos externos.

Nos diz (Winnicott, 1983):

Maturidade e capacidade de ficar só significam que o indivíduo teve oportunidade através da maternidade suficientemente boa de construir uma crença num ambiente benigno. Essa crença se constrói através da repetição de gratificações instintivas satisfatórias. (p.34)

Entendemos dessa forma, que o drogadito busca na substância uma forma de modular sua ligação com o mundo e de poder reatualizar essa experiência de um campo potencial, ainda que dissociado, aonde possa fruir novamente sua criatividade e ver assim recobradas relações objetais plenas de sentido. É certo que no caso essa operação acaba por falhar na medida em que parte justamente da dissociação, o que não favorece a introjeção da experiência e impele a uma nova repetição em busca de gratificação. O que busca-se experienciar como experiência criativa acaba por resultar em uma reiteração da submissão, agora em face à substância.

Não nos parece à toa, levando-se em considerações estes referenciais, a frequente aposta em terapêuticas que buscam reencenar diretamente estes espaços de criação por meio da inserção de outros objetos, o que vemos se reproduzir com sucesso variado dentro de nossos CAPS AD por meio das mais diversas oficinas terapêuticas, nos jogos que surgem espontaneamente nos dispositivos de convivência, nas confraternizações e festas das equipes com seus usuários, ou mesmo nas ações de economia solidária.

Todo empenho em poder tornar novamente fértil este espaço potencial do encontro com nossos usuários parece-nos justificado, assim como as modificações do manejo e do lugar do analista parecem-nos necessárias. De uma forma ou de outra trata-se de estar atento às vicissitudes dos processos transferenciais que se encenarão nestes diversos dispositivos institucionais.

É essa dimensão do espaço potencial, e da fertilidade do encontro intersubjetivo, que buscamos restaurar em nossas intervenções e que entendemos surgir em alguns momentos de nosso relato clínico. O trecho que destacamos aqui busca iluminar, no entanto, a dificuldade de responder frente a perda deste objeto significativo.

### **3.3. Suporte interior e suporte vincular.**

“Aos poucos fomos ganhando a rua. De início andávamos pela rua Teodoro Sampaio e brincávamos de experimentar as guitarras e as baterias. Maurício tocava e fazia planos de algum

dia voltar a ter uma banda enquanto me contava fragmentos de sua história de vida. (...) As saídas para os cenários diferentes iam passo a passo ampliando as temáticas de nossas conversas e outros pedaços da vida de Maurício iam aparecendo, ao passo que sua inserção fora da enfermaria ia aumentando. (...) íamos assim ampliando e conectando os fragmentos da história de Maurício que passou a trazer demandas até então impensáveis quando iniciamos nosso trabalho.”  
(Trecho do relato de caso p.26)

Toda esta construção winnicottiana parece ter marcado profundamente o trabalho de autores posteriores que se dedicaram de modo especial ao fenômeno das drogadições. Nos trabalhos que discutiremos a seguir podemos colocar um foco privilegiado tanto na dimensão da falha ambiental que se encontra em jogo, quanto nos processos de internalização e no estatuto do objeto que decorrem das mesmas.

No trabalho de Joyce McDougall (2001) encontramos profundo eco da abordagem desta problemática a partir do modelo dos relacionamentos adictivos. Dando sequência à sugestão winnicottiana, a autora dirá que a adicção é uma patologia da maturação normal dos fenômenos transicionais em termos de introjeção do ambiente maternante.

Na construção da autora (McDougall, 2001), diferente dos objetos transicionais, que guardariam uma parte do objeto primário em vias de introjeção, os objetos adictivos ficariam presos em sua função transitória, necessitando ser continuamente usados para que se extraia deles sua função de suporte que nunca virá a ser introjetada.

A introjeção falha pois o uso do objeto está na base de uma clivagem do eu como defesa às intrusões ambientais. Desta forma o objeto será convocado a preencher transitoriamente essa função transicional, buscando aplacar os sentimentos de vazio e de irrealidade oriundos da dissociação entre verdadeiro e falso self. Em razão da dissociação o Eu pode tirar proveito apenas da face externa do objeto, devido aos estados precários dos objetos subjetivos internos.

A autora segue em sua construção apresentando como resultado desta impossibilidade uma patologia do afeto, aproximando as adicções do campo da psicossomática e da normopatía, que encontram no mecanismo de descarga na ação uma maneira de evacuar uma tensão afetiva insuportável. Dirá: “a falta de uma constelação introjetiva estável incapacita o indivíduo para desempenhar um papel auto-sustentado de cuidar de si mesmo em ocasiões de estresse” (McDougall citado por Gurfinkel, 2011 p. 412)

Mas qual seria a falha em jogo? Gurfinkel comentando McDougall nos diz que a adicção começaria a se estabelecer muito precocemente a partir de um padrão de relacionamento adictivo entre mãe e bebê na qual perduraria o estágio de fusão inicial em função de uma inversão da relação de dependência, na qual o bebê passa a servir de suporte narcísico para a mãe, impossibilitando o desenvolvimento de capacidades próprias e ficando assim dependente exclusivamente do investimento materno.

Esta inversão da relação de dependência primária é também apontada por Mayer (2000) como fator etiológico importante das modalidades de relação adictivas. O autor remonta à cena de Édipo diante do enigma da Esfinge, que se joga do abismo ao ter seu enigma desvelado por Édipo, comparando-a à mãe narcísica que preferiria a morte à ver seu filho conquistar a independência e afirmar seu próprio saber.

O autor propõe que na base das relações adictivas estaria em jogo o deslocamento de um vínculo ambíguo com uma mãe narcísica na qual se teria invertido a relação de dependência primária, furtando-se do sujeito o espaço e ritmo necessários de relação com a frustração para que viesse a internalizar sua própria experiência objetal. Daí a profunda marca da ambiguidade nas relações adictivas, e já adiantamos, também nas modulações transferenciais desta clínica.

Diante de tal o sujeito procuraria, por meio de uma recusa, apaziguar sua dor oriunda de uma relação de dependência afetiva não resolvida, através de uma nova dependência que carregaria em si um componente duplamente punitivo, para si próprio em função da culpa da relação incestuosa da qual fora parte, e aos pais e todos as autoridades, em função da não interdição do abuso de que teria sido vítimas.

Uma objeção possível e frequente a estas formulações estaria no aspecto fatalista das falhas nas relações primárias necessários aos processos de constituição do Eu, o que traria para nossa clínica uma espécie de diagnóstico uniforme que contrasta amplamente com a diversidade que encontramos em campo.

De fato, em nossa clínica, encontramos relatos bastante heterogêneos, desde sujeitos em que modalidades de relação adictiva estiveram sempre presentes e dominantes, até sujeitos que foram capazes de constituir uma malha de relações diversificada razoavelmente asseguradora mas que num determinado momento, frente a uma fratura destas redes vinculares, sucumbem a uma relação adictiva que pode gerar efeitos tão devastadores quanto nos casos anteriores. Uma

demonstração desta diversidade de formas de apresentação das drogadições, e dos diferentes manejos que decorrem, pode ser encontrado no trabalho recente de Gurfinkel (2019).

As diferentes hipóteses que poderiam ser levantadas seriam tão diversas quanto as histórias que escutamos em nosso trabalho, o que certamente deve nos fazer atentar para a singularidade de cada caso na construção de hipóteses desta ordem.

De qualquer forma, é certo que toda psicanálise dá grande relevância à qualidade destas primeiras relações para a constituição do psiquismo, o que não significa adotar uma perspectiva fatalista que remeteria a estas falhas todas os percalços que poderiam se seguir na vida psíquica do sujeito, ou mesmo em seu mundo de relações objetais.

Neste sentido os trabalhos de Mayer (2000, 2001) parecem trazer uma perspectiva para nós bastante interessante. Partindo dos mesmos referenciais apresentados até aqui o autor nos propõe pensarmos as problemáticas das drogadições enquanto uma falha do que chamará de suporte interior (2000), que estaria remetido em grande medida a estas relações primárias, mas que seguiria apoiada na realidade dos objetos externos durante todo o curso da vida do sujeito.

Segundo os trabalhos do autor estas qualidades das funções de suporte das relações primárias seriam internalizadas posteriormente enquanto suporte interior, como uma das funções superegoicas. Na falta desta dimensão o autor demonstrará que o superego nestes casos pode surgir apenas em sua dimensão sádica.

Entendemos que esta dimensão sádica se dá tanto em função de uma fixação nos investimentos narcísicos primários, em que a ambiguidade e parcialização objetal encontram-se enfaticamente, quanto em função de uma falha na internalização da função de suporte ambiental. O sujeito vacilaria entre a idealização maciça de um Eu onipotente para a completa culpa de sua falha narcísica, em ambos os pólos sem que um objeto interno de suporte bom pudesse fazer contraponto.

Se tudo vai bem nessas primeiras relações veríamos uma ampliação gradual dos campos de apoio psíquico do sujeito em direção às realizações culturais. Desta forma, estes diferentes objetos oriundos da ampliação da rede de suportes vinculares do sujeito passariam a fazer parte complementar deste suporte interior, alimentando-o e servindo como apoio para os momentos em que este falhar, mantendo com ele uma relação de retroinvestimentos mútuos. É esta dimensão de suporte vincular que possibilita a ampliação gradual dos suportes do sujeito que destacamos no trecho que dá início a esta subseção.

É vital ser suportado e sustentado quando se nasce, mas também depois durante toda a vida. O ser humano dificilmente pode alcançar uma sensação de plenitude em seu bem estar se não experimenta de forma concomitante o sentimento de estar acompanhado, amparado, de ser querido e, incluído, necessitado. Todas essas vivências brotarão dos vínculos com pessoas, objetos e ideias que estão investidos com a significação de serem suportes do eu. Para dizer de outra maneira, os objetos da realidade que rodeiam e interagem com cada indivíduo, formando seu entorno, operam – ao menos em algum aspecto – como suportes externos que continuam, complementam e suprem as deficiências de seus *suportes internos*. Isto, por sua vez, é o saldo ou o sedimento que deixaram em sua vida anímica as pessoas que o conceberam, o criaram e o ajudaram a crescer.<sup>5</sup> (Mayer, 2000 p. 146)

Em decorrência disso podemos dizer que a quebra e fragilização das relações e dos apoios culturais colocariam o suporte interior do sujeito em risco da mesma maneira como um bebê ficaria em risco na ausência de sua mãe. Assim o autor nos abre caminho para pensarmos o avanço das modalidades de relação adictivas em paralelo a uma fragilização progressiva, em curso em nossa sociedade contemporânea, das instituições sociais que serviriam de apoio psíquico para os sujeitos no decorrer de toda a vida, permitindo-nos aproximar as drogadições das problemáticas psicopatológicas da contemporaneidade.

Partindo desta reflexão encontraríamos um caminho para relacionar a problemática das falhas das relações objetais das importantes reflexões oriundas da psicologia social e da sociologia contemporânea, mas também de diversos pensadores psicanalistas, que apontam para a fragilização das estruturas sociais e seus impactos nas formas de sofrimento psíquico que se anunciam.

René Kaës (2003), por exemplo, referência central para a constituição de um pensamento psicanalítico acerca dos grupos e instituições, esboça formulações acerca das psicopatologias contemporâneas, nas quais inclui a problemática das drogadições, que muito dialogam com os apontamentos de Mayer.

De acordo com Kaës (2003), os sofrimentos contemporâneos estariam ligados a um conjunto de turbulências em nossas estruturas sociais (familiares, intergeracionais, relação entre

---

<sup>5</sup> “Es vital ser sostenido y suportado cuando se nace, pero también después, durante toda la vida. El ser humano dificilmente pueda alcanzar una sensación de plenitude en su bienestar si no experimenta en forma concomitante el sentimiento de estar acompañado, amparado, de ser querido e, incluso, necessitado. Todas esas vivencias brotarán de los vínculos con personas, objetos e ideas que están investidos con la significación de ser suportes del yo. Para decirlo de otra manera, los objetos de la realidade que rodean e interactúan con cada individuo, formando su entorno, operan – al menos en un aspecto – como soportes externos que continúan, complementan, y suplen las deficiências de sus *soportes internos*. Éstos, a su vez, son el saldo o el sedimento que dejaron en su vida anímica las personas que lo concibieron, lo criaron y lo ayudaron a crecer.” (Mayer, 2000 p.146) (tradução nossa)

os sexos, transformações nos laços de sociabilidade etc.) que afetariam profundamente as funções do intermediário em nossa vida social e cultural, acarretando em uma dificuldade de integração das pulsões no espaço psíquico e social.

A patologia à qual nos referimos concerne cada vez mais freqüentemente à falha (défaut) nos processos de apoio, às perturbações da continuidade e das fronteiras de si mesmo, às carências de funções intermediárias e sobretudo das funções mediadoras do pré-consciente. À medida que as formações intermediárias não realizam mais seu papel, estas perturbações e estas carências agravam uma série de situações. Falamos das dificuldades de integração das pulsões no espaço psíquico e no espaço social; do excesso de estimulações que põem em xeque a formação do recalque; da violência incontrolada; das perturbações do pensamento e da submissão arrasadora aos ideais arcaicos. A psicopatologia das perturbações da identidade e dos estados-limite está em relação direta com essas falhas das funções intermediárias. (Kaës, 2003 p. 16)

Em razão da inconsistência progressiva dessas instâncias intermediárias, nos diz Kaës (2003), desenvolveriam-se especialmente perturbações dos processos representacionais, a construção de sentido e a capacidade interpretativa diante do mal-estar. A falha das atividades pré-conscientes, lugar típico da formação dos processos e formações intermediárias, colocam em risco os processos sublimatórios e o trabalho de simbolização primária, gerando confusão entre ação e representação e impactando os laços intersubjetivos criados em um efeito cíclico.

Muito nos lembra a descrição de Mayer, da adicção como uma defesa progressiva, dinâmica e infiltrante, que avança nos diversos tecidos biológicos, pulsionais e vinculares, aumentando progressivamente o desamparo e prejudicando ainda mais as capacidades representativas. Para Kaës (2003), o vínculo de violência teria um lugar fundamental na manutenção deste aparelho em desmoronamento.

Nesta perspectiva, a relação entre as falhas (défauts) do pré-consciente, os actings violentos e a raiva do pensamento são uma constante. Não pensar, responder à urgência da situação com a violência do ato evita o sofrimento de pensar o vínculo de violência. O vínculo de violência é mantido para criar um estado de não pensamento: a ameaça mútua, a onipotência e a provocação à busca de limites são os elementos pelos quais a raiva se encontra constantemente mobilizada. (Kaës, 2003 p. 31)

Veremos no capítulo seguinte como este elemento da violência impacta profundamente o campo transferencial com os quais as equipes se deparam em nossa clínica institucional, colocando em cena difíceis manejos e a necessidade de se pensar sobre as funções intermediárias *da e na* própria equipe.

Falha nos processos de apoio, fraturas vinculares, fragilização das instâncias intermediárias e perturbações nas fronteiras do Eu e das atividades simbólicas estariam assim imbricadas e profundamente relacionadas com os desafios encontrados em nosso campo de

atuação, impondo-se como aspectos das modulações transferenciais que serão vivenciadas junto a nossos usuários.

A discussão de Mayer acerca dos suportes internos e externos, em encontro com as discussões sobre o campo da transicionalidade em Winnicott e das instâncias intermediárias em Kaës, surgem para nós como importantes articuladores para designar uma função possível que as instituições de cuidado podem ou não realizar, naquilo que irá se atualizar nos dispositivos que a contem, e nos quais os usuários irão depositar suas experiências psíquicas pregressas mais ou menos simbolizadas.

Desta forma, não se trata em nossa perspectiva de conferir um caráter fatalista e definitivo destas falhas ambientais primárias, mas de reconhecer que estas falhas, sempre presentes em alguma medida no processo de constituição do sujeito, e especialmente em nossa sociedade contemporânea, poderão se atualizar na relação com os diversos objetos de apoio que podem ou não ter se constituído. Isto significa que haverá continuamente oportunidades para que estas marcas sejam retomadas, suportadas e simbolizadas, ou então novamente negadas, clivadas e recusadas, o que certamente se reencenará na relação com a instituição de cuidado.

Por estas razões, entendemos que a compreensão das drogadições em termos de relacionamentos adictivos demonstra-se ser um caminho privilegiado para se compreender o tipo de vínculo intersubjetivo que se atualizará na relação transferencial e os desafios que estes irão carregar.

#### **4. Transferência e adicção: modulações transferenciais na clínica das drogadições.**

“Ao abrir a enfermaria me deparo, colado à porta, com um sujeito bastante magro mexendo nas mãos ansiosamente e balançando como um pêndulo de uma perna para a outra. Seu rosto me fitava com os olhos esbugalhados e sua língua se pronunciava dançante boca afora como se estivesse prestes a comer uma comida gostosa. “É você que será o meu AT?!”(...)”  
(Trecho do relato de caso p. 23)

A compreensão das adicções em termos de relacionamentos adictivos parece um caminho privilegiado para se compreender o tipo de vínculo intersubjetivo que se atualizará na relação transferencial. Dizendo de outra forma, se estamos dizendo que pensamos as drogadições a partir de uma certa unidade nas formas de relação objetal que se encontram presentes nestes casos, é certo que podemos pensar que a relação transferencial neste campo clínico passará a ser marcada de diversas destas características apresentadas.

É em torno desta ideia que Gurfinkel (2011) retoma a proposição do conceito de adicção de transferência, iniciada por Elsa Garzoli (1996), buscando mais uma vez retomar sua ideia de uma unidade na diferença que nos permitiria destacar alguns traços mais ou menos regulares da instauração da relação transferencial nestes casos.

O autor parte das construções psicanalíticas mais conhecidas acerca da neurose de transferência, proposta desde Freud, psicose de transferência, que teria ganhado, segundo Gurfinkel (2011), maior relevância na psicanálise britânica pós-freudiana, e por fim da perversão de transferência, para então nos propor a distinção de uma adicção de transferência.

Sendo a transferência o objeto privilegiado de todo tratamento analítico o autor nos justifica a necessidade de pensarmos acerca da especificidade da modulação transferencial nas adicções destacando-a do campo das perversões de onde tradicionalmente era enxergada, reconhecendo que no decurso do tratamento deverá vir a se instalar uma forma de adicção artificial no terreno do própria situação de análise.

Segundo Gurfinkel (2011), é apenas a partir da década de 80, com os trabalhos de Elsa Garzoli, que a especificidade do trabalho clínico com pacientes drogaditos começa a ser enfatizada, sendo que até então estas características encontravam-se assimiladas nos trabalhos de Meltzer e desconsiderados nos trabalhos de Etchegoyen, ambos acerca da transferência na clínica das perversões.

Ainda que percebamos entrelaçamentos possíveis entre essas duas formas veremos que esta fronteira se faz presente sendo o debate sobre sua demarcação absolutamente atual. Qualquer um que tenha tido contato com esta clínica em contextos institucionais se lembrará a força e a frequência com que diagnosticamos as manifestações de nossos pacientes como perversas, o que produz uma diferença de manejo significativa que é constante alvo de debate e desgaste nas equipes profissionais.

Adiantando nossa argumentação, veremos ainda como este traço de perversão passa a ser identificado hora em partes da vida psíquica dos usuários, e hora em partes da vida psíquica das equipes, sendo que a possibilidade de reler estes fenômenos transferenciais em um campo distinto, nas próprias adições, possibilita manejos diferenciados dos quais poderiam tirar proveito tanto a clínica com os usuários, quanto as condições de suporte e manejo da transferência no interior da própria equipe.

#### **4.1. Olievenstein e os princípios éticos para uma psicoterapia perversa.**

“Maurício leva-me então a uma mesa da enfermaria e nos fitamos em silêncio por alguns instantes constrangedores ao que então me apresento e digo que estava lá para que nos conhecêssemos. Maurício me pergunta então se eu gostava de rock e aceno que sim. Vai rapidamente à outra sala e traz de lá um violão. Diz-me que irá cantar uma música de sua própria autoria e sorrio alegremente em ouvi-lo. Começa então a dedilhar as cordas e parecíamos transportados para um outro lugar. Cantava com empenho empostando sua voz a letra que, depois eu saberia, havia criado em sua adolescência. Sentia-me emocionado com sua disponibilidade e com a esperança que parecia depositar neste trabalho que ainda nem começara.”

(Trecho de relato de caso p. 23)

Já nos trabalhos de Olievenstein (1989, 1985) encontramos com força a proximidade entre estas formas transferenciais, destacando uma marca perversa das psicoterapias com adictos.

Antes de iniciarmos é necessário uma ressalva. Apesar da importância do pensamento clínico do autor o próprio não se reconheceria como um psicanalista tendo sobre ela diversas ressalvas e assumindo desde o início de seu trabalho a necessidade de colocar em suspenso e em cruzamento as mais diversas teorias preexistentes para se produzir teorizações sobre este complexo campo, defendendo, por fim, o primado do encontro individual com cada paciente e o indizível da relação de cada sujeito com sua droga.

Ainda que as elucubrações do autor caminhem desde o campo da termodinâmica às mais diversas escolas psicanalíticas, produzindo uma espécie de mestiçagem teórica e epistemológica, é impossível não reconhecer a inovação de suas proposições e a importância de seu acúmulo na clínica institucional das toxicomanias, valendo aqui sua lembrança e reverência.

O autor ocupa o lugar de um pioneiro e corajoso explorador desta clínica no início da década de 70 na França, tendo contribuído em muito com a formação de toda uma geração de profissionais da saúde brasileiros pioneiros em uma clínica das toxicomanias, e inspirado o surgimento de diversas iniciativas de redução de danos (Filho, 2019). Em seus trabalhos chega mesmo a defender que se estabeleça entre paciente e terapeuta/instituição uma relação quase perversa, tendo de tal forma o cuidado de estipular *princípios éticos para uma psicoterapia perversa*.

Segundo o autor:

Os efeitos do produto são insubstituíveis. (...) Somente não perdendo de vista tudo o que precedeu o relâmpago toxicomaniaco, que reaparecerá com uma intensidade e um descomedimento total, quando se esgotam o estado de “lua de mel” e o estado de dependência, que se poderá propor-lhe, passo a passo, com modéstia, o compromisso legislativo que lembramos acima, com e por uma *relação pervertida* [itálico nosso], muito íntima, muito próxima, quase fusional, de início, que irá permitir pôr uma cunha nas portas fechadas, pelas verdadeiras razões do sofrimento, que foram até então incomunicáveis (...) À função estruturante da dependência em relação notadamente à não identidade da fratura do espelho irá se opor a função estruturante da relação perversa com o terapeuta e/ou a instituição terapêutica, até que este novo duo esteja suficientemente forte para compensar, bem ou mal, o precedente, e que se possa passar, pouco a pouco, para o aprendizado da não dependência. (Olievenstein, 1989 p.20)

Em seu trabalho Olievenstein irá propor a noção do estágio do espelho quebrado, apoiando-se na proposição lacaniana, como metáfora para a fratura narcísica identitária do sujeito toxicômano que o colocaria em perpétuo movimento de equilíbrios instáveis, “ainda mais instáveis do que o descrito por J. Bergeret nos “Estados-limite”” (Olievenstein, 1989 p. 16), entre possessão e rejeição dos objetos e de si. É este imaginário em fratura que refletirá o ciclo de ‘high’ e ‘down’ de uma imagem idealizada e superestimada do prazer que traria a decepção com tudo que se apresentaria no caminho do toxicômano, levando-o sempre a transgredir mais. Vemos como aqui a necessidade de transgressão é articulada à precariedade da constituição dos espaços psíquicos que impulsionam a busca de um estado de onipotência. Seria esse o mesmo fim de uma perversão?

O autor propõe, à sua maneira, a possibilidade de um deslocamento do objeto de investimento adictivo ao reconhecer na dependência um processo psíquico ativo, no qual o objeto

ocuparia apenas uma parte, sendo que por parte do sujeito haveria já anteriormente a busca de uma dependência. A neo-dependência com a relação terapêutica é vista então como um passo transitório para a meta terapêutica final, o fim de toda a dependência, o que guiará o terapeuta enquanto princípio ético para o orientar na medida em poder se distanciar desta relação inicial de quase fusão. Será a partir desta relação quase fusional, em que se reeditaria uma forma de dependência na relação transferencial, que o terapeuta poderia colocar em cheque o lugar que o produto psicoativo ocupa de delegado geral do desejo do sujeito e de duo perfeito que fazem o drogadito e a substância enquanto perdura o “estado de lua de mel”.

Para Olievenstein, o contato inicial com a instituição terapêutica teria a mesma importância do flash toxicômano, a experiência de gozo jubiloso do primeiro contato com a droga, que se transforma no organizador da economia psíquica do sujeito drogadito. Neste novo flash a experiência de júbilo no contato inicial com a instituição recolocaria a possibilidade de uma nova compulsão a repetição, dessa vez em direção à instituição terapêutica.

Adiantamos nesse ponto um aspecto que será posteriormente aprofundado no capítulo seguinte, acerca dos desafios narcísicos que estão envoltos na disponibilidade a este tipo de vínculo, no qual o terapeuta pode passar a se ver demasiadamente reconhecido no lugar de “droga”, com todos os sentidos que circundam a palavra, e com todo o submundo que a acompanha. Evidentemente, este aspecto torna-se ainda mais desafiador em uma sociedade proibicionista, marcada por um discurso repressivo e estigmatizante sobre a substância e o próprio universo dos usuários, se impondo como mais um dano colateral da política de guerra às drogas. De uma forma ou de outra, a gangorra entre a identificação maciça com estes aspectos inebriantes e a recusa dos mesmos parece ser uma marca das instituições que cuidam destas problemáticas, muitas vezes reproduzindo-se por meio de cisões na equipe de cuidado. Poder estar disponível a este tipo de vínculo sem se descaracterizar por completo é um desafio tremendo, constante e necessário para que a equipe não terminem por se enxergar uma “droga” de terapeutas.

Retomando as indicações do autor sobre as possibilidades de sucesso nesta vinculação inicial, Olievenstein (1989) destaca a importância do clima, do ritmo, da atmosfera e da qualidade do vínculo na relação transferencial muito mais do que as relações de causalidade e o poder interpretativo. O sujeito toxicômano teria necessidade de *partilhar* não de compreender, segundo

o autor, o que o faz defender a clínica das toxicomanias como uma clínica das intensidades, não da causalidade.

O terapeuta deve aceitar que a cinética de uma relação meio-cumplíce, meio-perversa permite ao sujeito construir, de alguma maneira, um novo edifício psíquico mais ou menos sólido. Deve-se dizer que *há algo um tanto mágico em um tal tipo de relação, magia que tenta substituir a produzida pelo produto* [itálico nosso] e onde o imaginário relacional, embora redutor, ocupa, em parte, o lugar do *sonho acordado* induzido pela droga, tomando contato com a realidade, por um aprendizado progressivo em uma certa segurança. O essencial é que os preceitos impostos pela relação com um terapeuta sejam atenuados e tornados mais aceitáveis pela atmosfera e a melodia de uma tal relação. Aqui não é somente a palavra que tem função criadora, porque ela não pode libertar o sujeito da identificação imediata e algumas vezes mortal com suas imagens, porém é o próprio excesso da relação que responde ao excesso do desejo. (Olievenstein, 1989 p. 121)

Os contatos iniciais de nosso relato de caso parecem ser significativamente ilustrativos desta atmosfera intensa e encantadora, que convoca a uma forma de laço imediato, descrita por Olievenstein, e que teria a função de colocar o terapeuta num lugar de semelhante ao que antes tinha a substância.

Adiantamos aqui nossa análise de que esta particularidade de vínculo terapêutico, profundamente atravessado pelas marcas das relações adictivas, é ao mesmo tempo o que permite uma forma de vinculação e faz impasse ao seu desenvolvimento, sendo a tarefa primordial do terapeuta e da instituição colocar sucessivamente limites suficientes a esta convocação imperiosa para que algo dela possa ser elaborado. Os limites impostos pelo enquadre institucional fazem impasse não apenas ao paciente, mas como pretendemos demonstrar, ao vínculo terapeuta-paciente frente ao conjunto da instituição.

Retomando a argumentação de Olievenstein (1989), vemos que a perversão em questão estaria colocada na medida em que o terapeuta não apenas aceitaria ser colocado no lugar da droga (dessa “comida gostosa”), lugar de início fundido, mas em alguma medida, se utilizaria também de uma certa dose de sedução. Nesta medida, coloca-se na técnica terapêutica desta clínica uma marca manipulatória, também do lado da instituição terapêutica, que fazem o autor a descrever como “uma manobra de guerra que nada tem a ver com a lentidão temporal de uma cura analítica: é preciso vencer o obstáculo, contornar a resistência, seduzir, confortar, matraquear, fazer mal, partilhar, rejeitar, zombar” (Olievenstein, 1989 p. 21). Diz Olievenstein (1989) “se prometemos demais é a morte pela mentira, se prometemos muito pouco é a morte pela impossibilidade de engajamento, por medo de abandonar os reparos dolorosos certos, mas ainda assim reparos.” (p. 118)

O contraponto da aceitação dos enquadres institucionais, certamente fundamentais porque em alguma medida limitantes da relação do sujeito com a droga, estaria portanto nessa experiência de maravilhamento encontrada na sedução inicial, maravilhamento este que surge como uma marca das instituições e das equipes que podem estar abertas a este tipo de vínculo. Vide a intensidade apaixonante, e por vezes mortífera, das interações que se dão nos espaços comuns das instituições nas festas, assembleias, nas reuniões dos espaços de gestão partilhada entre equipe e usuários, ou mesmo nas ações de militância que podem acompanhar o cotidiano de trabalho. Se a identificação com a marginalidade pode ser um aspecto de sofrimento desta clínica, por outro lado, as experiências de êxtase também parecem se fazer presentes, o que pode implicar num ganho ou num desvio no decurso do tratamento.

Voltando a Olievenstein, neste processo da dependência à independência as “terapêuticas transicionais” teriam um lugar privilegiado. Ao comentar sobre o tratamento dos grandes toxicômanos Olievenstein (1989) faz uma divisão pedagógica entre três processos distintos e ao mesmo tempo indissociáveis. Seriam eles o desmame físico, o isolamento do meio e a psicoterapia específica. O autor procura então uma aproximação com a noção de transicionalidade de Winnicott destacando-a como parte de cada um destes processos, argumentando a necessidade de possibilitar ao paciente “um espaço transicional vívido”.

Desta forma o autor destaca a importância dos aspectos concretos do setting no desmame físico, que deveria fornecer acolhimento e ao mesmo tempo a possibilidade de saída, a importância do contrato enquanto primeira concessão ao duo com a substância, resgatando aqui a necessidade tanto da sedução quanto do imperativo ético sobre a dura veracidade do projeto terapêutico global, até a consideração a respeito das medicações manuseadas no acompanhamento da síndrome de abstinência que deveriam ser apenas ‘suficientemente boas’ para o desconforto do quadro, evitando a revivescência do prazer toxicômano diante de um novo produto.

O avanço da terapêutica para a fase do isolamento do meio, segundo o autor, seria marcado pela possibilidade de experimentação da posição abstinente bem como pela abertura para novas identificações. O autor considera novamente este processo a partir da construção de um espaço transicional vívido, em que deve-se avançar a um aprendizado gradual da lei, a partir de uma abertura de possibilidades de início, como em um esquema de funil. Partindo-se de um

campo amplo e polimorfo, restringindo-se pouco a pouco, e de acordo com o consentimento do sujeito às possibilidades oferecidas pelo campo terapêutico.

Nas palavras do autor:

Todo o processo tende a utilizar a dependência como um processo para vencer a dependência, pela técnica das dependências parciais cada vez mais restritivas, sendo admitido que na atitude do toxicômano haja uma participação voluntarista para criar a dependência, podendo haver uma parte voluntarista para cessar de utilizá-la. (Olievenstein 1989 p. 112)

É importante dizer neste ponto que ao falar do esquema em funil o autor está referindo-se ao avanço de restrições na técnica terapêutica, ou melhor dizendo, na rigidez dos enquadres ofertados, e não nas possibilidades de vivência do sujeito frente ao seu campo de experiências culturais, que em oposição deverão estar sempre em ampliação.

A psicoterapia específica por sua vez, que estará presente durante todo o decorrer destes outros processos, teria justamente esta tarefa, de acompanhar o sujeito neste caminho entre uma relação de profunda dependência inicial, com a instituição terapêutica, para uma relação de independência parcial, na qual é possível, e pelo autor indicado, que o próprio toxicômano decida por terminar sua 'cura' em um outro dispositivo, este sim mais ortodoxo.

Na compreensão de Olievenstein (1989) o esforço do terapeuta seria o de se transformar do substituto parcial do objeto, tornando-se em seguida ele mesmo o objeto transicional, para posteriormente ser substituído em sua função transicional pelo próprio campo da terapia, cada vez mais ortodoxo, e em direção a outros espaços terapêuticos. É aqui que deveria se fazer valer o princípio ético de uma psicoterapia perversa, a condição de aceitabilidade do terapeuta da independência parcial de seu paciente.

Com tamanho acúmulo teórico e prático poderíamos nos perguntar, no entanto, por que razão o autor decide descrever sua proposta terapêutica marcando-a no campo das perversões. Levando-se em conta a importância que tem a problemática da substância em toda construção teórica de Olievenstein, será mesmo que estes princípios colocados como princípios éticos para uma psicoterapia perversa não seriam mais próprios de uma psicoterapia das drogadições?

Retornando novamente ao problema de uma perversão de transferência, Gurfinkel (2011) apresenta a proposição de diversos autores acerca das especificidades das modulações transferenciais de pacientes perversos em um certa convergência entre psicanalistas de diversas escolas.

O autor comenta os trabalhos de Clavreux, Ferraz, Meltzer e B. Joseph e por fim Etchegoyen para destacar entre essas marcas transferenciais o desafio, o esforço de deslocar o analista de seu papel, trazendo paralisias e impasses, bem como uma alternância entre momentos de desprezo à psicanálise e temor reverencial ao analista. (Gurfinkel, 2011)

Garzoli (1996), por sua vez, ao comentar especialmente Meltzer e Etchegoyen apresenta-nos que para o primeiro não haveria distinção entre a transferência de um perverso e de um adicto sendo que o segundo simplesmente não os teria considerado em sua exposição. A autora coloca em jogo sua experiência no atendimento de pacientes adictos a álcool e outras drogas bem como de pacientes obesos para sustentar a importância de uma demarcação no sentido de um conceito técnico, colocando assim, o conceito de adicção de transferência como relevante para uma teoria da técnica psicanalítica.

Destacamos novamente o debate em nosso primeiro capítulo sobre as fronteiras das adicções, que reconhece os entrelaçamentos entre ambos os campos, tanto em termos de sintomatologia quanto em termos psicogenéticos. Ora, é certo que se ampliássemos nosso olhar para os processos descritos por Olievenstein em sua clínica institucional de toxicômanos, veríamos muitas destas marcas da perversão ali representadas, o que não significaria no entanto igualar a experiência transferencial das adicções ao campo da perversão.

#### **4.2. O caso de July e a coisificação da relação analítica.**

“Os encontros dividiam-se entre momentos bastante vívidos, em que retomávamos a atmosfera daquele primeiro encontro, e momentos de um silêncio incômodo, em que nenhum contato entre nós parecia ser mantido. Sentia-me compelido a recriar aquela atmosfera, o que me trazia um trabalho bastante dispendioso.”  
(Trecho de relato de caso p.27)

Como apresentado por Gurfinkel (2011), é a partir da década 80 que a distinção de uma adicção de transferência começa a ser proposta por Elsa H. Garzoli. A autora parte de uma situação de um impasse analítico vivenciado na análise de uma paciente alcoolista e farmacodependente bastante grave, na qual percebeu-se vislumbrada pelo material associativo de sonhos trazidos pela paciente, reconhecendo-se posteriormente encerrada em uma ‘adicção de contratransferência’ que havia paralisado o processo analítico (Garzoli, 1996). Em seu esforço de análise das peculiaridades da configuração vincular que a havia paralisado a autora deparou-se

então com uma necessidade de conceitualização que fugia das possibilidades abarcadas pelos conceitos pgressos.

Seguiremos com a apresentação do caso descrito pela autora e de suas descobertas realizadas na análise posterior do mesmo.

Tratava-se de uma mulher de meia idade de origem provinciana, filha de um pai também severamente alcóico, de quem havia cuidado por toda vida junto de sua mãe. Garzoli (1996) a conhece após uma de suas inúmeras e subsequentes internações, e logo lhe chamou atenção o discurso altamente organizado de sua própria história, a qual contava como se referisse a uma crônica contada muitas e muitas vezes, possivelmente com as mesmas palavras, aos diversos psicoterapeutas que havia encontrado durante toda sua vida, desde a adolescência até seus 40 anos.

Terceira filha de uma família de seis irmãos, muitos deles também com problemas psiquiátricos, a paciente tivera um desenvolvimento aparentemente extraordinário, sendo exemplo de brilhantismo e bom comportamento em sua escola, quando então aos 11 anos, após sua primeira menstruação, inicia um curto quadro anoréxico que é tratado aparentemente com sucesso e sem sequelas.

Ao mudar para a capital aos 16 anos, frustrada por não poder ingressar na mesma escola de suas irmãs mais velhas, e sentindo-se sozinha e desamparada no novo ambiente inicia o uso de anfetaminas para reduzir o apetite, acompanhados pelo uso de álcool e de sedativos para conseguir dormir. O uso intenso de álcool passa a acompanhar regularmente desde então diante das variadas situações que a punham aterrorizada. É dessa forma que consegue iniciar sua vida sexual, que consegue enfrentar os desafios da maternidade e posteriormente a separação de seu marido, e por fim, a morte de seu pai, quando então seu uso intensifica-se severamente recorrendo novamente a internação na qual conhece a autora.

Dando início ao novo tratamento, que contava com internações domiciliares, equipe de acompanhantes terapêuticos, nos primeiros meses, e sessões de psicanálise quatro vezes por semana além do acompanhamento psiquiátrico, apresentava-se como uma ‘paciente exemplar’. A autora relata que o central neste primeiro ano de terapia teria sido seu esforço em sua apresentação como uma ‘boa aluna’, empenhada em sua recuperação, esforçosa merecedora da admiração de todos.

Efetivamente, havia mudado: estava mais linda, ativa, disposta e interessada. Descobria a vida a qual havia se privado, preferindo por medo o torpor do álcool. Todas as pessoas que encontrava

tinham sempre uma palavra de elogio sobre ela e sua recuperação; ademais a viam diferente. Ela se regozijava com isso, despertando admiração e simpatia como quando era menina.<sup>6</sup> (Garzoli, 1996 p. 241)

Ao segundo ano de análise iniciam-se as primeiras complicações. Em meio a uma sucessão de perdas em seu novo trabalho e em seus novos ambientes sociais, que haviam sido ganhos efetivos deste primeiro momento do tratamento, a paciente viu-se também diante do período das férias de sua análise, e ainda por cima diante de um crescente conflito com seu psiquiatra, que, de forma pouco explicada pela autora, havia decidido por não seguir em seu tratamento. Desamparada, a paciente inicia algumas breves recaídas, primeiro em suas próprias férias e, posteriormente, no retorno das férias de sua analista.

O mistério que paira a respeito da interrupção do tratamento por parte do psiquiatra, merece de nós atenção. O fato não parece ter sido muito explorado pela autora, que sobre o episódio apenas nos diz:

Neste interim, durante a segunda metade do segundo ano, a comunicação com o psiquiatra havia sido um tanto dificultosa. Seus chamados nem sempre tinham resposta, e às vezes tornava-se complicado receber as receitas para as prescrições da medicação que, corretamente, haviam sido prescritas de forma constante e moderada.

Ao final de dezembro, antes de sair, teve uma entrevista com ele na qual surgiu um conflito que ela não trouxe à sessão. (...)

Quando retomou suas sessões em março estava muito angustiada. Seu temor manifesto era que eu me desfizesse dela. Pôde me contar o ocorrido com o psiquiatra em meados de março. Dissera ele, de forma pouco clara, que não iria continuar com seu seguimento. Eu embarquei na busca de alguém que o substituísse, e assim foi que retomou com outro colega.<sup>7</sup> (Garzoli, 1996 p. 242)

---

<sup>6</sup> Efectivamente, había cambiado: estaba más linda, activa, dispuesta, interesada. Descubría la vida de la cual se había privado, prefiriendo por miedo el sopor del alcohol. Todas las personas que encontraba tenían siempre una palabra de halago para ella y su recuperación; además la veían diferente. Ella se regodeaba con ello, despertando admiración y simpatía como cuando era niña. (Garzoli, 1996 tradução nossa)

<sup>7</sup> En el ínterin, durante la segunda mitad del segundo año, la comunicación con el psicofarmacólogo había sido un tanto dificultosa. Sus llamados no siempre tenían respuesta, y a veces le resultaba complicado obtener las recetas para las prescripciones de la medicación que, atinadamente, se le había instituído en forma constante y moderada.

A fines de diciembre, antes de irse, tuvo una entrevista con él en la cual surgió un conflicto que ella no trajo a sesión. (...)

Cuando retomó sus sesiones en marzo estaba muy angustiada. Su temor manifesto era que yo me deshiciera de ella. Pudo contarme lo ocurrido con el psicofarmacólogo a mediados de marzo. Surgía de ello, de forma poco clara, que él no iba a continuar con su seguimiento. Me aboqué a la búsqueda de quien lo reemplazara, y así fue que retomó con otro colega. (Garzoli 1996 p. 242 tradução nossa)

A autora volta a mencionar o ocorrido apenas para reconhecer que a interrupção teria contribuído para o início da recaída da paciente, o que interpreta em função de um excesso de abstinência nos processos terapêuticos, somando-se sua saída de férias, a interrupção do psiquiatra, o fracasso no novo emprego, e ainda mais uma outra expulsão de que a paciente teria sido vítima, novamente de forma agressiva e pouco clara, de um grupo de coral do qual fazia parte. O excesso de abstinência levava a paciente a buscar novamente seus equivalentes de masturbação anal, o álcool, como forma de atacar a todos os objetos externos que a deixavam, e que, fora de seu controle, despertavam profunda raiva e impotência.

Fica demonstrado assim, a hipótese da autora de uma equivalência transferencial da análise, e da equipe de trabalho complementar, no sentido de uma dependência de transferência. Não aparece, no entanto, nenhuma hipótese a respeito do episódio com o psiquiatra, e do que teria o levado a impetuosamente abandonar o caso, tão pouco surge no relato da autora a menção a alguma tentativa de contato e discussão de caso de nenhuma das partes, empenhando-se imediatamente na busca de um outro psiquiatra a substituir.

Observamos que este tipo de impasse é comum quando se trabalha em equipes clínicas, e posteriormente aprofundaremos a importância da elaboração destes momentos na clínica das drogadições, mas podemos já adiantar uma interrogação. Teria sido Garzoli conduzida por uma distorção de sua paciente, tendo aceitado sem maior análise os aspectos que poderiam ter levado à irrupção de um conflito com seu colega psiquiatra?

É interessante pensar que até aquele momento a autora reconhece que “o psiquiatra e eu éramos igualmente equivalentes e substituíveis.”<sup>8</sup> (Garzoli, 1996 p. 245), e que ademais, a fixação nos estados narcísicos do self impelem a uma impossibilidade de suportar a separação dos objetos, levando a confusões e conversões entre objeto bom e objeto mau. Apesar disso parece aceitar sem ressalvas o repentino malogrado de seu colega psiquiatra empenhando-se na súbita substituição do mesmo.

De uma forma ou de outra, as dificuldades da relação transferencial da paciente com o psiquiatra não parecem ter sido alvos de análise, ao menos não merecedora de inclusão em seu relato, ainda que este tenha gerado um enorme atravessamento em seu trabalho clínico. Também não é digno de nota as suas próprias impressões transferenciais sobre as intervenções do mesmo,

---

<sup>8</sup> “el psicofarmacólogo y yo éramos equivalentes y mutuamente reemplazables.” (Garzoli, 1996 p. 245 tradução nossa)

pairando apenas a impressão de um mistério, para não dizer de uma certa incompreensão e indignação sobre a postura de seu colega, que teria pecado por um excesso de abstinência, incompatível com as necessidades da paciente e com sua demanda transferencial. Não que a autora realize este apontamento de forma direta, mas paira aqui e ali a impressão de sua interpretação sobre a indisponibilidade do colega, sendo que escolhe resumir sua proposta terapêutica da seguinte forma:

A interpretação da raiva, do ciúme e da excitação a serviço da destruição, visa resgatar os aspectos vivos e saudáveis - no caso do adicto -, capazes de reparar, de sentir e expressar ternura, de exercer uma sexualidade gratificante . Longe está a oposição à parte tirânica do seu self por meio de intervenções não continentais - outro estilo de tirania – que o mergulha ainda mais no mundo da mentira e do isolamento, no qual, espectador empobrecido, pelo efeito da droga ou do álcool, só pode vislumbrar confuso o mundo dos outros.<sup>9</sup> (Garzoli, 1996 p.254)

Teria Garzoli interpretado o recurso à abstinência de seu colega psiquiatra como um forma de indisponibilidade iatrogênica às necessidades enunciadas por sua paciente? Concordando com sua interpretação ou não reconhecemos aqui um típico efeito de cisão dos profissionais que pretendemos marcar, neste trabalho, como um dos efeitos transferenciais da equipe na clínica das drogadições. Abordaremos esta temática com maior profundidade no capítulo seguinte, quando discutirmos as noções de intertransferência de R. Kaës e de homologia funcional J. Pinel, próprias dos trabalhos em equipe, mas adiantamos que a impressão de um excesso de abstinência e falta de acolhimento, para não dizer mesmo de tirania, parece se deslocar entre os diversos membros da equipe no decorrer do trabalho clínico com estes pacientes, o que acaba por provocar cisões na equipe que são frequentemente atuadas, desmantelando os enquadres ofertados e dificultando seu seguimento.

Dando sequência ao relato clínico, nos conta a autora, que o uso de álcool passara a se tornar esporádico desde então, permanecendo a paciente bastante angustiada ainda que lúcida durante as sessões, o que acabou por somar uma intensificação de seus conflitos com seus filhos. Em um desses episódios, em que seu uso levava a uma reação impetuosa de seus filhos, chega à sessão com um sonho transferencial.

---

<sup>9</sup> “La interpretación de la rabia, de los celos y de la excitación al servicio de la destrucción, apunta a rescatar los aspectos vivos, sanos –en este caso del adicto–, capaces de reparar, de sentir y expresar ternura, de ejercer una sexualidad gratificante. Lejos está el oponerse a la parte tiránica de su self con intervenciones no continentales –otro estilo de tiranía– que lo sumerjan aún más en el mundo de la mentira y el aislamiento, en el que, empobrecido espectador, por el efecto de la droga o el alcohol sólo puede vislumbrar borrosamente el mundo de los otros.” (Garzoli 1996 p.254 tradução nossa)

(...) pensou que eu os havia instruído para o fazerem, e teve um sonho em que ela ia à sessão, me estendia a mão para se despedir e eu lhe dava as costas.

Sentiu um grande mal-estar geral e tremores, como quando suspendia abruptamente o álcool. Não era esse o caso, pois ela não bebia há duas semanas. Interpretei que essa sintomatologia se devia a uma retirada abrupta de mim como analista; havia me perdido no fim de semana, quando imaginou que eu havia pedido aos filhos que jogassem fora sua bebida. Além disso, no sonho, eu lhe dava as costas, o que para ela significava que eu não queria mais tratá-la. Como resposta afirmativa, o desconforto diminuiu durante a sessão; e no final estava mais calma.<sup>10</sup> (Garzoli, 1996 p. 243)

Vemos aqui como a interpretação da analista sobre o sonho transferencial se dá em uma linha não muito diferente da proposta por Olievenstein, reconhecendo e admitindo o analista no lugar de alívio da dor psíquica equivalente ao da droga. Em consonância com esta hipótese a autora propõe que o que estaria presente de início, em uma análise de adictos, não seria o mesmo que uma demanda de análise, buscando-se, na melhor das hipóteses, uma modulação de sua conduta adictiva. No caso de July entende seu pedido no sentido de continuar “sem esperanças e onipotente, com seus ciclos de “desintoxicação” e recaídas”<sup>11</sup> (Garzoli, 1996 p. 143).

Nos primeiros anos da análise, nos frequentes períodos de sessões cheias de discursos rápidos, referentes à sua abstinência e à admiração que despertava por isso, ela queria continuar se drogando, agora com o sucesso, e ao mesmo tempo me drogando e me imobilizando; tudo era tão maravilhoso que a análise não tinha motivos para prosseguir. A doença estava naturalmente transferida para o campo analítico.<sup>12</sup> (Garzoli, 1996 p. 244)

A autora interpreta, assim, que a atitude de início colaboradora e agradável da paciente nada mais demonstrava do que um desejo de seguir se auto abastecendo, tendo agora nesta pseudoanálise suas doses de alívio. É neste ponto que a autora se reconhece imobilizada em uma forma de adicção de contratransferência que teria paralisado o processo analítico. Ainda que

---

<sup>10</sup> (...) pensó que yo los había instruido para hacerlo, y tuvo un sueño en el que ella se iba de sesión, tendía la mano para despedirse y yo le daba la espalda.

Sentía un gran malestar general y temblores, como cuando hacía una brusca suspensión de alcohol. No era éste el caso, ya que hacía dos semanas que no bebía.

Interpreté que esa sintomatología se debía a la brusca abstinencia de mí como analista; me había perdido en el fin de semana, cuando imaginó que yo había instado a sus hijos a tirar la bebida. Además, en el sueño le daba la espalda, lo que para ella significaba que no la quería tratar más. Como respuesta afirmativa, el malestar fue disminuyendo en el transcurso de la sesión; al terminar estaba más tranquila. (Garzoli, 1996 p. 243 tradução nossa)

<sup>11</sup> desesperanzada y omnipotentemente, con sus ciclos de “desintoxicación” y recaídas. (Garzoli, 1996 p. 143 tradução nossa)

<sup>12</sup> Durante los años iniciales del análisis, en los frecuentes períodos de sesiones llenas de discursos veloces referidos a su abstinencia y a la admiración que despertaba por ello, quería seguir drogándose, ahora con el éxito, y a la vez drogarme e inmovilizarme; todo era tan maravilloso que el análisis no tenía razón de proseguir. La enfermedad estaba naturalmente trasladada al campo analítico. (Garzoli, 1996 p. 244 tradução nossa)

agradável e apropriado ao setting o rico material associativo trazido pela paciente parecia estar mais a serviço do entorpecimento de si e da analista do que de uma possibilidade de simbolização de seus sofrimentos e de sua história.

Em nosso caso paradigmático apresentado inicialmente podemos ver em diversos momentos o quanto também o terapeuta pode permanecer aderido a este aspecto aprazível do vínculo. No trecho do início desta subseção vemos como era impelido a buscar de forma incessante o clima excitante dos primeiros contatos com Maurício, como forma de rejeitar as partes mórbidas e áridas de sua relação objetal, mantendo-as longe de meu campo de elaboração. O outro passo seria entender como este empenho gera impasses nas relações entre equipe.

Se pensarmos novamente no conflito com o psiquiatra apresentado por Garzoli, não poderia ela ter aderido a este ideal de bondade e onipotência da análise quando comparada aos outros profissionais? Teria a projeção da paciente submetido sua analista à tarefa de defende-la de um colega indisponível e tirânico? Se pudéssemos confirmar esta hipótese, e seguíssemos com a argumentação da autora acerca dos riscos de interrupção do processo analítico na adesão à adicção de contratransferência, teríamos aí uma nova dimensão a ser atentada, acerca dos efeitos desta aliança adictiva na equipe de trabalho.

Voltando ao relato da autora, a mesma nos diz que foi apenas a partir do reconhecimento dos efeitos paralisantes de seu endereçamento transferencial que a analista pôde colocá-lo como alvo de suas interpretações, o que possibilitou o processo caminhar no sentido de seu término, algo tido como inconcebível durante o processo.

É desta forma, portanto, que a autora nos apresenta as principais características do vínculo adictivo que percebera a partir da análise do caso.

Uma primeira característica da adicção de transferência é ter uma presença coisificada do analista. Se a busca é obter alívio da dor psíquica por meio da droga ou seus equivalentes, e se o analista é quem suprime essa possibilidade, é ele quem deve fornecer imediatamente essa calma, razão pela qual deve ser coisificado e transformado em droga, equivalente pênis-fecal. (...)

A segunda característica é que o paciente precisa e tenta se coisificar para o analista. Tente drogá-lo com suas produções-coisas para alcançar o estatismo de um relacionamento em que o paciente e o terapeuta seriam ambos um, sem a ansiedade de que uma presença-ausência poderia despertar. (...)

Esse tipo de instalação realizada com um alto grau de sutileza, sintónica e calmamente para receber pseudo-interpretações equivalentes a coisas-fezes-drogas que aliviam a dor, é outra característica desse tipo de vínculo<sup>13</sup> (Garzoli, 1996 p. 244)

---

<sup>13</sup> Una primera característica de la adicción de transferencia es la de tener una presencia coisificada del analista. Si la búsqueda es obtener alivio del dolor psíquico a través de la droga o equivalentes, y si el

A autora acrescenta ainda as “habilidades e os implantes para ter o terapeuta, agora equiparado a seu traseiro, sempre à mão”<sup>14</sup> (Garzoli, 1996 p. 250). Repara-se que na construção da autora as fezes estariam equiparadas, nas configurações adictivas, a alimentos auto-engendrados com o qual o sujeito estabeleceria um intenso vínculo, paralelo de um vínculo bastante precoce dos estados narcísicos do Self, como forma de se auto abastecer, rebelando-se assim de uma dependência não satisfatória e insuportável com um objeto externo.

As teorizações de Garzoli apoiam-se neste ponto nos trabalhos do narcisismo em Freud e Rosenfeld, nas problemáticas da masturbação em Freud, passando ainda pelos conceitos propostos por Meltzer, para descrever esta forma de relação profundamente ambígua em que rivalidade e ciúmes competem com necessidade e desesperança do encontro de um objeto bom, cedendo-se por fim a uma parte do self que promete a solução de auto-alimentação na qual terapeuta-drogas-fezes estariam todos em pé de equivalência.

Na concepção da autora, portanto, o que estaria em jogo fundamentalmente na transferência na clínica das adicções seria a tentativa de uma neo-dependência, transmitida ao vínculo com o analista. A neo-dependência seria uma forma de recusar uma experiência de dependência insatisfatória com os objetos primários, numa tentativa dissociada de engendrar uma pseudo auto-suficiência. A marca manipulatória entraria em jogo, buscando, de forma sintônica e sutil, coisificar o terapeuta em seu objeto de uso no mesmo estatuto que antes ocupava a substância. Fica evidente dessa forma como a manipulação se apresenta como marca importante nesta clínica, o que parece ser mais facilmente interpretado como um traço perverso do paciente, trazendo importantes ecos contratransferenciais.

O papel do analista diante desta condição seria o de poder interpretar as manifestações raivosas e ciumentas deste narcisismo tirânico, por meio de intervenções bastante continentas, com o objetivo de resgatar e reparar os aspectos vivos e dispostos à relação. Vemos aqui

---

analista es quien suprime esa posibilidad, es quien debe proporcionar de inmediato dicha calma, para lo cual debe ser cosificado y transformado en droga, equivalente a pene- fecal. (...)

La segunda característica es que el paciente necesita e intenta cosificarse para el analista. Intenta drogarlo con sus producciones-cosas para lograr el estatismo de una relación en la cual paciente y terapeuta serían los dos uno, sin la zozobra que una presencia-ausencia pudiera despertar.(...)

*Este tipo de instalación que se lleva a cabo con un alto grado de sutileza, sintónica y calladamente para recibir pseudo-interpretaciones equivalentes a cosas-heces-drogas que alivien el dolor, es otra característica de este tipo de vincula. (Garzoli, 1996 p. 244 tradução nossa)*

<sup>14</sup> habilidad y los despliegues para tener al terapeuta, equiparado ahora a su trasero, siempre a mano (Garzoli, 1996 p. 250 tradução nossa)

novamente um ponto de encontro relevante com o que nos propunha Olievenstein, especialmente no que diz respeito à importância das intervenções contidas, procurando evitar que se apresente na relação um traço tirânico, por parte do terapeuta, que realimentaria a parte tirânica do self do próprio paciente, deixando-o ainda mais distante das possibilidades de encontro com um objeto real e bom.

Parece-nos ainda interessante o resgate que a autora faz da função potencialmente reparadora da interpretação do analista, direcionada aqui ao reconhecimento e à iluminação da transferência e de toda a dimensão afetiva do sujeito em suas relações.

A distinção proposta pela autora desta forma de modulação transferencial da perversão de transferência classicamente proposta se dá nos seguintes pontos, além dos já destacados (Garzoli, 1996):

- A dimensão paralisante da transferência nas perversões se diferiria pela clareza do confronto, havendo clara conversão do bom pelo mal.
- Enquanto que na perversão o sujeito buscaria prazer através da dor, buscando transmiti-la a sua maneira ao campo transferencial, nas adições o sujeito buscaria evitar a experiência de dor através do prazer encontrado em um objeto coisificado e complacente, que pode ser seu analista ou não, sendo que o dano a um terceiro pode surgir de forma transitória, mas apenas como efeito secundário, caso este obstaculize seu objetivo primeiro de possuir seu objeto-coisa.
- Da mesma forma a autora nos sugere pensar a marca pendular de erotização, que estaria para o perverso a serviço da dissimulação como um prazer final, e para o adicto como forma de controle, evitando-se o surgimento do outro em sua dimensão de alteridade, no qual perderia sua função final de alívio da dor.
- Se para o perverso o ataque ao vínculo se daria como forma de demonstrar o desprezo ao processo, no campo das adições o ataque estaria na medida em que o adicto sabe que o que é oferecido será insuficiente, de forma que o ataque ao vínculo surge como contra-investimentos ou investimentos paralelos mas que tem como princípio a escassez e a fome subjetiva.

No momento do artigo publicado pela autora a análise de July não encontrava-se ainda terminada. Desde o terceiro ano de análise no entanto, a analista nos relata que sua relação com a paciente fora se complexificando e caminhando no sentido de uma maior independência enquanto

pôde se colocar em análise os aspectos de seu self delegados a terceiros, o que resultava numa dolorosa consciência da situação de objeto da qual ela própria teria sido vítima.

A partir de uma complicação da situação financeira impôs-se à paciente a necessidade de reduzir os encontros com a analista para uma vez por semana, o que trouxe ao processo um difícil exercício mútuo de privação e abstinência, que no entanto avançou com um deslocamento da demanda de análise. Não mais a abstinência do álcool, a qual já conseguira êxito, mas o resgate de sua relação com seus filhos, a importância do trabalho e a valorização de sua sexualidade, o que permitiu uma verdadeira ampliação de seus interesses e de sua rotina.

Para onde então teria se deslocado sua adicção e o que teria sido feito da relação com a analista? Assim termina o relato da autora:

No final do ano passado, consegui me trazer um sonho que a chocou muito. Nele, me via com o rosto coberto por uma máscara, em um lugar que parecia meu escritório. Estava cheio de pessoas, que supunha serem meus pacientes. Eu estava dizendo a todos que eles poderiam ir, exceto ela, que, com um gesto duro, a empurrava para o lado e dizia que não, que ela não poderia sair.

À minha pergunta sobre o que o sonho sugeria, ela responde que acredita que nunca poderá sair terapia. Digo a ela que a analista disfarçada é a parte dominante dela, que quer mantê-la doente, convencendo-a de que tudo agora se soluciona com o manuseio das pílulas.

Aqueles que podiam sair representavam a mim: com cada tiro ela me declarava inútil, ela me separava de si porque a dose de terapia é tão baixa que, às vezes, ele devia sentir que eu era inútil. Desde então, estamos trabalhando na possível interrupção - privação de análise / psicoterapia / medicação com uma paciente que, além do inconclusivo de sua terapia, pode entrar em contato com a raiva, a ternura, a excitação, conseguindo pensar em situações complicadas, tomando e compartilhando decisões. O desespero causado por uma descompensação clínica que sua mãe teve em fevereiro do ano passado não a levou, como poderia ter acontecido anteriormente, ao seu próprio cataclismo.<sup>15</sup> (Garzoli, 1996 p. 253)

---

<sup>15</sup> “A fines del año pasado pudo traer un sueño que la conmocionó mucho. En él me veía con la cara cubierta con un antifaz, en un lugar que parecía mi consultorio. Estaba lleno de gente, que suponía pacientes. A todos yo les iba diciendo que se podían ir, menos a ella a quien, con un gesto duro la apartaba hacia un costado y le decía que no, que ella no se podía ir.

Ante mi pregunta sobre qué le sugiere el sueño, me responde que ella cree que nunca se va a poder ir de terapia. Le digo que la analista disfrazada es la parte dominadora de ella, que la quiere seguir manteniendo enferma, convenciéndola que todo se soluciona ahora con el manipuleo de las pastillas. Los que se pueden ir me representan a mí: con cada toma me declara inservible, me aparta de sí porque la dosis de terapia es tan pobre que, por momentos, debe sentir que le soy inútil.

Desde entonces estamos trabajando la posible terminación- deprivación de análisis/psicoterapia/medicación con una paciente que, más allá de lo inconcluso de su terapia, puede contactar con la rabia, la ternura, la excitación, logrando pensar situaciones complicadas, tomar y compartir decisiones. La desesperación que le produjo una descompensación clínica que tuvo la madre en febrero del año pasado no la condujo esa vez, como pudo haber ocurrido otrora, a su propio cataclismo”. (Garzoli 1996 p. 253 tradução nossa)

### 4.3. Adicção de transferência e regressão à dependência.

“Após sairmos dessa viela paramos em uma venda e tomamos um refrigerante para “conversar” sobre o que havia acontecido. Ainda intoxicado pela experiência, o repreendia e dizia que isso não poderia acontecer novamente. (...) Saio do encontro extremamente cansado e desconfiado. Nesta mesma noite recebo uma ligação de sua mãe desesperada dizendo-me que Maurício havia fugido e pedindo minha ajuda. Absolutamente sem pensar a respeito vou então ao encontro dela e iniciamos uma busca de carro pelas ruas atrás de Maurício. (...) Após algumas horas dessa procura frenética e sem sentido decidimos voltar para casa e esperar por seu retorno.”

(Trecho de relato de caso p. 31)

Desde o início da proposição do conceito operativo de adicção de transferência por Garzoli, a polifonia marcante das perspectivas que atravessam o campo das adicções parece ter sido uma problemática que não lhe fugiu a atenção. A autora reconhece os diversos vértices e pede-nos o cuidado de que os dogmatismos acentuados não venham a obstruir um enriquecimento mútuo (Garzoli, 1996).

É respondendo a um apelo semelhante que Gurfinkel (2011, 2019) nos retoma sua proposição de uma unidade na diferença, unidade esta que possa nos resgatar uma certa capacidade operativa, deixando espaço para o surgimento de grupos distintos mas reconhecendo paralelamente marcas uniformes.

Nos diz o autor:

Destaquei, anteriormente, os seguintes aspectos como distintivos de uma adicção: uma ação de caráter impulsivo e irrefreável; um estado de escravização diante do objeto; a fetichização e a coisificação, com a degradação da relação objetal correlata; o caráter de neonecessidade; a impulsividade, a pertinência ao campo do colapso do sonhar e o parentesco com as neuroses atuais; a compulsão à repetição e o automatismo; o paralelismo com o estado maníaco e a defesa dissociativa; a patologia da dependência envolvida; e, por fim, a sua dimensão passional. Ora, este conjunto de aspectos se faz presente, em maior ou menor grau, na transferência de pacientes adictos, pois nela observamos a coisificação e degradação da qualidade da relação objetal, a busca voraz por gratificação, a urgência imperiosa e a necessidade inadiável do objeto-coisa, o empobrecimento geral da atividade simbolizante, dos meios expressivos e da qualidade da comunicação intersubjetiva, a repetição compulsiva, a alternância entre uma posição onipotente-maníaca e uma posição suplicante por substâncias alimentadoras, a adesividade do vínculo e, ainda, de modo característico uma convite para uma “viagem especial” e a proposta de um pacto com um mundo paralelo, que regularmente a acompanha. (Gurfinkel, 2011 p. 446)

Entendemos como pertinente a proposta do autor e reconhecemos em sua delimitação uma amplitude suficiente, na qual podemos ver as marcas discutidas pelos diferentes autores, sem

que se perda algum nível de coesão que faria a delimitação conceitual tão impossível quanto inoperante.

A respeito da polêmica da divisão entre o campo das adicções e o campo da perversão o autor também não deixa de se posicionar, tecendo, no entanto, apenas alguns breves comentários e reconhecendo a necessidade de avanço em uma delimitação da metapsicologia da perversão e da adicção para que avançássemos na marcação de seus processos transferenciais. Para o autor, dessa forma, a marca de maior distinção entre ambos os grupos seria o predomínio do desafio nas perversões, e da coisificação do lado das adicções, ainda que em ambos reconheça uma marca de degradação do campo relacional.

A nós parece que, apesar da observada proximidade de ambos os casos, a especificação de uma adicção de transferência se faz justificada e estratégica, na medida em que, no corpo a corpo do vínculo terapêutico a compreensão de determinadas modulações transferenciais a partir da ótica da perversão parece-nos fazer ceder ao campo do desafio, trazendo importantes desdobramentos em termos de manejos que levem ao embate, deixando de lado a problemática que entendemos como mais grave e originária, a do desamparo e da falta de confiabilidade na relação.

Isso significa dizer que é muito diferente, do ponto de vista contratransferencial, vivenciar o ataque ao vínculo como um convite ao desafio, e vivenciá-lo como uma inevitável coisificação decorrente da tentativa de alívio a uma ameaça de colapso subjetivo. Se retomarmos as indicações tanto de Garzoli (1996) quanto de Olievenstein (1989), acerca da importância de intervenções contidas evitando a reprodução no vínculo de um excesso dos aspectos tirânicos da personalidade do sujeito, fica mais clara a importância desta distinção. Quando interpretamos diante da manipulação um convite ao desafio, facilmente cedemos à tentação do embate, convocando ao primeiro plano do campo transferencial justamente os aspectos narcísicos mais flagelados e oprimidos, muito distantes da capacidade de contenção e de simbolização, gerando ainda mais atuações de ambas as partes em um ciclo de transbordamentos difíceis de estancar. Raramente, em minha experiência, este intuito de responder ao desafio termina com algo diferente de um corte na relação terapêutica e uma interrupção do tratamento.

Gurfinkel, no entanto, faz jus à polêmica:

Ora, as práticas sexuais ditas perversas, se tomadas em seu sentido patológico e sintomático, nos remetem tanto à perversão quanto às adicções, uma vez que elas comportam, em geral, um caráter impulsivo e escravizante. (...) Pois o que define o caráter perverso de uma conduta sexual não é o

desvio em relação a uma norma sexual, e sim o *caráter adictivo* com que ela é praticada. (...) Uma das consequências mais interessantes dessas considerações é que a teoria da perversão pode ser repensada, até certo ponto, segundo a ótica da psicanálise das adicções e vice-versa. (Gurfinkel 2011 p. 450)

Fica demonstrado portanto que a questão não é de forma alguma simples e que sua resolução dependerá em muito de um avanço na discussão metapsicológica a respeito dos entrelaçamentos e divisões das duas manifestações patológicas.

O autor no entanto dá um passo além. Se nos autores discutidos anteriormente o conceito de adicção de transferência procura ser delimitado no campo da teoria da técnica específica para o tratamento de pacientes adictos, a proposta de Gurfinkel rompe com este intento exclusivamente operativo, buscando, segundo o autor, lançar luz a um aspecto mais geral do *pathos* humano, a problemática da compulsão à repetição e uma metapsicologia da paixão (Gurfinkel, 2011).

Se a proposição de uma adicção de transferência nos permitiria avançar em uma problematização da paixão na transferência, estaríamos mais próximos aqui de toda a reflexão psicanalítica a respeito da transferência desde suas proposições mais iniciais, acerca da experiência de apaixonamento pelo analista, das complexidades que isto impõe ao processo analítico bem como das derivações teóricas acerca do funcionamento psíquico geral que surgem deste fenômeno.

O autor nos propõe dessa forma que o conceito de adicção de transferência poderia ser alçado a um problema geral da psicanálise. Levando-se em consideração que em todo e qualquer processo analítico será esperado algum grau de regressão aos investimentos libidinais infantis, que muitas vezes configura-se como uma *regressão à dependência*, a problemática da adicção na transferência seria assim parte constitutiva de qualquer processo analítico, sendo a sua elaboração e dissolução condição necessária ao fim do processo, e ao mesmo tempo alvo de manejos complexos e polêmicos, veja-se a penosa discussão acerca do fim de análise que atravessa as diversas escolas psicanalíticas.

Gurfinkel remonta assim ao modelo de Winnicott para nos lembrar que o avanço da dependência a independência parcial coloca ao jogo analítico a dependência como aspecto central, sendo seu manejo um de seus maiores desafios no sentido de possibilitar a conquista de uma independência em relação ao analista, aproximando-nos assim da problemática das análises

intermináveis, nas quais poderíamos reconhecer um certo nível de adicção de transferência, tanto do paciente, como muitas vezes do analista.

Nos escreve o autor:

o trabalho de luto pelos ideais onipresentes de cura mágica cabe ser feito dos *dois lados* – tanto do lado do paciente quanto do analista -, o que inclui a tolerância com os “resultados parciais” obtidos, e o respeito pelos restos transferenciais que só o tempo e a vida irão curar. (Gurfinkel, 2011 p. 453)

Concordamos com a proposição do autor e parece-nos de fato que o paradigma Winnicotiano que centra sua discussão do desenvolvimento emocional em um desenvolvimento da dependência rumo à independência vem muito a calhar para a clínica das adicções, especialmente para aquela que não marca seu sucesso terapêutico apenas com a cessação do uso, e que reconhece que o contrário da dependência não é a abstinência, e sim a autonomia. Da mesma forma, concordamos com a importância sublinhada aos processos regressivos que estarão em jogo em uma adicção de transferência, além do luto necessário frente à uma demanda onipresente de cura mágica, sempre presente em alguma medida em qualquer análise, mas especialmente central nas demandas toxicômanas.

Ora, se estamos dizendo que em toda adicção de transferência estaremos lidando com uma certa regressão à dependência, parece-nos necessário e oportuno que tiremos proveito das proposições do próprio Winnicott, acerca das intensidades afetivas que atravessarão estas modulações transferenciais e da necessidade do terapeuta de poder suportar estas intensidades para que um trabalho de integração se oportunize.

Ao comentar sobre o trabalho de regressão na transferência com pacientes severamente traumatizados já é bastante conhecido que Winnicott faz uma ressalva especial à necessidade de poder conter o ódio na contratransferência do analista.

Se for inevitável que ao analista sejam atribuídos sentimentos brutais, é melhor que ele esteja consciente e prevenido, pois lhe será necessário tolerar que o coloquem neste lugar. Acima de tudo ele não deve negar o ódio que realmente existe dentro de si. O ódio que é legítimo nesse contexto deve ser percebido claramente, e mantido num lugar à parte para ser utilizado numa futura interpretação. (Winnicott, 2000b p.279)

Entendemos ser fundamental, portanto, que as equipes possam por um lado receber estas comunicações raivosas e ciumentas de seus pacientes, ou como vimos, as diversas manifestações profundamente ambíguas que habitam os pacientes adictos. Isso implica por outro lado, estar profundamente consciente e atento ao ódio que estará do lado dos terapeutas, sendo este

preservado em um lugar à parte para que possa vir a ser alvo de elaboração em um segundo momento.

Mas qual seria esse lugar à parte? Parece-nos, que o interior da própria equipe instituída, tanto nas reverberações que se darão nos dispositivos de retomada (reuniões clínicas), quanto nos aspectos mais “rígidos” do enquadre (regras de funcionamento, tolerância a faltas etc.) no qual a agressividade do lado da instituição pode ser comunicada da maneira mais clara e objetiva<sup>16</sup>. Neste sentido, retomando a discussão de Kaës (2003) sobre a falha nos processo de apoio em jogo nas psicopatologias contemporâneas, o enquadre institucional poderia vir a desempenhar uma função intermediária tanto para o paciente quanto para a equipe.

Aproximamo-nos assim na função que a equipe instituída pode ter de fiadora destes apoios intermediários em falência, e guardiã destas comunicações transferenciais que atravessarão o campo intersubjetivo colocando sempre em risco o tipo de vínculo sintônico necessário a um trabalho de regressão, que sugerimos como parte de uma adição de transferência. A equipe clínica da instituição, desta maneira, pode surgir como executora de uma função simbolizante que é propriamente privilegiada para o tipo de destino transferencial que estes pacientes nos farão trilhar.

Como já vimos, no entanto, nem sempre o complexo jogo de transferências entre os profissionais favorecerão estes intentos. Veremos a seguir de que forma podemos pensar nestas circulações da transferência no interior das equipes de trabalho, especialmente relevantes aos contextos institucionais.

---

<sup>16</sup> Fulgencio (2016) apresenta que para Winnicott uma das funções do enquadre é poder comunicar o ódio do analista da forma mais clara e objetiva, especialmente no cumprimento dos honorários e no tempo da sessão.

### **5. Cisão da equipe e outras problemáticas transferenciais nas drogadições.**

“Somos então bruscamente acordados dessa atmosfera onírica e excitante por uma profissional da enfermagem, que corta a música tirando-lhe o violão. “Estamos em horário de grupo Maurício! Se quiser cantar vá para o seu quarto!” e só então me dou conta que a poucos passos os outros pacientes da enfermagem estavam a realizar uma oficina em que tentavam, bastante comprometidos, aprender a jogar xadrez.”

(Trecho do relato de caso p. 23)

Vimos até aqui discutindo um estatuto psicanalítico para a problemática das drogadições que embasa uma certa compreensão das modulações transferenciais que se apresentarão nesta clínica. Destacamos o estatuto do sujeito e do objeto nas relações adictivas, a problemática das falhas nas relações objetivas primárias e seus impactos nas fronteiras do psiquismo, bem como as falhas continuamente em voga das funções intermediárias em nossa sociedade contemporânea. Demos também ênfase ao lugar que o psicanalista é convocado a ocupar nesta clínica, demonstrando alguns diversos olhares sobre os possíveis e necessários manejos neste lugar, trazendo apontamentos sobre os sentidos possíveis deste fazer clínico.

Nosso objetivo neste capítulo é acrescentar a esta discussão os destinos institucionais que estas problemáticas transferenciais poderão convocar, bem como problematizar a função clínica que a equipe instituída pode vir a operar, a partir de seus dispositivos e das diversas comunicações transferenciais que o atravessarão.

Para tal, iniciaremos o capítulo com uma discussão acerca do complexo jogo de transferências que atravessam os dispositivos institucionais, pensando a seguir a função da equipe de simbolização destas comunicações transferenciais, para então discutirmos alguns apontamentos sobre a especificidade das instituições que trabalham com a problemática de álcool e drogas (AD).

#### **5.1. A multiplicação dos objetos transferenciais e seus efeitos na cena clínica institucional.**

“Maurício não expressa nenhuma reação, divide o olhar entre mim e o chão, balançando a cabeça em ritmo de tique entre um sim e um não. Sentira-me tão logo dividido. Por um lado provocava-me bastante ódio aquela interrupção agressiva mas por outro sentia que não poderia me opor tão

cedo a uma profissional da enfermagem, preservando aquele momento com Maurício. Em nenhum momento passara-me que a reivindicação da profissional poderia ter seu sentido.”

(Trecho do relato de caso p.23)

É bastante óbvio imaginarmos que em um grupo ou em uma instituição a presença de mais de um outro sujeito implica em uma complexificação dos objetos transferenciais do campo analítico. Podemos encontrar na literatura psicanalítica francesa acerca das transferências laterais um ponto de partida importante para pensarmos na dimensão desta complexificação.

(...) a transferência lateral se caracteriza por investimentos paralelos ou concorrentes ao da transferência com o analista. (...) Não há, na verdade, uma lista *a priori* dos objetos que possam receber as transferências laterais – pode-se tratar de uma nova paixão, um novo olhar em relação a um antigo relacionamento, *da relação com um psiquiatra que o paciente frequenta em paralelo à sua análise* (itálico nosso), um interesse em frequentar o bairro onde fica o consultório do analista etc. O que caracteriza esses fenômenos como laterais é que são compreendidos em relação ao processo analítico em curso. Assim, por exemplo, uma nova paixão pode surgir na vida corrente do analisando como defesa contra o investimento do analista ou, em contraste, como uma possibilidade de vida aberta pela análise. (Castanho, 2018 p. 201).

Desde já destacamos o quanto essa discussão parece ser especial ao pensarmos nos contextos de trabalho que compõe mais de um profissional terapeuta, mas por hora, gostaríamos de focar que o fenômeno parece ter sido reconhecido inicialmente como um fenômeno da ordem das resistências, enquanto contrainvestimento na figura do analista. Posteriormente esta modalidade de transferência pôde ser pensada em sua potência em termos de um trabalho com níveis mais primitivos de perturbações.

Apoiado nos trabalhos de Denis, Castanho (2018) coloca a argumentação de uma potencia da lateralização enquanto regulação econômica dos movimentos de investimento libidinal no analista, podendo deslocá-los para o *processo* de análise, não mais exclusivamente na *relação* com o analista, especialmente quando a lateralização pode recair sobre os elementos do enquadre. Vemos em Duparc citado por Castanho (2018):

(...) em suas formas menos neurótica, a transferência lateral não joga mais a partir da fantasia bem organizada, ou mesmo de imagens clivadas e fixadas de modos idealizados e caricaturais (...). Ela é um rio de agires, de motricidade que transborda de seu leito de associações verbais, como uma torrente crua, levando todas as representações possíveis de um drama traumático inicial. (Duparc citado por Castanho, 2018,p.203)

Entendemos este como um ponto de partida interessante para se pensar a complexidade dos elementos transferenciais dos grupos e das instituições uma vez que neles as transferências laterais estariam amplificadas dentro do próprio dispositivo. Para cada sujeito de um grupo, com

cada profissional e dispositivo com que tem-se contato em uma instituição, bem como com cada um dos inúmeros elementos enquadrantes que compõe uma instituição de cuidado veríamos uma multiplicidade de objetos transferenciais sobre os quais poderiam ser depositados os mais diversos elementos psíquicos, dos mais organizados no plano fantasmático/associativo, aos mais primitivos e indiferenciados.

Seja do lado dos trabalhadores, seja do lado dos pacientes, a instituição de cuidado impõe diferentes objetos transferenciais com níveis de relações complexas em constante cruzamento que nos mobilizam psiquicamente de maneira intensa e das formas mais diversas.

É de se imaginar, por exemplo, que a transferência com o gestor da instituição será diferente da transferência com os funcionários do administrativo, assim como a transferência com um profissional de cuidado é diferente da transferência com o grupo de profissionais como um todo, e o mesmo poderia se pensar sobre os diferentes dispositivos institucionais (grupos terapêuticos com objetos mediadores, grupos verbais, oficinas artísticas, convivência, assembleias, reuniões de equipe, supervisões clínico-institucionais, confraternizações oficiais e não oficiais) ou na própria relação entre os usuários da mesma (dependentes de álcool e dependentes de outras substâncias, pacientes “mais graves” ou pacientes “menos graves” ou mesmo pacientes antigos da instituição e pacientes recém chegados).

Da mesma forma a transferência com um novo e animado terapeuta poderá ser bem diferente da transferência com a enfermeira responsável por manter a “ordem na casa”, e o mesmo pode-se dizer do jogo de transferências que circula entre os próprios profissionais.

Na cena que ilumina o início desta sessão, por exemplo, fica clara a diferença de respostas que se impõe a cada um dos atores componentes da cena institucional, e o complexo jogo de interações que o acompanha. Colocando o foco no registro das minhas próprias impressões contratransferenciais, como temos feito no decorrer deste trabalho, vê-se que minha disponibilidade à Maurício, era bastante diferente de minha disponibilidade com a equipe de enfermagem, cuja tarefa principal era fazer valer dentro da enfermaria as regras de conduta, ou mesmo minha transferência com aquele enquadre sobre o qual deveria justamente ajudar Maurício a poder se desvencilhar<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> Não podemos confirmar sobre a transferência dirigida pela enfermeira à mim, mas não seria difícil supor que minha entrada como um membro externo à equipe, para propor um trabalho com um antigo e difícil usuário pudesse ser vivida como uma intrusão por alguns membros, e como uma espécie de salvação por outros.

Todo este campo de inter relações parece tão complexo que coloca em questão o sucesso de uma tentativa caracterizar e catalogar as particularidades de cada um destes níveis, mas o que nos importa aqui é sublinhar a multiplicidade de objetos transferenciais e sua consequente amplificação em termos de mobilização de diferentes registros psíquicos. Isto nos leva a enxergar um caráter qualitativo geral, acompanhado pela ampliação dos objetos transferenciais, que é possibilitada pelos espaços grupais e que é descrito em Kaës (2004) como difração da transferência.

Castanho (2018) comenta que ao se posicionar sobre os efeitos da situação de grupo nos registros transferenciais Kaës remonta ao conceito óptico de difração, que transforma o feixe de luz branca em arco-íris por ação do prisma, para então descrever a situação grupal como um prisma dos elementos transferenciais, permitindo a transferência de diferentes relações e temporalidades do infantil em diferentes objetos transferenciais do grupo.

Nos diz Kaës (2004):

Considerarei, que na situação de grupo, para um sujeito, uma determinada constelação de objetos infantis e as ligações entre esses objetos são mobilizados de maneira eletiva. Estamos tratando de um duplo processo de *difração* e de *conexão* das transferências (...) Os processos de difração consistem na distribuição de cargas de investimentos em vários objetos mais ou menos correlacionados entre eles.<sup>18</sup> (p.9)

Kaës aponta dessa forma para uma constelação de objetos infantis que é mobilizada nos grupos e para um duplo movimento de difração, na distribuição das cargas de investimento nos diferentes objetos do grupo, e de posterior conexão, descrevendo os elementos mesclados de redes de interações familiares que são transferidos no grupo, aproximando-se de seu conceito de grupos internos. Veremos adiante o quanto este fenômeno faz-se privilegiado para a encenação de enredos traumáticos iniciais nos quais impera a cisão entre objetos.

Em outras palavras, a transferência para uma situação de grupo é caracterizada pela substituição sucessiva ou simultânea do relacionamento entre vários objetos organizados nas estruturas de um grupo interno, pelo relacionamento atuado e imaginário estabelecido no grupo com os diferentes objetos e os objetos. relatórios que o constituem. Podemos assim ver que o grupo é o local de emergência de configurações particulares da transferência. O psicanalista, por necessidade morfológica do grupo, não é o único objeto da transferência. A crítica à noção de diluição da

---

<sup>18</sup> Je considérais que dans la situation de groupe, pour un sujet, une constellation déterminée des objets infantiles et les liens entre ces objets est électivement mobilisée. Nous avons affaire à un double processus de *diffraction* et de *connexion* des transferts. (...) Le processus de diffraction consiste dans la répartition des charges d'investissement sur plusieurs objets plus ou moins corrélés entre eux (Kaës, 2004 p.9 tradução nossa)

transferência nos impede de entender que é mais uma difração da transferência e de suas conexões entre os objetos inconscientes do desejo.<sup>19</sup> (Kaës, 2004 p.10)

Dessa forma, vemos que a noção de uma leitura econômica em termos de redução do investimento central da transferência na figura do analista seria não apenas contraposta com uma leitura qualitativa, que permite qualificar uma diferença dos elementos transferidos nos diferentes objetos, como até mesmo questionada levando-se em consideração a possibilidade de amplificação dos elementos transferenciais via difração. Esta amplificação, por sua vez, explicaria ainda a intensidade das ansiedades suscitadas e os movimentos regressivos intensos provocados pela situação grupal e institucional, e sua consequente potência para o cuidado de psicopatologias da ordem dos déficits da simbolização e das falhas da constituição do aparelho psíquico.

Neste sentido, por mais que nos falte uma caracterização exaustiva dos diferentes objetos transferenciais que compõe uma instituição de cuidado, esta compreensão da situação grupal em termos de difração transferencial nos permite compreender a diversidade das relações transferenciais que podem se colocar em curso no campo institucional e sua potencialidade clínica para o cuidado de determinadas problemáticas psíquicas.

Certos movimentos pulsionais, por exemplo, por sua intensidade e agressividade podem ser difíceis de serem transferidos com um terapeuta amado do grupo, ou com o gestor idealizado de uma instituição acolhedora, mas podem se colocar em campo mais facilmente em um conflito com o segurança, na depredação do patrimônio da instituição, ou, em uma saída mais saudável, no manuseio violento da argila em uma oficina de artesanato ou ainda na interpretação de um vilão em uma peça de teatro.

É comum por exemplo que o terapeuta de referência seja visto de forma idealizada pelo paciente mas que o resto da equipe seja visto com receio, despertando fantasias persecutórias e de exclusão, marcando de forma diferente os múltiplos atores da cena institucional. Neste

---

<sup>19</sup>Autrement dit, le transfert en situation de groupe se caractérise par le remplacement successif ou simultané de la relation entre plusieurs objets organisés dans les structures d'un groupe interne, par la relation agie et imaginaire établie dans le group avec les différents objets et les rapports qui le constituent. On voit ainsi que le groupe est le lieu d'émergence de configurations particulière du transfert. Le psychanalyste, par nécessité morphologique de groupe, n'est pas le seul objet du transfert. La critique portant sur la notion d'une dilution du transfert empêche de comprendre qu'il s'agit plutôt d'une diffraction des transferts et de leurs connexions entre les objets inconscientes du désir. (Kaës, 2004 p.10 tradução nossa)

emaranhado de experiências psíquicas que se colocam em jogo com as diferentes partes da instituição surge como desafio conseguir reestabelecer uma visão mais integrada sobre o paciente ou o grupo, algo como uma tentativa de nos aproximarmos do outro lado do prisma. Dessa forma, abrimos caminho para compreender essas divisões na equipe como efeitos das diferentes partes psíquicas que cada parte pôde receber das múltiplas transferências em jogo.

Em nossa compreensão o caso de Maurício oferece-se como um exemplo de quando o terapeuta acaba por encarnar este lugar idealizado transferido pelo paciente, e dos efeitos dessa aliança nas relações intertransferenciais vivenciadas. O profissional de referência, assumido de seu lugar heroico, narcisicamente gratificante, incumbe-se da tarefa de defender o paciente das “acusações” e “interferências” dos outros membros da equipe (objetos maus e indesejáveis), fazendo resistência ao trabalho de elaboração por um lado, e por outro reencenando as ansiedades paranoicas na relação com a equipe.

A qualidade e intensidade da divisão pode ser bem diversa, levando-se em consideração a capacidade de continência e elaboração dos materiais depositados e até mesmo da qualidade desses materiais, cabendo aqui uma diversidade de registros clínicos que não pretendemos esgotar. Em algumas situações, no entanto, esta divisão pode levar mesmo à completa cisão e paralização do trabalho impedindo as equipes de retomarem um caminho de integração possível, como certamente qualquer um que tenha tido contato com modalidades de clínica institucional já deve ter experienciado.

Adiantamos novamente que este caráter geral do trabalho clínico institucional parece ser ainda mais sensível no campo das drogadições, sendo o *splitting* da equipe uma reação contratransferencial bastante comum, que se articula com as cisões internas em jogo nas dinâmicas adictivas. Como veremos, essas divisões têm um papel de fundamental na regulação da possibilidade de constituição de um vínculo sintônico com a equipe clínica, necessário a um trabalho regressivo, e à possibilidade de integração destes usuários.

## **5.2. Intertransferência, transferência entre pares e sua relação com o grupo atendido.**

“Durante essa conversa esforçava-me para escutar de forma imparcial a profissional. Não concordava com os referenciais apresentados e sentia que aquele discurso representava uma atitude costumeiramente policialesca e moralista com a qual os usuários de drogas são tratados. Tudo o que me falava parecia ganhar este tom moralista o que me fazia sentir que pouco diálogo

seria possível ali. Desde o início sentia que o melhor a fazer seria me esquivar o máximo possível dessa profissional protegendo a mim e a Maurício de sua rigidez.

(Trecho do relato de caso p. 24)

As mobilizações que estes diversos registros psíquicos transferidos, via lateralização e difração, podem causar nos diferentes objetos de transferência da instituição vão nos aproximando da problemática da contratransferência no grupo e na instituição.

Ora, se estamos falando que a experiência institucional implica em uma ampliação dos objetos transferenciais que permite a mobilização simultânea de diversos registros psíquicos, é certo que podemos pensar também em uma ampliação das respostas contratransferenciais. Faz-se assim necessário propor um trabalho de elaboração destas marcas *da* e *na* equipe para que se possa extrair dela seu estatuto de comunicação e não apenas sua dimensão de resistência.

É pensando na especificidade deste trabalho de elaboração da contratransferência na situação de atendimento grupal que Kaës (2004) nos propõe o conceito de intertransferência e, de forma correlata, da análise intertransferencial como seu operador. Segundo o autor, a Intertransferência colocaria em questão a transferência estabelecida entre os membros da equipe interpretante quando se coloca o trabalho de atuação em co-terapia diante de grupos, casais, famílias ou instituições, e remeteria em alguma instância às marcas contratransferenciais da escuta do grupo atendido, sendo duplamente compreendida como um conjunto das resistências do par analítico e como principal via de acesso às resistências e aos conteúdos inconscientes colocados em cena pelo grupo atendido.

Nos diz Kaës (2004):

Intertransferência é o estado da realidade psíquica produzida pelos psicanalistas em suas transferências mútuas e induzida pelas diferentes modalidades do campo transféro-contratransferencial na situação grupal. (...) é um efeito da resistência dos psicanalistas quando eles trabalham em conjunto: esta resistência é mutuamente mantida por suas contratransferências e a suas transferências recíprocas, mas também é induzida e mantida pelas transferências dos membros do grupo ou da família sobre os analistas. A intertransferência está localizado nesses nós transferenciais. (...) não é apenas uma manifestação de resistência ao trabalho psicanalítico; é também um dos principais caminhos do conhecimento e da libertação de todas as resistências que foram postas em prática no grupo, se e somente se a análise do que é alimentado na intertransferência for objeto de um trabalho analítico por parte dos psicanalistas.<sup>20</sup> (p.5)

---

<sup>20</sup> L'intertransfert est l'état de la réalité psychique produite par les psychanalystes dans leurs transferts mutuels et induite par les différentes modalités du champ transféro-contretransférentiel dans la situation de groupe. (...) est un effet de la résistance des psychanalystes en tant qu'ils travaillent ensemble : cette résistance est mutuellement entretenue par leur contre-transfert et leur transfert réciproques, mais elle est aussi induite et soutenue par les transferts des membres du groupe ou de la famille sur les analystes.

O autor se apoia em sua construção acerca do lugar das alianças inconscientes nas configurações vinculares (Kaës, 2014), para identificar este campo de nós transferências em que se imbricariam as transferências e resistências mutuas dos analistas do par interpretante, com as transferências e resistências colocadas em prática pelo grupo atendido. Este campo de imbricação das transferências é para Kaës (2004) a principal via de acesso aos conteúdos inconscientes do grupo, caso possam ser postos em análise pelo conjunto de analistas, tornando-se dessa forma condição para a interpretação.

Percebe-se que esta ideia surge como uma decorrência natural da observação do fenômeno da difração da transferência no grupo, assim como da noção de diferentes objetos transferenciais do grupo, nos quais incluem-se o grupo de terapeutas, somando-se no entanto a dimensão da transferência entre os próprios profissionais como uma dimensão a ser elaborada.

Como nos diz Castanho (2015), ao comentar o conceito de intertransferência:

Ora, entendemos que isso significa que a transferência com estes “fundadores imaginários” seja difratada quando trabalhamos com equipes interpretantes, cabendo diferentes atributos desta(s) transferência(s) para cada analista. As transferências com cada analista podem ser bem distintas e, portanto, distintas também suas reações contratransferenciais, com os mesmos membros de um determinado grupo, com o grupo e seus subgrupos. Vislumbramos assim a necessidade de reagrupar, de algum modo, a vivência contratransferencial dos analistas, como que em um processo inverso ao da difração que as originou. Trata-se de reagrupar as diversas reações na equipe interpretante às transferências que recebeu como modo de acesso ao que o grupo, seus integrantes e subgrupos lhes comunica. Parte significativa destas “reações” ocorre “entre” um ou mais analistas, no vínculo que os liga uns aos outros. (...) Desse modo, a raiva, ódio, rivalidade, amor, ou qualquer outro sentimento que os membros de uma equipe interpretante possam experimentar uns em relação aos outros, devem ser interrogados naquilo que porta marca do grupo atendido. O risco de atuar tais sentimentos está sempre posto no horizonte do trabalho em equipe, e por isso mesmo vale a advertência de buscar examinar tais sentimentos. (p. 115)

A proposta de uma intertransferência permite-nos assim reconhecer um novo campo de reverberação dos fenômenos transferenciais quando falamos do trabalho com mais de um profissional que inaugura uma visão para nós bastante inovadora e de enorme potencia operativa. Podemos dessa forma passar a enxergar a qualidade do vínculo que circula na equipe interpretante como um efeito das transferências que circulam no grupo atendido, o que pode simultaneamente fazer impasse na equipe e abrir condições para a compreensão, assim como

---

L'intertransfert se situe sur ces nœuds transférentiels. (...) n'est pas seulement une manifestation de la résistance au travail psychanalytique; il est aussi une des voies majeures de la connaissance et du dégagement de l'ensemble des résistances qui se sont mises en place dans le groupe, si et seulement si l'analyse de ce qui se noue dans l'intertransfert est l'objet d'un travail analytique de la part des psychanalystes. (Kaës, 2004 p.5 tradução nossa)

Freud já nos trazia, do núcleo das resistências e dos conflitos inconscientes do grupo de pacientes atendidos. Em síntese, há um efeito das transferências do grupo na qualidade dos vínculos da equipe ou inversamente, a qualidade dos vínculos da equipe pode ser lida também como um fenômeno transferencial do grupo atendido.

Para o intuito de nossa discussão, trata-se do desafio de compreender de que maneira as características que destacamos como elementares de uma adição de transferência podem vir a se alojar nas dinâmicas transferenciais do interior das equipes.

Se tomarmos como base o agrupamento de características levantadas pelos diferentes autores estaríamos propensos a enxergar nessas relações intertransferenciais uma marca de coisificação na qualidade das relações na equipe, um empobrecimento geral da atividade simbolizante, dos meios expressivos e da qualidade da comunicação intersubjetiva, a alternância entre posições de onipotência e de desamparo, a suplica voraz por objetos alimentadores de sentido, a adesividade às intensidades extasiantes, em paralelo a uma presença paranoide das forças tirânicas sempre a espreita. Muitos destes aspectos, parece-nos, podem ser observados em nosso caso clínico e levantam-se como marcas importantes de observarmos nas dinâmicas vinculares das equipes que trabalham com essa problemática.

De fato, tanto em nosso caso apresentado, como vemos nas pequenas vinhetas que abrem as sessões deste trabalho, quanto nos casos clínicos com que trabalhamos em geral podemos enxergar estas marcas transferenciais adentrarem, cada qual à sua maneira, o campo das alianças inconscientes e inter-relações que sustentam as redes vinculares que compõe uma equipe. Nosso intento, nesse sentido, não será o de catalogar minuciosamente cada um destes aspectos, mas atentar para alguns efeitos gerais e regulares que acompanham essas modulações, de forma a nos ajudar a se preparar melhor para a tarefa que nos espera.

Retomando nossa argumentação, a interpretação da transferência como via principal da técnica psicanalítica, desde seu desenvolvimento mais clássico, e o reconhecimento de um campo intertransferencial torna imediatamente necessário a proposição de um trabalho de elaboração sobre esses nós transferenciais como condição para a interpretação em equipe, trabalho este que Kaës (2004) denominará de análise intertransferencial.

Chamei de análise intertransferencial a elaboração ordenada da função psicanalítica nessa modalidade do dispositivo de grupo. Essa análise das localizações transferenciais alocadas por cada psicanalista ao outro psicanalista na situação grupal, e os efeitos contratransferenciais de cada um sobre o outro, é condição necessária para a elaboração da interpretação. (...) é a expressão própria dos analistas do trabalho de intersubjetividade, o desenvolvimento de resistência ao

trabalho psíquico de mais de um em cada um dos assuntos subconscientes que eles colocam em jogo em suas relações de trabalho. A análise intertransferencial é o objeto, o método e o momento específico deste trabalho para psicanalistas em situação de grupo.<sup>21</sup> (Kaës, 2004 p.13)

Ao dizer que a análise intertransferencial é a expressão própria dos analistas do trabalho de intersubjetividade percebemos a compreensão de Kaës sobre o trabalho da intersubjetividade que se realiza nos grupos, trabalho este que só poderia ser experimentado na própria experiência intersubjetiva, calcado em sua noção de sujeito singular-plural. Este trabalho seria para o autor o trabalho de contenção e transformação da realidade psíquica de um outro, e das resistências que o acompanham, em um jogo de identificações imaginárias e de rejeições de partes psíquicas, em torno do qual processos de diferenciação podem se colocar em movimento. É também dentro deste movimento que Kaës concebe o sujeito em seu processo de constituição e de subjetivação:

A noção do trabalho psíquico da intersubjetividade não supõe apenas uma determinação extraindividual na formação e no funcionamento de certos conteúdos do aparelho psíquico; ela concerne a condições nas quais o sujeito de inconsciente se constitui. Admite como hipóteses fundamentais que cada sujeito, em sua singularidade, adquira em graus variados a aptidão de significar e interpretar, receber, conter ou rejeitar, ligar e desligar, transformar e (se) representar, jogar com ou destruir objetos e representações, emoções e pensamentos que pertencem a outro sujeito, que transitam por seu próprio aparelho psíquico ou se tornam nele, por incorporação ou introjeção, partes enquistadas ou integrantes e reutilizáveis. (Kaës, 2017 p. 329)

Partindo desta concepção de trabalho de intersubjetividade podemos compreender que este mesmo trabalho, com todo o desafio intersubjetivo que o acompanha, deverá ser realizado pela equipe clínica sobre este ponto de nós transferenciais denominado de intertransferência. Inclui-se aí, segundo Castanho (2015), a elaboração das formações ideais e narcísicas comuns compartilhadas pela equipe e até mesmo a análise da “ideologia, das utopias e mitologias que emergem do vínculo dos analistas e de suas instituições” (Castanho, 2015 p. 117).

O passo seguinte seria nos perguntarmos de que maneira colocar em curso este trabalho, mas neste ponto não parecemos encontrar em Kaës uma resposta exata com a formulação de um método específico, ainda que o autor deixe claro sua necessidade. O que parecemos encontrar

---

<sup>21</sup> J'ai appelé analyse intertransférentielle l'élaboration ordonnée à la fonction psychanalytique dans cette modalité du dispositif de groupe. *Cette analyse des emplacements transférentiels alloués par chaque psychanalyste à l'autre psychanalyste dans la situation de groupe*, et des effets contre-transférentiels de chacun sur chaque autre, est une condition nécessaire à l'élaboration de l'interprétation. (...) elle est l'expression propre aux analystes du travail de l'intersubjectivité, l'élaboration de la résistance au travail psychique de plus-d'un-autre en chacun des sujets de l'inconscient qu'ils mettent en jeu dans leurs liens de travail. L'analyse intertransférentielle est l'objet, la méthode et le moment spécifique de ce travail pour les psychanalystes en situation de groupe. (Kaës, 2004 p. 13)

com mais clareza é o reconhecimento dos objetivos, dos limites e dos riscos desta prática, especialmente o risco de uma selvageria em uma prática de análise intertransferencial, assim como o alerta de que o trabalho não deve ser feito à maneira de uma análise em gangorra entre as partes, trocando-se sucessivamente a posição de analista e analisante.

O autor reconhece aí um risco de perverter o trabalho de análise intertransferencial desde que não se reconheça os limites da intimidade no trabalho psicanalítico grupal, “O que tem que ser dito deve sempre se relacionar com o efeito do grupo no elo de psicanalistas assim como em seu trabalho como psicanalistas”<sup>22</sup> (Kaës, 2004 p.14), reconhecendo que este trabalho colocaria em campo zonas da vida psíquica que estariam a mercê de invasões e interpretações que romperiam as condições necessárias para que as diversas partes pudessem falar de si.

Entendemos este alerta como fundamental e parece-nos, em nossa prática, que este trabalho de elaboração dos vínculos da equipe desde uma leitura transferencial é substituído muitas vezes por uma verdadeiro campo de batalha, abrindo-se a caixa de pandora dos registros das alianças inconscientes das equipes e deixando sair de lá, sem uma continência adequada, todos sorte de elementos psíquicos, muitas vezes trazendo condições insuportáveis para um trabalho de elaboração intersubjetivo sem que qualquer retorno clínico possa ser extraído ao fim. A análise intertransferencial poderia passar nesses casos a servir de uma “lavação de roupa suja” com um toque de técnica analítica revestindo-lhe legitimidade. Nestes casos parece-nos que este trabalho, de exigência contínua de toda e qualquer equipe, pode vir a precisar de um terceiro para que se garanta enquadres mais asseguradores e que retornem à equipe uma condição de elaboração desta dimensão transferencial.

Castanho (2015), retomando os objetivos que se buscaria em uma análise intertransferencial e uma proposição básica de método para o mesmo nos diz:

Aproximando-nos mais da descrição da AIT como técnica, notamos que ela é proposta como um método no qual os psicanalistas da dupla ou equipe associam e compartilham entre si e com seus grupos de pertencimento, suas experiências com o grupo atendido, seu próprio desejo instituinte (de criação do grupo atendido) etc. Como diz Kaës: “a análise intertransferencial visa restaurar a capacidade *alpha* dos analistas mantendo a situação analítica em cada um dos intérpretes: e para chegar neste ponto, a única via é assegurar a fluidez e as trocas de pensamentos e de afetos em cada um dos analistas entre eles. (Castanho, 2015 p. 117)

---

<sup>22</sup> Ce qui a à être dit doit toujours se rapporter à l’effet du groupe dans le lien des psychanalystes en tant qu’ils œuvrent comme psychanalystes. (Kaës, 2004 p. 14 tradução nossa)

A análise intertransferencial visaria, dessa forma, tanto a uma possibilidade de reagrupar esse emaranhado de nós transferenciais suscitados pela experiência grupal e institucional quanto a uma restauração da capacidade alucinatória do analista, condição da experiência de escuta analítica flutuante, em referência à função *alpha* de Bion, sendo o método proposto a livre associação dos analistas de seus pensamentos e afetos sobre a experiência grupal com os pacientes e consigo mesmos.

Ora, mas não podemos nos esquecer que tanto o conteúdo quanto a forma dessa livre associação serão profundamente marcados das experiências transferidas pelo grupo atendido, sendo que nem sempre este método atenderá às manifestações que determinadas comunicações exigem. Frente à imediatez do agir impulsivo, por exemplo, não se pode num primeiro momento associar, deve-se reagir.

Em nosso caso apresentado demonstramos como o trabalho de associação livre em equipe pode ser afetado pelas divisões e disputas na equipe, e substituído por uma “ocultação”. Ao invés de reunir as múltiplas transferências, e frente ao medo da intrusão, busca-se um aprofundamento das divisões com a formação de sub-grupos estanques. Estas reações atendem a um caráter daquelas comunicações transferenciais colocadas em jogo e que pretendemos propor como marcantes na clínica institucional das drogadições.

Reconhecemos, por outro lado, que a indicação aberta de Kaës acerca das maneiras de se colocar um trabalho de análise intertransferencial em curso diz também respeito a uma abertura tanto de dispositivos que viriam a servir para esta função quanto de estilos clínicos do próprio manejo das transferências que podem vir a incidir sobre esta prática intertransferencial, levando-se em consideração a amplitude de leituras e estilos psicanalíticos dos manejos do campo transferencial mesmo na psicanálise bipessoal.

Retomando nossa temática do estatuto da contratransferência nas instituições, o que estas construções nos apontam é que os dispositivos institucionais permitem viver por meio de seus aparelhos e no interior de seus aparelhos um cruzamento de diferentes modulações transferências, dirigidas a múltiplos objetos e em um processo constante de reverberações que nos permite enxergar uma verdadeira caixa de ressonâncias de elementos psíquicos, dando apoio a uma amplificação dos processos de simbolização.

A proposta de análise intertransferencial nos aponta para um necessário trabalho de depuração deste emaranhado de experiências, que ainda que ocorra do lado dos pacientes deve

ser de responsabilidade dos profissionais, aproximando-nos desta maneira da problemática da função metabólica da equipe e de seu trabalho de cura.

### **5.3. Manejos transferenciais em equipe na clínica das drogadições.**

“Volto então para minha casa e durmo algumas poucas horas até ser novamente acordado com uma ligação de sua mãe, dizendo que ele havia voltado e de que estavam levando-o para o hospital, fazendo-me ficar, talvez pela primeira vez, grato por sua existência.

Passado o êxtase dessa noite de “aventura” pelo submundo de Maurício comecei aos poucos a questionar por quê eu havia respondido em ato e absolutamente sem reservas àquela convocação tão extrema. Precisei de diversos outros pares, supervisões e reuniões com a equipe, para tentar elaborar sobre os atravessamentos daquela intervenção.”

(Trecho de relato de caso p. 32)

Partimos neste momento a uma problematização do trabalho da equipe de metabolização deste conjunto de elementos psíquicos depositados e transferidos em seus conjuntos institucionais. Para tal, colocaremos em diálogo os trabalhos de Pinel (1989, 2007, 2010, 2019) sobre homologia funcional e patológica, de Gaillard (2015) sobre transferência da transferência, e de Luciana Lafraia (2019) a respeito das condições do sonhar compartilhado em equipe, levantando em paralelo algumas especificidades destes trabalhos quando diante das problemáticas das drogadições, especialmente apoiados nos textos de Lancetti (2015) sobre contrafissura e plasticidade psíquica.

#### **5.3.1. Homologia funcional e patológica: os mecanismos de duplicação e sua função figurativa.**

“Iniciava então batalhas argumentativas imaginadas, sonhos acordados, em que era atacado por alguns membros da equipe. Defendia-me com indignação mostrando bravamente o moralismo e a hipocrisia deles. (...)

Essas fantasias eram especialmente intensas quando me preparava para alguma reunião de equipe, que, em minha imaginação, se aproximavam mais de uma guerra do que de uma reunião clínica. Fantasiava que a reunião desembocaria em algum grande desentendimento a respeito de uma conduta minha ou da equipe. O clima nessas fantasias era de uma agressividade intoxicante.

Brigáramos e eu seria mandado embora ou então conseguiria encontrar uma saída triunfante

“desmoralizando” os profissionais da equipe que questionavam meu trabalho e minhas intervenções. Nas reuniões essas cenas não sucediam.”

(Trecho de relato de caso p. 28)

Encontramos nos conceitos de homologia funcional e homologia patológica de Jean Pierre Pinel (1989, 2019) um importante ponto de partida para se pensar na função metabólica da equipe diante de problemáticas clínicas em que impera a falência das cadeias representacionais.

O autor parte da observação clínica de que o acolhimento desta ordem de problemáticas produz um mal-estar nos profissionais, nas equipes, e nos conjuntos institucionais que os acompanham, análogos aos modos de funcionamento de seus pacientes, denominando o fenômeno de homologia funcional. Esta homologia “resulta de uma internalização e de uma reprodução dos principais mecanismos de defesa dos sujeitos acolhidos”<sup>23</sup> (Pinel, 1989 p.79), consequência da utilização massiva das identificações projetivas nas patologias limites. Frente ao fracasso da continência do Eu os paciente convocam a psique da equipe à decifrar aquilo que não foram capazes. Continua o autor, “Este efeito que afeta os atos, os pensamentos e as fantasias do destinatário tende a induzir uma forma de contra-atitude análoga àquela do agente, ou seja, em uma relação estritamente simétrica”<sup>24</sup> (Pinel, 1989 p. 79).

Não é difícil reconhecer aqui o eco dos trabalhos de Bleger (1984) que nos lembra que as instituições tendem a funcionar do mesmo modo que a questão que elas têm por tarefa tratar, o que é assumido e reconhecido por Pinel em diversos de seus trabalhos. Por outro lado o aporte do autor em outras referências parece aprofundar tanto a compreensão dos modos de reprodução deste dado institucional quanto as maneiras de intervir diante do mesmo.

Uma das referências inovadoras enunciadas pelo autor está nos trabalhos de Stanton e Schwartsz, publicados em 1954, na obra *The Mental Hospital*.

Nos diz Pinel (2019):

Esse psiquiatra e esse psicólogo social observaram, na clínica psiquiátrica *Chesnut Lodge*, que os pacientes com excitação patológica estavam na origem dos conflitos latentes que atravessavam a equipe instituída. Observaram também que esses intensos conflitos mobilizavam fortes afetos nos profissionais. Stanton e Schwartz também mostraram que a excitação do paciente se reduzia quando os profissionais podiam discutir longamente sobre seu desacordo e superavam o conflito.

---

<sup>23</sup> resulte d’une internalisation et d’une reproduction des principaux mécanismes de défense des sujets accueillis. (Pinel, 1989 p.79 tradução nossa)

<sup>24</sup> Cette effet qui affecte les actes, les pensées et les fantasmes du destinataire tend à induire une forme de contre-attitude analogue à celle de l’actant, c’est-à-dire une relation strictement symétrique. (Pinel, 1989 p.79 tradução nossa)

Eles sublinharam que os sintomas mais ruidosos cediam sem que fosse necessário transmitir o conteúdo dessas discussões ao paciente envolvido. (p. 10)

Este fenômeno decorreria, segundo Pinel (2019), de um mecanismo de defesa específico de projeção cisional<sup>25</sup>, a partir do qual “o paciente aloja nas linhas de fratura da equipe instituída os elementos de sua clivagem interna. Isso resulta em cisões no conjunto intersubjetivo, que são de certa forma reveladoras da patologia do sujeito.” (p. 11). Neste sentido não apenas as intertransferências revelariam uma dimensão transferencial como adquiririam a própria estrutura da patologia do sujeito, em um mecanismo de deslocamento muito mais direto e menos metafórico do que as dinâmicas transferenciais do campo das psiconeuroses. A referência à Stanton e Schwartz parece, além disso, deixar um caminho aberto para se pensar nas vias de intervenção junto à equipe em colaboração com o trabalho de cura.

Curiosamente, os trabalhos de Stanton e Schwartz também são citados por Balint (1993), em sua obra *A Falha Básica*, ao falar do tratamento com psicóticos e toxicodependentes, destacando a importância de uma atmosfera clínica fortemente sintonizada para o cuidado destes casos, muito mais relevantes que a função interpretativa do analista.

Por hora, o que gostaríamos de destacar aqui, é este deslocamento observado pelos autores do centro em que gravita os efeitos da cisão hora no paciente, hora na equipe, sendo que um trabalho de reparação destas clivagens na equipe podem retornar como uma experiência de integração para o sujeito acolhido, mesmo que isso não precise ser formulado por meio de um enunciado ao paciente, escancarando a necessidade de um trabalho da equipe sobre suas ressonâncias intersubjetivas, e uma forma de operação diante das mesmas que não passa propriamente pelo paradigma da interpretação.

Se a conceitualização de uma análise intertransferencial parece nos direcionar a um manejo da técnica da equipe frente suas ressonâncias intersubjetivas via interpretação (lembrando que Kaës a formula como condição para a *interpretação* do grupo pelo par analítico), a descoberta de Stanton e Schwartz parecem nos empurrar para uma função continente da equipe frente à sua conflitualidade, que parece ganhar destaque na formulação de Pinel sobre a homologia funcional.

---

<sup>25</sup> Pinel credita a formulação da hipótese do mecanismo de defesa de projeção cisional à Paul-Claude Racamier que teria sido o difusor na França dos trabalhos de Stanton e Schwartz.

Reaproximando-nos da clínica das drogadições podemos pensar que se a ação interpretativa do analista não parece ser a via régia de intervenção no cuidado com estas problemáticas, como propõe Olievenstein (1989) e Gurfinkel (2011), também é possível que reconhecamos ao final deste processo que não o será frente ao trabalho com as intertransferências, e que um outro trabalho, de contenção das intensidades intersubjetivas no interior das equipes, poderá ser muito mais efetivo neste campo.

Vejamus como a condição de contenção e elaboração destas “especularidades transubjetivas” é destacado por Pinel no trabalho com a homologia funcional:

Pude formular a hipótese de que a identidade de funcionamento, essa especularidade transubjetiva que designo como **uma homologia funcional**, é a alavanca potencial, fundamental, ao engajamento de um processo terapêutico institucional. Esse mecanismo é para a instituição aquilo que a dinâmica transfero-contratransferencial é para o espaço da cura-padrão e suas derivações. (...) Essa **homologia funcional** supõe que os profissionais acolham os movimentos de identificação narcísica e os fantasmas mortíferos e incestuosos sem entrar em pane ou contra-agir de maneira especular. Isso requer que os profissionais contem com apoio suficientemente confiável das funções e instâncias diferenciadoras e de terceiro. (Pinel, 2019 p. 12)

Dentro deste processo, a dinâmica de interação que caminha em direção à figurabilidade do agir é destacada pelo autor, que nos demonstra de forma bem rica a função de molde figurativo que a equipe pode cumprir enquanto um conjunto intersubjetivo depositário de elementos psíquicos de difícil inscrição simbólica.

Assim nos traz Pinel (2019):

Para entrar no processo de dar figurabilidade, os profissionais terão que consentir em ser intimamente capturados pelo agir, e com seus corpos. Entrar na cena, suportá-la, para secundariamente constituí-la como matriz de uma narrativa, formando o umbigo do processo institucional. (p. 14)

Interessante retomar neste ponto a cena-limite do caso clínico relatado, em que é o corpo do analista, em jogo e em risco, que se manifesta e assim possibilita uma mudança concreta do trajeto clínico “Por favor, vamos sair daqui... eu PRECISO ir ao banheiro!”. É também este corpo capturado pela cena que pôde viver o acolhimento da equipe que se seguiu, reorganizando os jogos de transferência estabelecidos e abrindo caminho para uma outra narrativa sobre o paciente, ainda que esta tenha permanecido em suspenso pela interrupção do trabalho.

Pinel destaca que este trabalho de figuração se dá em um processo complexo e em diferentes estágios. Num momento inicial, no encontro entre o agir do paciente e o contra-agir dos profissionais irá se produzir o que autor chamará de *script*, uma cena em potencial que ainda deverá ser encontrada-criada pelos profissionais, a partir de seus apoios mútuos, para dar uma

forma compartilhável a essa interação primeira, sempre desafiadora e que carrega consigo um potencial traumático e disruptivo.

O *script* só pode chegar ao estatuto de cena dramatizada e compartilhável quando os profissionais podem acolher psicicamente a cena. Essa acolhida da cena supõe a criação de um lugar grupal que autorize os profissionais a um movimento de desprendimento que permita extrair a narrativa congelada no roteiro. Colocar em trabalho a singularidade dessas cenas requer um trabalho pluri-subjetivo, no qual os ausentes contribuem a dar figurabilidade aos afetos e às figurações associadas ao interagir. Trata-se de acolher grupalmente os materiais clivados e fragmentados - mais que difratados - alojados nas psiques de diferentes protagonistas da cena, para que se consiga formular o que é dado a ver e também o que foi infligido como afeto incontrolado. O processo de co-apoio e de co-pensamento abre caminho à representação e à reunião das experiências clivadas e colocadas no contra-agir. (p. 15)

Parece-nos que esta proposição vai bastante ao encontro da discussão de Lancetti (2015) a respeito da *plasticidade psíquica* como forma de fazer frente à *contrafissura* que esta clínica nos convoca. O autor, que acumula anos de experiência na supervisão institucional de equipes de redução de danos e de profissionais em CAPS AD, se propõe a pensar na *formação do caráter* dos profissionais AD, colocando a *plasticidade psíquica* e o *atletismo afetivo* como seus elementos centrais.<sup>26</sup>

Para suportar paixões violentas como essas ou mergulhar na biografia de pessoas silenciadas carcerariamente, além de plasticidade psíquica, os terapeutas de CAPS AD exercitam uma espécie de atletismo afetivo. (...) O conceito de atletismo afetivo nos remete ao corpo do terapeuta. Ele, em primeiro lugar, busca curiosamente o corpo do seu interlocutor, se aproxima, escuta, olha, toca... e uma vez iniciada essa relação se dispõe às mais diferentes reações: de desconfiança, de amor, de ódio ou busca de uso, de dependência e de autonomia. (Lancetti, 2015 p. 62)

É interessante notar aqui a centralidade da relação entre corpo e ato de terapeuta e usuário, e a resistência à destrutividade, sendo o corpo um lugar primeiro de interlocução e de recepção das ações evacuatórias, que se põe à disposição para “banciar repetições de vidas às vezes violentas, institucionalizadas, desgarradas por injustiças e aplainadas pela ordem social.” (Lancetti, 2015 p. 64). A retomada e a resistência no profissional desta plasticidade psíquica, por meio de um verdadeiro atletismo afetivo, parecem ser o caminho de cura proposto pelo autor, mas as condições nas quais uma equipe é capaz de suportar esta condição elevada não é

---

<sup>26</sup> Lancetti (2015) apoia-se em Freud e nos Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905) para apontar a aptidão para a fixação psíquica, ou rigidez psíquica, que seria progressiva com o avanço da idade, como um processo de involução e entropia psíquica que remontaria aos limites da terapêutica psicanalítica, sendo seu inverso, a plasticidade psíquica, a conservação de uma porosidade à relação que contribuiria para o desmanche das formações neuróticas. O atletismo afetivo, por sua vez, seria uma decorrência de uma disposição elevada à plasticidade psíquica.

aprofundada pelo mesmo, a não ser na importância e valorização que confere aos não especialistas e aos artistas (oficineiros) da equipe.

Voltando à Pinel, e num sentido bastante próximo, vemos como ganha destaque a presença da equipe como um todo sendo que os membros ausentes do contato imediato ganham importância fundamental, tanto pelo fato de receberem elementos psíquicos distintos, quanto pelo fato de estarem distantes da carga traumática da cena inicial. É a multiplicidade de relações dentro da equipe que permite, segundo Pinel (2019), aplainar o ataque aos vínculos e oferecer resistência à destrutividade do ato, podendo assim “barrar a compulsão a repetição tolerando paradoxalmente sua implantação, porém parcial, fragmentada. Permite oferecer uma resposta alternativa e a introdução de uma lacuna.” (p. 15). Trata-se desta forma de um trabalho de resistir à ruptura por meio de uma rede vincular que permite ser tocada parcialmente pela destrutividade para então reinscrevê-la em uma forma mais compartilhável.

Por outro lado, parece especialmente desafiador em um contexto de cisões e paranoias, replicadas no interior da equipe via projeções cisionais, a acolhida psíquica de uma cena, e deste lugar grupal seguro para o desprendimento que permitiria a extração de uma narrativa. Vemos um exemplo disso nos *sonhos acordados* e *batalhas imaginadas* que antecediam as reuniões de equipe, em nosso caso clínico relatado. O potencial destrutivo dessas fantasias dificultava em muito sua colocação em cena com a equipe, o que talvez pudesse ser possibilitado caso houvesse um altíssimo grau de confiança. No entanto, parece-nos que mesmo que não tenham sido colocadas para um processo de co-elaboração em equipe, alguma função se cumpria nessas fantasias.

Retomamos agora uma hipótese que foi adiantada no capítulo anterior. Já demonstramos a partir do apoio nas formulações de Winnicott que o trabalho com estes pacientes exigirão que o terapeuta esteja atento e consciente das manifestações odientas que poderão surgir contratransferencialmente para que possa não atuá-las no contato direto com o paciente. Somamos ainda as indicações de Garzoli (1996) a respeito das inevitáveis manipulações sedutoras do paciente que visam manter o par terapêutico coisificado, sob controle, para que possa servir de antídoto a dor psíquica, e a necessidade decorrente de que o terapeuta lance mão de intervenções bastante continentais, cuidando para não convocar as partes tirânicas do self. Colocando estas formulações em diálogo com a proposta de homologia funcional de Pinel, surge-nos a hipótese de que a equipe pode surgir como um receptor destas reações contratransferenciais

do analista que poderiam colocar em risco o vínculo sintônico com seu usuário, deslocando uma parte da destrutividade comunicada pelo paciente ao analista para a própria equipe.

A proposta de Pinel, no entanto, propõe ir além. O trabalho da equipe seria não apenas o de poder receber e conter uma parte desta destrutividade, mas propriamente de representá-la no interior de sua experiência intersubjetiva para poder melhor simbolizá-la. A proposta de Pinel dá um passo além no sentido de uma função de simbolização do enquadre clínico institucional (Pinel, 1989).

De uma forma ou de outra, parece ser fundamental que a equipe possa se emprestar ao trabalho que Gaillard (2015) chama de “transferência da transferência” como forma de dar suporte à presença destrutiva da pulsão de morte no cuidado. Para o autor, o profissional só consegue se dispor verdadeiramente aos confins do vínculo com o paciente, e ao contato com as zonas em que moram as figuras do horror e os afetos mortíferos caso tenha certeza que será “puxado para fora desta perturbação por seus pares, e que um trabalho de liberação será levado a efeito” (Gaillard, 2015 p. 229). Podemos claramente nos referir aqui à função de acolhimento e diferenciação que a equipe clínica pôde efetuar no caso clínico relatado quando os limites da intervenção do terapeuta pareciam ter sido perdidos.

Nos diz Gaillard (2015):

A modalidade que provoca (habitualmente) a restauração da capacidade profissional (de tratar, acompanhar,...) consiste em fazer acontecer na psique grupal as vivências e os afetos, nos quais o profissional se viu preso, e de tender a seu reconhecimento e sua transformação, à medida que, por sua vez, o grupo se *preste à transferência da transferência*, e que o interveniente seja investido em uma expectativa análoga. É necessário nesse caso a segurança (ou ao menos a esperança) de que existe um trajeto para se desprender dos laços que geram perturbações. (p. 230)

É curioso que neste ponto o autor deixa ainda uma provocação instigante, lembrando que aquele que aceita se perder no vínculo nunca tem total confiança de que poderá ser posteriormente resgatado, ou se seus pares serão conjuntamente seduzidos pelo canto da sereia, o que impõe um trabalho constante de renovação da confiança entre os profissionais e instituições. É interessante pautar esta provocação a partir da sedução exercida pelo objeto droga, que impõe um especial desafio a estes testes de confiança. Não é raro, em nosso campo de atuação, que os terapeutas se enxerguem identificados e ameaçados pela proximidade das barreiras que podem separar um usufruto prazeroso e criativo das drogas para um uso adictivo. O receio da equipe e de alguns profissionais em se perder nessa zona sedutora e destrutiva pode impor um desafio narcísico enorme, atualizando o pavor de serem sugados para o excesso do gozo, ou de serem

“usados” por seus pacientes tal qual um objeto-droga. O medo excessivo do objeto droga pode articular-se assim com o medo de se ver usado como um terapeuta-droga, sentindo-se por fim uma “droga” de terapeuta.

Novamente, pautando-nos pelos processos de projeção cisonal apresentados, será provável enxergarmos nas instituições que cuidam destas problemáticas uma certa replicação da gangorra entre a identificação maciça e o fascínio com o objeto droga e o temor reverencial e recusa do mesmo, acompanhados pelas ambiguidades centrais dos usuários que se reencenam no ciclo adictivo com a droga. Sugerimos que este pode ser mais um elemento de cisão nas equipes de cuidado, os profissionais drogados e profissionais abstêmios, como um deslocamento do conflito dos profissionais benevolentes e profissionais tirânicos. Poder estar disponível a este tipo de vínculo sem se descaracterizar por completo é um desafio tremendo, constante e necessário para que a equipe não terminem por se enxergar uma “droga” de terapeutas.

Isso implica dizer que algum grau de disponibilidade e compreensão aos mergulhos com os objetos-coisas que nossos pacientes nos irão comunicar será necessário ao caráter do profissional de nosso campo, como diria Lancetti.<sup>27</sup> Novamente a importância recai aqui sobre a força e a confiança de que a equipe ao redor poderá servir de uma rede de suporte suficientemente forte capaz de resgatá-lo de situações ameaçadoras.

Nem sempre, no entanto, teremos sucesso em nosso empenho. Retornando ao trabalho de Pinel (2019), na falência deste trabalho de acolher e conter a homologia funcional surgiria em oposição uma homologia patológica, que pode se desenrolar em diversos caminhos:

Nessas situações, a equipe defende-se drasticamente: se enrijece e edifica defesas fálicas. Não pode, portanto, se constituir como um duplo narcísico utilizável pelo adolescente. Estamos aqui na reedição de falhas do ambiente primário, que acabam inevitavelmente no fracasso do tratamento institucional, pelo caminho da exclusão ou da fuga do sujeito. De outra parte, os mecanismos de duplicação mobilizados por um sujeito revelam uma falha nos vínculos da equipe ou do enquadre institucional. (...) Seus destinos são essencialmente a crise profunda e por vezes duradoura da equipe instituída. Em certos casos, de maneira preventiva, a equipe exclui o sujeito ao perceber a iminência de seu esgarçamento ou a ameaça de exacerbação de um grave conflito até então

---

<sup>27</sup> É interessante neste ponto ver a frequência com que desenhos institucionais do campo AD lançam mão à contratação de ex-usuários de drogas como membros da equipe clínica, justamente como um suporte à vinculação, em uma manobra de contorno do estigma imposto aos usuários de drogas, o que fica muito bem representado nos nossos profissionais redutores de danos, membro das equipes de diversos CAPS AD, assim como nos antigos *accueillants*, que compunham a equipe clínica de Marmottan de Olievenstein (Domic, 2019), e também nos NA's e Comunidades Terapêuticas, nas quais o apadrinhamento entre usuários cumpre uma função primordial. Os riscos desta relação são evidentes e as recaídas mais do que comuns, mas o que destacamos é que o profissional empregado, seja quem for, demonstre-se suficientemente confortável com o prazer suscitado pelo objeto droga, podendo reconhecer sua dimensão sedutora, sem que se sinta excessivamente ameaçado pelo mesmo.

negado. Trata-se da atuação de **uma defesa institucional de sobrevivência**, em que os mecanismos de duplicação são bastante notáveis. (Pinel, 2019 p. 12)

A referencia em questão aborda as problemáticas do ato na adolescência<sup>28</sup>, nas quais inclui as drogadições, mas é perfeitamente aplicável aos nossos contextos de atuação e descreve de forma precisa como a exclusão do paciente ou sua fuga podem operar como formas implacáveis de defesa frente à ameaça de desmoronamento da equipe, em que se reeditam os fracassos ambientais primários.

Vemos aqui como os mecanismo de duplicação convocados pelos pacientes se alojam justamente nas zonas de ruptura dos vínculos intersubjetivos da equipe e nas falhas do enquadre institucional, sempre presentes em alguma medida. O apelo às defesas institucionais de sobrevivência são certamente frustrantes, mas cabe aqui o cuidado de não encarnarmos as idealizações totalizantes e onipotentes que as instituições mobilizam em nossos imaginários, e especialmente característicos do imaginário toxicômano. Antes a defesa do que a falência institucional completa.

A equipe que nada puder conter do que lhe é projetado ou que em oposição contra-agir de maneira especular não pode se oferecer como molde figurativo proveitoso atravancando o processo de simbolização que poderia ser colocado em curso. Acabará por falhar seja pela burocratização, cedendo à tentação de expulsão do sujeito que lhe ameaça de um excesso pulsional insuportável, seja pela incapacidade de transformar esta necessária reprodução em algo passível de ser elaborado para si e utilizável para o paciente. Neste caminho nos diz Pinel (2019):

Os enrijecimentos, as fragilidades, as rivalidades, as adesões ideológicas, as clivagens de cada um são alvos que permitem aos adolescentes alijarem sua compulsão a repetição, suas próprias clivagens e as projeções cizionais arcaicas associadas. O trabalho de descompartimentar, de cooperação, de circulação maleável entre os profissionais, as associações e as instituições constitui um elemento chave do processo. (p. 16)

A referencia aos enrijecimentos ideológicos trazem um impasse especial ao nosso contexto, pensando na cisão vertiginosa que parece ter dividido nosso quadro político-social mais amplo, sobre os quais nossas equipes surgem apenas como um retrato parcial. Ademais, o constante embate de forças em nossa reforma psiquiátrica e em nossas políticas de drogas, impondo avanços e retrocessos constantes, parece dividir os profissionais, os serviços de saúde

---

<sup>28</sup> A abordagem institucional das patologias do agir na adolescência é temática de grande interesse do autor, mas a leitura de suas contribuições desde uma problemática das drogadições mostra-se bastante proveitosa. Para mais ver Pinel (2010, 2007).

mental e até mesmo as instâncias intermediárias de gestão em verdadeiras facções entre as quais qualquer diálogo parece ser bastante raro e dificultoso.

Os processos de apoio mutuo tanto entre os profissionais, quanto entre as diferentes instituições e instâncias que se debruçam sobre os mesmo sujeitos, encontram-se prejudicados neste cenário, e no lugar do suporte entre pares parece surgir mais claramente a paranoia, a disputa ideológica, e o medo de ser atacado. Basta pensar, por exemplo, nas maneiras como se dão as interações entre os campos da saúde, da assistência social, da segurança pública e da justiça, todos tão fortemente convocados a responderem às problemáticas das drogadições e o fracasso que impera na integração dessas instâncias para o estabelecimento de um cuidado quando muito coeso.

Este campo em fratura oferece-se, neste sentido, como um terreno privilegiado para que se projetem as clivagens que habitam os pacientes de quem cuidamos, e parecem operar no sentido de aprofundá-las criando um ciclo de retroalimentação que contribui para a manutenção de um cenário de crise constante.

### **5.3.2. A cisão da equipe como necessidade transferencial e seus manejos.**

“Nas reuniões de equipe era comum que este tema retornasse. Parte da equipe se incomodava com essa quantidade de cigarros fumada, receosa de que isso tirasse o impacto de suas intervenções anteriores e dividindo o trabalho em duas atitudes opostas ao mesmo tempo, sugerindo que eu tivesse uma atitude mais controladora e punitiva a respeito deste aspecto. Da minha parte eu questionava que este era um aspecto de *menor importância* e que o processo de desinstitucionalização de Maurício teria de contar com essa ausência de um controle que só era possível em uma enfermaria. Resguardava-me no entanto do embate que internamente acontecia de forma calorosa a respeito das concepções que sustentavam esta postura da equipe que eu lia novamente como moralista e policialesca.”

(Trecho de relato de caso p. 29)

Discutimos até aqui as possíveis formas de contenção e elaboração destes mecanismos de duplicação transferencial enunciados por Kaës (2004) em sua concepção de intertransferência e análise intertransferencial, e por Pinel (1989, 2019) em sua noção de homologia funcional e patológica. Passamos agora a discutir a compreensão de uma forma específica de projeção cisional bastante frequente em nosso campo de atuação e sua possível função clínica.

Novamente os trabalhos de Stanton e Schwartz colocam um ponto de partida importante para essa discussão, descrevendo de forma impecável um fenômeno comum em nossa prática clínica cotidiana. Segundo Pinel, os autores identificaram que o conflito entre os profissionais “muitas vezes toma a forma de um antagonismo entre um cuidador severo e um cuidador indulgente, que traduzirei como **uma fratura grupal entre uma imago tirânica e uma imago devotada.**” (Pinel, 2019 p. 10)

Vemos nas diversas vinhetas clínicas aqui apresentadas o quanto esta fratura grupal entre uma imago tirânica e uma imago devotada parece ser especialmente ilustrativa dos conflitos centrais vivenciados pelas equipes que cuidam dos usuários de drogas. Em nosso relato de caso vemos esta fratura apresentar-se regularmente praticamente durante todo o decurso de minha intervenção, ainda que até aquele momento não houvesse por minha parte consciência deste fenômeno, e nem a possibilidade de manejo e compreensão sobre o mesmo. Este aspecto, veremos, não apresenta-se apenas como uma característica singular mas como um aspecto geral e regular, como certamente qualquer um que tenha tido contato com essa clínica já deve ter experimentado.

Henry Krystal (1997) apresenta-nos com bastante clareza esta cisão da perspectiva do paciente drogadito, deixando-nos um caminho precioso para compreendermos a cisão na equipe não apenas como uma forma de reação contratransferencial, mas propriamente como uma necessidade transferencial do paciente. Partindo de seus estudos sobre a importância do trabalho em equipe para o sucesso do empenho clínico com estes pacientes o autor nos diz:

Tem sido minha observação que quando pacientes altamente ambivalentes têm à sua disposição uma equipe clínica eles irão usá-la com o propósito de cindir suas transferências. Dessa forma eles experimentam sua raiva e destrutividade com um membro da equipe enquanto preservam uma relação amorosa básica com outro, preferencialmente o terapeuta chefe.<sup>29</sup> (Krystal, 1997 p. 113)

A cisão descrita pelo autor pode ser facilmente compreendida em termos de difração transferencial, mas neste caso ganha ainda um aspecto absolutamente necessário para a estabilização de uma aliança terapêutica inicial. Krystal (1997) discute que nas terapias individuais esta relação inicial frequentemente fracassa uma vez que a ambivalência massiva provocada pela aparição de um objeto terapêutico bom faz gerar os sentimentos de medo de perda, inveja e ódio

---

<sup>29</sup> It has been my observation that when highly ambivalent patients have a therapeutic team available they will use it for the purpose of ‘splitting’ of their transferences. In this way they experience their angry and destructive wishes toward one member of the team while presenting a basically loving relationship toward another, preferably the chief therapist. (Krystal, 1997 p. 113 tradução nossa)

que, “(...) em função da prevalência dos pensamentos mágicos, fortificados pelo desejo de poderes sobrenaturais, e em harmonia com a representação grandiosa do self (...)”<sup>30</sup> (Krystal, 1997 p. 112) fazem com que os pacientes se tornem aterrorizados de que possam vir a destruir seus terapeutas.

A presença da equipe e a possibilidade de cindir estas mobilizações em diferentes terapeutas permite, dessa forma, que se estabilize uma relação inicial positiva com o terapeuta, e neste ponto eu incluiria também a instituição, tendo assim uma função clínica primordial.

Fica mais fácil desta maneira compreender a divisão que se reproduziria na equipe, via homologia, destas imagos tiranas e imagos devotadas, que seriam paralelas “(...) à mãe idealizada cujo amor e admiração os pacientes clamam por (...)”<sup>31</sup> (Krystal, 1997 p. 113) ou “ (...) à imagem parental rejeitadora e condenatória, a quem o paciente teme e odeia (...)”<sup>32</sup> (Krystal, 1997 p. 113), havendo ainda espaço para as figuras sedutoras e intrusivas de suas relações objetais.

Este fenômeno de cisão na equipe seria também, neste sentido, um efeito próprio de uma comunicação transferencial do paciente, e teria não apenas a função de duplicação na equipe clínica, em busca de poder simbolizar suas cisões, mas anteriormente uma função de estabilização do vínculo terapêutico positivo, necessário para que um pedido de socorro possa ser efetuado e sustentado.

Se dizíamos, apoiado na contribuição de Winnicott, que o ódio do terapeuta deve ser preservado em um lugar a parte para que um trabalho de regressão na transferência possa se colocar em curso, o que vemos aqui é que essa necessidade não se dá apenas do lado do terapeuta, mas também do lado do paciente, que, assim como o terapeuta, pode se utilizar da equipe como um depositário destes afetos amedrontadores que serão imediatamente suscitados uma vez que um vínculo positivo se apresentar.

Este fenômeno parece atingir-nos de forma tão profunda que algo destas divisões aparenta transbordar nossos enquadres institucionais e atingir até mesmo nossas instâncias produtoras de conhecimento. Basta ver o histórico de rompimentos das associações acadêmicas que se debruçam sobre essa temática, e o efeito de completa fratura de grupo no eterno debate entre os

---

<sup>30</sup> “(...) because of the prevalence of magical thinking, fortified by the wish for magical powers, and in harmony with a grandiose self representation” (Krystal, 1997 p. 112 tradução nossa)

<sup>31</sup> “as the idealized mother whose love and admiration the patient yearns for” (Krystal, 1997 p. 113 tradução nossa)

<sup>32</sup> “a rejecting, condemning parental image whom the patient dreads, and hates.” (Krystal, 1997 p. 113 tradução nossa)

defensores da redução de danos, muitas vezes associados a estas figuras complacentes, e os defensores da abstinência, muitas vezes enxergados em suas formas tirânicas e repressoras.<sup>33</sup>

É curioso que mesmo em equipes que supostamente trabalhariam num mesmo polo ideológico acabamos por nos encontrar com as mesmas problemáticas, dividindo-se a impressão de quem seriam os excessivamente tirânicos e os excessivamente complacentes, instaurando-se climas persecutórios entre estas figuras.

De uma forma ou de outra é um horizonte de possibilidade que as equipes fracassem no reconhecimento e contenção destas cisões internas. Neste fracasso as instâncias intermediárias acabam por repetir a falência ambiental, não suportando a destrutividade introjetada pelo paciente, desarticulando a equipe cuidadora e o cuidado em si.

Retomando mais uma vez nosso caso clínico inicial vemos como esta cisão pode mesmo chegar a ganhar uma dimensão paranoica que atravessa também a relação intertransferencial. Se dizemos que esta cisão pode se dar por uma necessidade do paciente de preservar um objeto bom no vínculo com o terapeuta não poderíamos pensar que o terapeuta seja também convocado a esta proteção, relançando uma cisão desta ordem no contato com a própria equipe? Em nosso caso vemos em diversos momentos o quanto o contato com a equipe, do lado do terapeuta, passa a ser atravessado destas mesmas características, ganhando um traço paranoico e um receio de invasão que levaram o terapeuta a guardar segredos de suas intervenções. Ao invés da confiança em ser apoiado/resgatado por seus pares o que se apresentava mais claramente na transferência com a equipe era o medo de ser invadido.

O que estas proposições nos trazem é que o caminho de contenção destas rupturas se fará necessária a toda e qualquer equipe, por mais unida e sintônica que seja, por se tratar de uma necessidade defensiva do paciente de preservar os aspectos bons de sua realidade psíquica. A tarefa da equipe será, neste sentido, poder receber estas cisões, possivelmente até repetindo-as em seu interior, para posteriormente reagrupar estes elementos transferenciais. Neste sentido se Winnicott (2000b) dizia ser necessário suportar o ódio na contratransferência, propomos aqui ser necessário suportar esse ódio em equipe, guardando-o em um lugar seguro para que possa vir a ser alvo de elaboração em um momento oportuno.

---

<sup>33</sup> Não queremos com isso dizer que o debate é de pouca importância e que as diferenças entre ambas abordagens não sejam significativas. De nossa parte basta dizer que acreditamos que não seja possível praticar uma escuta clínica balizada por uma ética psicanalítica que não orientada pela lógica da redução de danos, no sentido de poder escutar o sujeito e não a droga, e de não impor uma única meta clínica a priori, podendo encontrar-criar o desejo singular no encontro com o usuário.

Neste segundo momento destacamos a necessidade de não ceder à tentação fálica de disputa, para poder trabalhar junto ao paciente suas próprias cisões e idealizações. Como nos diz Krystal (1997):

As vacilações e mudanças de atitude do paciente em direção aos vários membros do staff pode ser usada para demonstrar seu dilema. Trazer a ambivalência na transferência é o passo crucial no trabalho com estes pacientes, pois uma das grandes forças que empurram os indivíduos em direção à adicção é que eles podem deslocar sua ambivalência para a droga (...) <sup>34</sup> (Krystal, 1997 p.114)

Trata-se neste sentido de transformar um enorme empecilho ao trabalho da equipe no material mais precioso para a compreensão e elucidação, junto ao usuário, de suas ambivalências internas. A possibilidade de ter suas ambivalências representadas no aqui e agora da relação com a equipe clínica seria um fator que favoreceria o distanciamento da substância, antes o objeto investido para encenar seus dilemas fundamentais.

A referencia à função de reagrupamento das dissonâncias transferenciais na equipe é explícita no trabalho de Krystal (1997), que descreve ainda uma dinâmica que muito nos lembra a função figurativa da equipe estabelecendo paralelo com a noção de script proposta por Pinel (2019). Ao falar sobre a necessidade de reagrupar estas transferências o autor deixa claro que não se tratará simplesmente de reconhecer diferentes personagens estáveis, mas de acompanhar um jogo complexo de deslocamentos sem fim nos quais estes personagens serão sempre realocados e reinvestidos, gerando uma imagem (“*picture*”) bastante complexa.

No entanto, frequentemente as transferências atuadas com os vários profissionais clínicos se perdem do processo terapêutico a não ser que seja feito um esforço especial para “reagrupa-las”. Se todos da equipe puderem se reportar ao terapeuta chefe a respeito de cada contato e comunicação com o paciente a *imagem* da natureza da transferência do paciente pode ser colocada junto. Será descoberto que o paciente não está experimentando uma simples divisão da transferência entre uma relação amorosa e outra de ódio. *A imagem será bem complexa* (itálico nosso), e mudará rapidamente. (...) Quando o paciente sente-se frustrado pelo terapeuta chefe, e necessita de experimentar sua raiva em direção a ele, instantaneamente ele irá experimentar um dos outros membros da equipe como um cuidador idealizado <sup>35</sup> (Krystal, 1997 p. 113)

---

<sup>34</sup> The patient’s vacillations and changes in attitudes toward the various staff members can be used to demonstrate his dilemma. Bringing in the ambivalence in the transference is the crucial step in working with such patients, because one of the major forces which propel individuals toward addiction is that they can displace their ambivalence toward the drug (...) (Krystal, 1997 p.114 tradução nossa)

<sup>35</sup> However, most of the time the transferences acted out with various clinic employees are lost from the therapeutic process unless a special effort is made to “gather” them. If everyone in the clinic reports to the chief therapist about every contact and communication with the patient, the *picture* of the nature of the patient’s transference may then be put together. It will be found that the patient is not experiencing a simple splitting of the transference into one love and one hate relation. *The picture will be quite complex*, and quickly changing. (...) When the patient feels frustrated by the chief therapist, and needs to experience

Estas posições podem, e num certo sentido devem, poder circular entre os diversos membros da equipe, que podem se fazer valer desta qualidade de relação convocada pelo paciente para poder pôr em movimento todo o jogo de negociações que se farão necessários ao cuidado destes pacientes, como nos lembra Olievenstein, como em uma verdadeira “manobra de guerra” convocando constantemente aliados e reconhecendo os inimigos para poder reencenar sua desordem interna, “é preciso vencer o obstáculo, contornar a resistência, seduzir, confortar, matraquear, fazer mal, partilhar, rejeitar, zombar” (Olievenstein, 1898 p. 21). A multiplicidade dos objetos transferenciais próprios às instituições favorecem, neste sentido, esta polivalência de comunicações e experiências.

Entendemos dessa forma ser necessário que a equipe seja capaz de acolher em seu conjunto intersubjetivo as ressonâncias das figuras idealizadas e destrutivas de seus pacientes, dispondo-se ao risco de duplica-las em seu próprio interior, mas sobrevivendo aos efeitos desta cisão, por meio de seus apoios mútuos e emprestando-se à transferência da transferência, para poder então transformar estes elementos psíquicos brutos em algo simbolizável e de possível utilização para si e para o paciente.

#### **5.4. Condições do sonhar compartilhado e retomada da plasticidade psíquica.**

“Logo no início da reunião os profissionais demonstraram estar preocupados com a minha segurança, valorizando minha dedicação ao cuidado de Maurício mas oferecendo-se para cuidar dos atravessamentos e marcas que aquele episódio havia de ter me provocado, ouvindo todo o meu relato sem interrupções e julgamentos. Demonstraram uma atitude acolhedora bastante distante da atitude costumeiramente persecutória e combativa que eu guardava com a equipe.”

(Trecho de relato de caso p. 32)

Passamos agora a pensar em que condições uma equipe pode se dispor a este tipo de operação, e assim nos encontramos com o trabalho de Luciana Lafraia (2019) sobre as condições do sonhar compartilhado em equipe, que nos propõe que é sonhando sua própria experiência que a equipe irá poder *sonhar os sonhos não sonhados* de seus pacientes e restituir a capacidade onírica em pane dos mesmos.

---

his rage toward him, instantly he will experience one of the other members of the team as an idealized parent. (Krystal, 1997 p. 113 tradução nossa)

Apoiada em Thomas Ogden, Bion e Winnicott, Lafraia (2019) toma o espaço onírico como paradigma dos processos de simbolização, em termos de um “constante trabalho inconsciente de transformação e dotação de sentido à experiência” (Lafraia, 2019 p. 70), que tem em seu processo primário a figuração e a representação em imagem. A autora propõe então pensar nas formas de sofrimento contemporâneas que colocam em pane esta capacidade, colocando o campo intersubjetivo como espaço potencial para o reencontro com essa aptidão a partir da função sonhante do outro e do aparelho psíquico grupal. Na concepção de Lafraia (2019) a equipe teria de, dentre suas funções, metabolizar as experiências de seu espaço intersubjetivo, a partir de sua capacidade onírica comum e partilhada, para então relançar a capacidade de simbolização tanto dos profissionais que a compõe, em constante processo de homologia, quanto de seus pacientes.

O trabalho onírico inconsciente da equipe poderia operar sobre a parte não-sonho da experiência do grupo alguma transformação que a ligaria a representações e associaria a imagens. Esse trabalho intersubjetivo começaria a dar figurabilidade à experiência. Se possível, a metabolização continuaria por produzir alguma modalidade de narrativa compartilhável. Desta forma, com o auxílio de uma estação intermediária (aparelho psíquico grupal, espaço onírico comum e compartilhado), a equipe poderia transformar a vivência não-sonho em (cena de) sonho, para restaurar e relançar a capacidade de sonhar dos profissionais e usuários. (Lafraia, 2019 p. 127)

Vemos como a autora dá voz à concepção da equipe instituída enquanto uma instância intermediária, que pode vir a cumprir uma função de restauração dos espaços pré-conscientes em pane, tanto do paciente, quanto da própria equipe, relançando a capacidade de simbolização.

Retomando nossa problemática inicial o que estes diferentes autores parecem nos oferecer é um caminho de retomada em equipe do que Lancetti chamou de *plasticidade psíquica*, pensando nas condições que nos permitiriam manter-nos “plásticos”, e resistir à necessária intoxicação do contato com as zonas inflexíveis do psiquismo, aonde esta capacidade teria sido perdida. Felizmente o trabalho de Lafraia (2019) visa responder justamente a essa questão enumerando algumas condições fundamentais para que se estabeleça e sustente este espaço onírico das e nas equipes.

Em primeiro lugar, diz Lafraia (2019), é necessário que os enquadres institucionais sejam suficientemente maleáveis e firmes, oferecendo condições tanto para a sustentação e continência quanto para as funções de diferenciação e delimitação.

Suficientemente firme para operar necessárias diferenciações e limites, protegendo a equipe dos movimentos de indiscriminação, de ataque ou de invasão oriundos de seus integrantes, da própria tarefa, da instituição, de outras partes da instituição, de outras instituições com que se relaciona ou do grupo social do qual faz parte. Suficientemente maleável para proporcionar contorno e barreira, sem perder a elasticidade necessária ao acolhimento das experiências dos “confins” da humanidade (expressão de Gaillard, 2014) que compõem o cotidiano dessas equipes, sem perder a possibilidade de conter os fenômenos de homologia funcional (Pinel) constitutivos da clínica institucional. Suficientemente maleável, assim, para se inflar, desinflar ou remodelar ao ritmo da necessidade das experiências a serem contidas e trabalhadas. (Lafraia, 2019 p. 123)

Os enquadres, quando suficientemente maleáveis, poderiam assim não apenas servir de suporte para os processos de simbolização mas também de continência, tanto em seu sentido de amparo psíquico quanto em seu sentido de estabelecer fronteiras, muitas vezes inaugurais em determinadas configurações adictivas.

Nestas condições de enquadre surgiria outra das condições que a autora considera como necessária para a sustentação do sonhar compartilhado em equipe:

Trata-se do que optamos por chamar de *terceiro dentro* e que compreende a instauração no interior do espaço comum e partilhado da equipe de lugar disponível para o negativo, a falta, o não-saber, a diferença, a ambivalência, o paradoxo, a complexidade, a conflituosidade. Remete a um espaço livre, que permite movimento e reverberação, e onde pode caber e ser tolerado um tanto do que é informe e indeterminado. Está em estreita relação com a qualidade das membranas que mantêm as necessárias distâncias e diferenciações internas e com aquela que envolve o espaço psíquico comum e compartilhado. (Lafraia, 2019 p. 124)

Ora, se estamos dizendo que uma das características dos vínculos adictivos é a voracidade e a urgência imperiosa por objetos totalizantes, impondo alternância entre posições de onipotência e posições suplicantes, podemos dizer que, via processos de homologia, a possibilidade de surgimento desta qualidade de negativo apontado pela autora fica evidentemente prejudicada.

Destacamos que conflituosidade aqui diz mais respeito à capacidade do sujeito de poder tolerar e compor com o jogo das polaridades pulsionais, marcas identificatórias, diferenças e conflitos do campo interpessoal do que a disposição ao simples embate, que pode estar a serviço mais de uma função de descarga do que de encenação e representação de um conjunto de experiências e comunicações diversas. Cabe sublinhar que o que Lafraia nos aponta, no fundo, diz respeito mais à função da negatividade do enquadramento, daquilo que deve também ficar de

fora para que o Eu não seja invadido, e para que apareça um vazio que possibilita a criação e introjeção de algo novo.

Assim como nos diz Ogden (2003), ao refletir sobre as condições para a criação de um ambiente analítico propício ao devaneio, e em desobediência à regra fundamental da técnica analítica de Freud, “é tão importante para o paciente saber que tem liberdade para permanecer silencioso quanto saber que é livre para falar.” (Ogden, 2003 p. 168) Esta proposição parece-nos fundamental também para o trabalho de elaboração das experiências intersubjetivas em equipe. É certo que este trabalho deve poder operar sobre os pactos denegativos da equipe e sobre os conflitos e alianças inconscientes que possam estar em ressonância com os aspectos colocados em cena pelos pacientes, mas nem tudo deve ser dito, e em oposição, é importante que alguns interditos fundamentais possam existir para que se constitua condições de confiança, em que o sonhar compartilhado em equipe possa florescer, ou como diz Lafraia (2019) “Em um universo de medo, insegurança e ameaça, não se pode sonhar.” (p. 74).

Esta última condição colocada, novamente, parece bastante desafiadora levando-se em consideração o tipo de convocação transferencial que os pacientes drogaditos nos fazem. Restaurar na equipe um espaço que contenha os limites e medos, inseguranças e ameaças que certamente surgirão em seu interior pela necessidade de nossos pacientes parece ser um primeiro e fundamental passo para que algo de uma experiência de simbolização possa se colocar em movimento. A intensidade e imediatismo do agir adictivo passa longe da possibilidade de um sonhar compartilhado, e sem a instauração de um outro ritmo de interação dificilmente poderá surgir também do lado das equipes.

Lembramos aqui, assim como a autora, que a confiança oriunda de um ambiente suficientemente bom em garantir as experiências de não-invasão e continuidade nos estados iniciais de não-integração (Winnicott, 1975), é que serão a fonte criadora e sustentadora da capacidade de fruição nas zonas intermediárias, aonde a experiência do viver criativo pode ser experimentada, e aonde poderá se dar o sonhar compartilhado. Ora, se a ausência ou a perda desta experiência é o ponto primeiro das dinâmicas adictivas podemos supor que a reconquista constante deste lugar parece ser o desafio cotidiano das equipes que trabalharão com esta população, que terão esta experiência colocada a prova tão logo e sempre que a conquistarem, para permanecerem abertas aos não-sonhos que precisam ser novamente conquistados ou aos sonhos que precisam ser re-sonhados, utilizando-nos da linguagem da autora.

Por último Lafraia (2019) introduz um outro aspecto que nos parece de igual importância: “a confiança nas *instâncias ou figuras institucionais* que cumprem o papel de *avalistas dos enquadres*, garantidores simbólicos.” (p. 126)

(...) pois para se deixarem entrar menos desarmados na experiência grupal da equipe, para serem capazes de compartilhar e utilizar suas próprias fragilidades, desorganizações ou loucuras mobilizadas (também) pelo processo grupal e institucional, os profissionais precisam confiar que, em caso de excessos e desvios, alguém estará pronto a segurar as pontas e restabelecer as diferenciações organizadoras. (...) Parece-nos, portanto, que a confiança é um termo essencial: confiança no enquadre, nos vínculos, naquele que está em posição de responder pela instituição, no grupo etc. Pinel (2010) sugere que a consistência dos vínculos de confiança da equipe relaciona-se diretamente, entre outros fatores, à qualidade (fecundidade) dos dispositivos de elaboração coletiva com os quais conta. (Lafraia, 2019 p. 126)

Se nas drogadições a confrontação aos interditos, por meio das sucessivas passagens ao ato, surgem como maneira de reproduzir uma sensação dissociada de onipotência, é de se esperar que, via processos de homologia, “pequenas delinquências” adentrem também os espaços interiores das equipes, e neste sentido as figuras institucionais dos avalistas do enquadre poderão operar na demarcação da linha civilizatória final, na qual a equipe poderá restituir seus limites diferenciadores, recolocando zonas seguros e reinvestindo simbolicamente os membros do staff.

Novamente nosso caso clínico inicial vem a calhar. No relato fica bem demonstrado como essa dimensão das “pequenas delinquências” vem a invadir em diversos pontos o campo de trabalho, tanto no contato com o paciente quanto no contato com a equipe, trazendo interações que beiram e às vezes trespassam os limites do permitido, vide por um lado a situação de recaída vivenciada com o paciente e por outro os segredos e transbordamentos “proibidos” vivenciados nos espaços intersticiais relatados no caso.

Quando no entanto essas condições encontram-se cumpridas, diz Lafraia, é possível surgir aquilo que Gaillard e Kaës chamam de *prazer de pensar junto* “como a possibilidade de erotização do lidar em grupo com o aumento da tensão, com as disrupções e com os esgarçamentos. Apoiados nessa ideia, pensamos no prazer de sonhar junto.” (Lafraia, 2019 p. 127) Este prazer pode surgir desta forma como um indicativo de saúde dos processos institucionais no qual esta difícil laboração intersubjetiva pode ser vivenciada também como um jogo, ou como sugeriria Winnicott (1975), na sobreposição das áreas do brincar dos pacientes e profissionais da equipe.

Lembrando que prazer é diferente de *êxtase*, há de se preservar os espaços do negativo como já colocado. Um bocado de moderação e a capacidade de se ligar e desligar com a tarefa é sempre bem vinda.

Esse processo também supõe experimentar um vínculo grupal que autoriza um repouso (suficientemente) confiante, onde é possível se livrar; um vínculo no qual todos são capazes de brincar com o caos dos afetos que os machucam (corporal e psiquicamente), e de tender em um grupo ao reconhecimento e à transformação deles.<sup>36</sup> (Gaillard, 2008 p. 119)

A referencia à palavra brincar/jogar (*jouer*) aqui não é a toa e deve por nós ser lembrada e posta em destaque, também para lembrar-nos do saldo que pode nos esperar quando podemos experimentar a segurança nessas ligações. Neste ponto todos nós já devemos ter experimentado algum momento de nossos trabalhos em que vimos uma atmosfera dessa ordem instalar-se entre colegas, e dos múltiplos ganhos que uma experiência desta ordem pode proporcionar a nós, enquanto profissionais e sujeitos, e àqueles de quem cuidamos.

Se Kaës (2017) nos lembra que o trabalho psíquico da intersubjetividade concerne às condições nas quais nos constituímos enquanto sujeitos do inconsciente, penso ser importante trazer aqui que é no complexo jogo das ligações entre equipe e pacientes que extraímos também nossas identificações enquanto profissionais, que as colocamos em cheque, as confirmamos ou refutamos, e assim nos tornamos os terapeutas que somos.

---

<sup>36</sup> Ce processus suppose également d'expérimenter un lien grupal qui autorise un repos (suffisamment) confiant, où il soit possible de se défaire ; un lien où chacun soit à même de jouer le chaos des affects qui le malmènent (corporellement et psychiquement), et de tendre en groupe à leur reconnaissance et à leur transformation. (Gaillard, 2008 p. 119 tradução nossa)

## 6. Conclusão

Iniciamos este trabalho com a apresentação de uma situação clínica paradigmática que delimitou um campo de interrogação acerca das transferências que atravessam a equipe de trabalho na clínica institucional das drogadições. Este campo de interrogações orientou o pesquisador em torno da compreensão de 1. Um estatuto psicanalítico para a problemática das drogadições. 2. Modulações transferenciais que decorrem deste estatuto, e 3. Os efeitos nas transferências internas da equipe de trabalho que estas modulações transferenciais sugerem.

De início, sendo assim, demonstramos a diversidade de formas e estruturas nas quais a problemática das drogadições pode vir a se apresentar, em especial em sua proximidade com a clínica das perversões, com as patologias do agir e mais genericamente com as psicopatologias limites, bem como apresentamos alguns traços regulares que nos permitiriam enxergar uma unidade na diferença. A partir desta unidade pudemos definir as adições como uma ação de caráter impulsivo e irrefreável que se constitui em uma inversão dos polos da relação sujeito-objeto, implicando em uma coisificação das relações objetais e em uma falha progressiva das cadeias representacionais (Gurfinkel, 2011).

Destacamos o estatuto do sujeito e do objeto nas relações adictivas em relação a problemática das falhas nas relações objetais primárias e seus diversos impactos nas instâncias psíquicas (Gurfinkel, 2011), em especial na constituição de suas fronteiras e nas instâncias de apoio interior (Mayer, 2000), que prejudicam a possibilidade de fruição nos fenômenos da transicionalidade e marcam uma degradação do campo relacional, em paralelo a uma falência das instâncias intermediárias em voga na contemporaneidade (Kaës, 2003).

Apresentamos também o estatuto do objeto nas relações adictivas que encontra-se interrompido em seu sentido transitório (McDougall, 2001), impossível de ser interiorizado pois sobre a base de uma dissociação, investido maciçamente da esperança de cura frente a estados psíquicos ameaçadores, esvaziando-se de seu sentido simbólico e expressivo e tornando-se um fim em si mesmo (Gurfinkel, 2011), tanto em seu sentido de meta quanto de destruição (Mayer, 2001). O investimento e o investido ganham assim toda a marca de uma gangorra ambivalente entre salvação e destruição, onipotência e impotência, e as sucessivas passagens ao ato que buscam imperiosamente e a qualquer custo o encontro com o objeto-Coisa terminam por

aprofundar a quebra das redes vinculares mergulhando o sujeito em uma crise permanente e progressiva.

Passamos então a pensar de que maneira este quadro apresenta-se nas modulações transferenciais desta clínica, marcando o lugar que o psicanalista é convocado a ocupar nesta relação e os sentidos possíveis de um fazer clínico frente a esta problemática, e assim encontramos-nos com a proposta conceitual de uma *adição de transferência*.

Falamos assim da experiência de encontro extasiante com o terapeuta na relação transferencial (Olievenstein, 1989), marcando a importância do analista poder ocupar inicialmente o lugar quase fundido antes ocupado pela substância, enquanto alívio da dor psíquica, colocando em cheque o lugar de duo perfeito com a substância. Falamos também do jogo de progressivas manobras e manipulações, de ambos os lados da relação, que devem se seguir a este encontro inicial na busca de um caminho de separação e autonomia. Este jogo de inter-atuações permitiram-nos pensar esta clínica como uma clínica das intensidades (Olievenstein, 1989), antes de uma clínica das representações.

Apoiamo-nos em Garzoli (1996) e Gurfinkel (2011) para demonstrar a coisificação do paciente e do analista, oriundo dessa forma de encontro, operado a partir de uma marca manipulatória profundamente sintônica, que buscar ter e manter a relação transferencial a disposição do uso adictivo, fusionada e sob controle, evitando o surgimento da alteridade. Esta modalidade de uso transferencial implica em reeditar a ambivalência objetal com o analista. Colocamos assim a necessidade do terapeuta reconhecer-se neste lugar, compreendendo as marcas de sua *adição de contratransferência* (Garzoli 1996), para poder simbolizá-la e torna-la progressivamente alvo de suas interpretações e intervenções, possibilitando o encaminhamento da relação de uma dependência inicial reeditada na transferência para uma autonomia parcial.

Neste caminho que enfoca a experiência de dependência na transferência retomamos brevemente a proposição da regressão em Winnicott (2000b), lembrada por nós através de Gurfinkel (2011), e de sua importância fundamental no trabalho com os pacientes de constituição narcísica pouco integrada, especialmente quanto à necessidade de tolerar o ódio na contratransferência.

Gurfinkel (2011) define assim genericamente a adição de transferência nos seguintes termos:

Ora, este conjunto de aspectos se faz presente, em maior ou menor grau, na transferência de pacientes adictos, pois nela observamos a coisificação e degradação da qualidade da relação

objetal, a busca voraz por gratificação, a urgência imperiosa e a necessidade inadiável do objeto-coisa, o empobrecimento geral da atividade simbolizante, dos meios expressivos e da qualidade da comunicação intersubjetiva, a repetição compulsiva, a alternância entre uma posição onipotente-maniaca e uma posição suplicante por substâncias alimentadoras, a adesividade do vínculo e, ainda, de modo característico uma convite para uma “viagem especial” e a proposta de um pacto com um mundo paralelo, que regularmente a acompanha. (Gurfinkel, 2011 p. 446)

Todas essas observações, quando pensadas à luz da multiplicação dos objetos transferenciais internos aos processos institucionais, permitiram-nos lançar a hipótese teórica de uma *adição de intertransferência*, como efeito da adição de transferência no entrecruzamento de transferências internas à equipe de trabalho na clínica institucional das drogadições.

### **6.1. Contratransferência da equipe na clínica AD ou a adição de intertransferência.**

Apresentamos assim nossa hipótese teórica de uma adição de intertransferência, que corresponde aos efeitos na equipe instituída das modulações transferenciais na clínica das drogadições.

Nossa hipótese pôde ser formulada a partir da observação dos fenômenos de difração transferencial, próprios aos contextos institucionais que possibilitam a multiplicação dos objetos transferenciais, e da proposição da intertransferência e análise intertransferencial, como um campo de imbricação das transferências e correlata análise dos mesmos (Kaës, 2004). Apoiados nesse conceito podemos pensar as transferências internas das equipes enquanto comunicações inconscientes correlacionadas aos materiais psíquicos do grupo atendido. Este fenômeno se oferece simultaneamente como resistência ao trabalho de elaboração das equipes de trabalho e como matéria prima principal dos elementos psíquicos não elaborados transferidos pelos pacientes atendidos, desde que alvo de elaboração das equipes.

Apoiamo-nos também nas noções de homologia funcional e patológica (Pinel 1989, 2019), a partir das quais observa-se o sofrimento que se aloja nas equipes instituídas como análogos aos de seus pacientes atendidos, por meio de uma introjeção e reprodução dos mesmos mecanismos de defesa, afetando os atos, pensamentos, fantasias e formas de relação das equipes e adquirindo assim a própria estrutura da patologia do sujeito.

Com base nestas noções, e frente ao material clínico por nós apresentado, passamos a interrogar de que maneira as características que destacamos como elementares das modulações transferenciais das adições podem vir a se alojar nas dinâmicas transferenciais do interior das

equipes. Sugerimos assim alguns efeitos característicos que vemos surgir nas relações intertransferenciais das equipes que trabalham com as problemáticas das drogadições.

Não pretendemos aqui esgotar um mapeamento destes efeitos, e lembramos que o reconhecimento de uma dimensão intertransferencial deve se dar sempre tendo em mente uma qualidade de comunicação a ser interrogada por cada equipe e em cada contexto, mas o reconhecimento de uma unidade na diferença, como nos diz Gurfinkel (2011), pode ser de grande utilidade para o avanço de nossa compreensão sobre o fenômeno assim como para ampliar nossa potencia operativa frente ao mesmo.

Ora, apoiando-nos nos conceito de adição de transferência, intertransferência e homologia funcional pudemos enxergar que as mesmas característica vivenciadas na transferência com os pacientes drogaditos passam a se reproduzir, via projeção cisional, no interior das equipes instituídas que atendem a estes pacientes. Passamos dessa forma a observar que este campo de nós transferenciais, fruto da imbricação das difrações e cisões transferenciais possibilitadas pela cena clínica institucional, passa a ganhar as marcas da coisificação da relação objetual, do empobrecimento geral da atividade simbolizante, dos meios expressivos e da qualidade da comunicação intersubjetiva, da alternância entre posições de onipotência e posições suplicantes, da busca imperiosa e voraz por objetos absolutos, da adesividade às intensidades extasiantes, em paralelo a uma presença paranoide das forças tirânicas, e por fim das ambiguidades marcantes da relação com o objeto adictivo.

Concluimos também que estes efeitos intertransferenciais parecem se apresentar regularmente nas equipes clínicas sobre a forma de uma cisão entre os profissionais, impondo um enorme desafio intersubjetivo, mas de importância fundamental para o início e o avanço do trabalho clínico necessitado por nossos pacientes.

Observamos que frequentemente esta cisão se efetua entre uma parte da equipe que passa a ser enxergada como excessivamente tirânica, e outra parte da equipe que passa a ser enxergada como excessivamente benevolente. Entendemos que esta cisão é a resposta contratransferencial da equipe às cisões efetuadas pelo próprio paciente em sua relação com os profissionais, e correspondem às cisões internas que habitam estes pacientes. Trata-se dessa forma, de uma reprodução na equipe das ambivalências transferidas pelo paciente e difratadas nos múltiplos objetos transferenciais.

Com base no trabalho de Krystal (1997) vimos como essa cisão do paciente surge tanto como defesa à intrusão quanto como estratégia vincular. Permitimo-nos assim pensar que por meio de sua cisão a equipe atende à necessidade do paciente de projetar em uma parte de si as parcelas tirânicas de seu self, preservando e estabilizando com outra parte um vínculo terapêutico bom. O paciente pode assim representar na equipe como um todo suas ambivalências constitutivas, antes atuadas na relação com a substância, sendo um fator de recuperação importante e um material de elaboração fundamental.

Esta cisão da equipe torna-se assim necessária em alguma medida para que a cisão interna dos pacientes possa ser representadas na transferência com a instituição, e para que um vínculo terapêutico bom possa ser continuamente preservado, já que os movimentos de elaboração do percurso clínico tendem a uma reorganização constante destas transferências difratadas e cindidas.

Retomando a indicação de Winnicott (2000b) sobre a necessidade de guardar o ódio na contratransferência no trabalho com os pacientes severamente traumatizados propomos então que a equipe, via cisão, ofereça-se como a depositária desta dimensão negativa da transferência, que encontra-se clivada no vínculo com o terapeuta, possibilitando a sua elaboração em campos e níveis distintos.

Pudemos compreender que esta cisão transferencial apresenta-se também como um efeito da adesividade dos profissionais à experiência de êxtase suscitadas pelo contato terapêutico bom, em paralelo à necessidade de coisificação do par paciente-analista. Se dizemos que a relação transferencial com o analista busca manter o par analítico coisificado e à disposição para o alívio adictivo da dor psíquica, a cisão na equipe de trabalho passa a corresponder à necessidade do terapeuta de permanecer aderido, protegendo-se de partes do vínculo que poderiam ser vivenciadas como intrusivas, expulsando-as e depositando-as na equipe. O excesso de entrega convocado pelo paciente e parcialmente correspondido pelo terapeuta encontram-se profundamente relacionados com este fenômeno.

Em nosso trabalho pudemos observar a passagem por meio da qual o convite a uma “viagem especial” e a ao pacto com o submundo, ambos profundamente característicos e necessários à relação transferencial nas adicções, pode ser bastante “atrapalhado” pela equipe, suscitando reações de raiva e disputa, bem como um clima persecutório que o acompanham. Se

por um lado é necessário embarcar nas viagens dissociativas sugeridas por nossos pacientes por outro é essencial mas profundamente pavoroso ser “acordado” do êxtase por nossos pares.

Neste ponto, observamos outro aspecto marcante dos efeitos transferenciais que adentram as equipes clínicas em nosso campo, a identificação massiva com o objeto droga e a ameaça da sedução exercida pelo mesmo. Ora, novamente esse aspecto surge como decorrência natural da coisificação da relação analítica. Se o terapeuta, e a equipe, devem ocupar inicialmente o lugar que antes ocupava a substância na dinâmica psíquica do paciente, surge o risco de se enxergar excessivamente identificado com a função da droga. A equipe que se enxerga demasiadamente identificada com a substância pode acabar por se sentir uma “droga” de equipe, especialmente ameaçador quanto maior for a sedução exercida pelo objeto. Isso implica dizer que algum grau de disponibilidade e compreensão frente a estes objetos enigmáticos e sedutores será necessário ao caráter do profissional (Lancetti, 2015) de nosso campo.

Vemos dessa forma, a replicação na equipe da gangorra entre a identificação maciça e fascínio com o objeto droga, e o temor reverencial e recusa do mesmo tão característicos das relações adictivas. Surge assim um novo elemento de cisão nas equipes de cuidado, os profissionais drogados e profissionais abstêmios, como um deslocamento do conflito dos profissionais benevolentes e profissionais tirânicos.

Outra marca que sugerimos caminhar junto à cisão da equipe na clínica das drogadições é a paranoia entre as partes e a fissura pela verdade que acompanha a forma de conflitualidade que se estabelece em seu interior.

Assim como nas dinâmicas adictivas o contraponto das viagens dissociativas são as forças tirânicas sempre à espreita, o contraponto à cisão na equipe instituída é um clima paranoico e persecutório, que acompanha a disputa cíclica pelas posições de onipotência e fuga das posições de desvalia semelhantes às vacilações narcísicas vividas por nossos pacientes.

Destacamos o aspecto potencialmente destrutivo que acompanha esta qualidade de vínculo. Mayer (2000) ressalta que na falha em introjetar as figuras de apoio o sujeito drogadito encontra-se frente à frente apenas com a faceta mais sádica do superego em que a pulsão de morte surge como tendência à auto-aniquilação. Sugerimos aqui pensar que a conflitualidade da equipe também pode passar a reproduzir esta marca de aniquilação.

Neste ponto, se Lancetti (2015) sugeria-nos pensar que os impulsos salvacionistas corresponderiam a uma característica da contrafissura nas equipes, ressaltamos aqui que também

os impulsos hetero e auto destrutivos marcam as reações contratransferenciais em nossas instituições e adentram este campo das transferências entre pares. No fundo, na realidade, tratam-se das duas faces da mesma moeda.

Neste cenário em disputa e frente a este clima paranoico, em que se reeditam as vacilações narcísicas e ambivalências objetais de nossos usuários, podemos pensar em um outro aspecto da relação intertransferencial desta clínica que apresenta-se como uma “fissura pela verdade”, que se harmoniza com a busca voraz por objetos absolutos, asseguradores e alimentadores de sentido. Acompanhamos neste ponto a argumentação de Lancetti (2001) que aponta para a pressa em responder das instituições que se debruçam sobre a problemática das drogas, ou ainda como nos dizia le Poulichet (1990) “A toxicomania precipita um saber.”

Assim como nas drogadições o espaço da interrogação e do sonhar é substituído pela certeza do objeto-Coisa, sugerimos pensar que uma defesa possível da equipe frente à ameaça de intrusão, quando diante da cisão ou dos estados psíquicos ameaçadores comunicados por seus pacientes, é o investimento adictivo no saber, seja ele qual for, como forma de se restaurar narcisicamente. O que problematizamos neste trabalho, no entanto, é que esta forma de investimento fissurado acaba por realimentar os ciclos maníacos depressivos e as gangorras ambivalentes que nos demonstram nossos usuários.

Nesta forma de fissura pela verdade fica-se ainda mais distante daquilo que Gaillard e Pinel chamam de “terceiro-dentro”, que, como nos apresenta Lafraia (2019), corresponde à instauração e preservação de um espaço de negatividade interna à equipe, à possibilidade de tolerar e circular o não-saber abrindo espaço para uma função sonhante restauradora dos psiquismos em pane de nossos pacientes. Este espaço do negativo, do não-saber, assim como o espaço da alteridade na relação são aspectos de difícil tolerância nas dinâmicas adictivas, mas antes uma fissura *na* verdade do que uma fissura *pela* verdade!

Por fim um último caráter que sugerimos a se atentar nos efeitos transferenciais das equipes clínicas em nosso campo seria o efeito de todas estas características na formulação de suas alianças inconscientes internas, especialmente de sua coisificação e a degradação do campo relacional que se segue. Vemos aqui uma marca manipulatória, potencialmente perversa, mas profundamente sedutora que passa a adentrar a qualidade dos vínculos que se exercem ali. Em nosso trabalho vimos como a formulação de alianças no interior da equipe podem passar a espelhar as alianças narcísicas adoecedoras que estão na base das relações adictivas.

A busca por permanecerem aderidos e potencialmente intoxicados, também os pares uns com os outros, sem que haja espaços para a diferenciação, quando na base das alianças inconscientes internas das equipes, marcam formas de relação manipulatórias e transgressivas que podem adentrar a qualidade dos vínculos que circulam em nossas instituições.

Assim, ao falarmos de uma adicção de intertransferência ou de uma intertransferência adictiva, apresentamos uma hipótese que interroga a maneira como as características transferenciais já elucidadas no conceito de adicção de transferência passam a se manifestar quando diante de uma cena clínica em que os objetos transferenciais, e os jogos de alianças inconscientes que os sustentam, se multiplicam.

Destacamos aqui em termos gerais os seguintes efeitos:

- Cisão entre profissionais **excessivamente benevolentes** e profissionais **excessivamente tirânicos**, bem como o deslocamento dessa cisão entre profissionais **excessivamente abstêmios** e profissionais **excessivamente drogados**.
- Identificação massiva com o objeto droga, e a gangorra entre o fascínio e a recusa das intensidades que o acompanham.
- Paranoia entre as partes.
- Substituição dos espaços da negatividade interna por um investimento fissurado no saber.
- Coisificação das alianças inconscientes entre profissionais e uma decorrente degradação do campo relacional que se segue.

Como nos lembra Gurfinkel (2011), a proposição de uma adicção de transferência encontra-se ainda em construção, e o trabalho de “reconhecê-las, distingui-las, e circunscrevê-las pode ser de grande utilidade para o amadurecimento das estratégias de trabalho.” (p. 447). Acreditamos que o reconhecimento de uma adicção de intertransferência deve vir muito a contribuir com este intento.

Entendemos ainda que o avanço da discussão das transferências nas adicções enfocando os contextos grupais pode retornar em um segundo momento na melhor compreensão psicanalítica do próprio fenômeno das adicções. A discussão sobre as alianças inconscientes que marcam estas formas de manifestação da transferência nas equipes clínicas, mas que estão na base das relações adictivas, podem por exemplo fazer-nos compreender ainda melhor as

características desta modulação transferencial, e as bases intersubjetivas das adições. Lembrando ainda que Gurfinkel (2011) eleva a adição de transferência a um conceito psicanalítico e preocupa-se em demonstrar como ele nos serve para a compreensão de uma problemática básica de toda e qualquer manifestação transferencial, a dependência na transferência, as formas de apaixonamento transferencial, e todo manejo da técnica que o segue.

## **6.2. Contenção da cisão em equipe, suportar o ódio na intertransferência.**

Passamos assim a apresentar nossa proposta de um manejo das transferências na clínica institucional das drogadições que decorre de nossa sugestão de uma adição de intertransferência.

Apoiando-nos nas diversas contribuições dos autores aqui já trabalhados entendemos que a equipe instituída precisa poder suportar ser parcialmente capturada por estas marcas transferenciais, deixando-se ser objeto de reprodução das ambivalências e cisões, sem que no entanto seja destruída pelas mesmas, guardando a possibilidade para que estas possam ser elaboradas em um momento oportuno.

Ao permitir-se ser parcialmente tocada pelas figuras da destrutividade sem se desmontar por completo a equipe pode se oferecer como molde figurativo (Roussilon, 1995) das ambivalências colocadas em campo por nossos pacientes, permitindo reunir as transferências cindidas e difratadas e remontar os dilemas fundamentais comunicados por meio destas. Parece a nós no entanto, que antes da equipe poder oferecer-se em sua função figurativa é necessário sobreviver ao ataque, o que surge em nosso campo como um desafio suficiente.

Sublinhamos neste ponto o comentário de Pinel (2019) sobre os trabalhos de Stanton e Schwartz ao nos apresentar sua noção de homologia funcional:

Stanton e Schwartz também mostraram que a excitação do paciente se reduzia quando os profissionais podiam discutir longamente sobre seu desacordo e superavam o conflito. Eles sublinharam que os sintomas mais ruidosos cediam sem que fosse necessário transmitir o conteúdo dessas discussões ao paciente envolvido. (p. 10)

Ora, se por uma lado a conceitualização de uma análise intertransferencial parece nos direcionar a um manejo da técnica da equipe frente suas ressonâncias intersubjetivas via interpretação, e por outro a conceitualização de homologia funcional parece nos direcionar a esta operação figurativa, o que destacamos é que a descoberta de Stanton e Schwartz parecem nos empurrar em primeiro lugar para uma função continente da equipe frente à sua conflitualidade.

Entendemos dessa forma, que a equipe deve exercer antes de mais nada uma função de paraexcitação de suas excitações, de poder modular as intensidades afetivas que a adentrarão, acolhendo-as e contendo-as em seu interior e dessa forma aplainando o ataque e a destrutividade colocada em campo por nossos pacientes. É dessa forma que entendemos a proposta sintética de Olievenstein (Olievenstein 1989; Domic, 2019) de que na clínica com drogados é urgente esperar, ou ainda retomando Lafraia (2019) “Em um universo de medo, insegurança e ameaça, não se pode sonhar.” (p. 74).

Não que a equipe deixe de exercer estas outras funções, que corresponderiam ao seu trabalho no campo das representações e pré-representações, que sempre atravessa nosso trabalho em alguma medida, mas concordamos com a proposição de Olievenstein (1989) de que a clínica com toxicômanos é antes de mais nada uma clínica das intensidades, e dessa forma parece-nos que este trabalho de contenção dessas intensidades é o que se destaca no primeiro plano específico de nosso campo de atuação também em relação ao trabalho com as ressonâncias subjetivas da equipe.

Nesta forma particular de homologia funcional, é necessário estar disponível e atento à intensidade que se comunica através da cisão, acolhendo-a como uma necessidade do paciente, mas por outro lado contendo uma parte de sua destrutividade e inserindo uma lacuna necessária para que estas cisões possam ser elaboradas em um segundo momento. A equipe que por sua rigidez não puder ser tocada por essa intensidade dificilmente poderá ligar-se aos seus pacientes mas a equipe que deixar-se invadir por completo por essa comunicação não poderá preservar a coesão necessária, aplainar o ataque ao vínculo, para que um trabalho de elaboração possa se seguir.

Já demonstramos que por meio de sua cisão a equipe pode se oferecer como um receptáculo da destrutividade comunicada pelo paciente e relançada pelo terapeuta. Retomando agora a proposição de Winnicott (2000b), se o autor dizia ser necessário suportar o ódio na contratransferência, propomos aqui ser necessário *suportar o ódio na intertransferência*, ou melhor dizendo, suportar toda sorte de intensidades oriundas das cisões transferenciais postas em cena por nossos pacientes, guardando-as em um lugar seguro para que possam vir a ser alvo de elaboração em um momento oportuno. Mais do que isso, suportar o ódio na intertransferência parece ser a melhor maneira de dar destino ao ódio na contratransferência.

Se for inevitável que ao analista sejam atribuídos sentimentos brutais, é melhor que ele esteja consciente e prevenido, pois lhe será necessário tolerar que o coloquem neste lugar. Acima de

tudo ele não deve negar o ódio que realmente existe dentro de si. O ódio que é legítimo nesse contexto deve ser percebido claramente, e mantido num lugar à parte para ser utilizado numa futura interpretação. (Winnicott, 2000b p.279)

Suportar o ódio na intertransferência significa estar consciente e atento ao ódio que se manifestará do lado do terapeuta em sua relação com a equipe, podendo contê-lo e mantê-lo em um lugar à parte para que possa ser utilizado como material de suas elaborações. Significa antes de mais nada procurar não atuar esse ódio, e poder interrogá-lo sobre seu caráter de comunicação.

Acreditamos que ao suportar o ódio na intertransferência, sobrevivendo ao ataque e às cisões, a equipe pode restaurar a experiência de apoio nas instâncias intermediárias fundamentais para o psiquismo (Kaës, 2003).

Para isso será necessário a constituição de enquadres muito asseguradores, suficientemente maleáveis, como diz Lafraia (2019), que sejam firmes na operação das instâncias diferenciadoras e na demarcação dos limites, protegendo a equipe do excesso de ataque e indiscriminação que a cisão convoca, mantendo a abertura e elasticidade necessária para o acolhimento dos afetos disruptivos que serão o motor de nossa clínica institucional.

Entendemos que os enquadres, quando suficientemente maleáveis, poderiam assim não apenas servir de suporte para os processos de simbolização mas fundamentalmente de continência, tanto em seu sentido de amparo psíquico quanto em seu sentido de estabelecer fronteiras, aproximando-se da *função enquadrante* defendida por Mayer (2000) como a potencia essencial da clínica institucional com pacientes drogaditos.

Para terminar esta dissertação gostaria de conclamar as raízes winnicottianas que tanto me influenciaram neste olhar, trazendo uma citação de Clare Winnicott, do prefácio do livro “Privação e Delinquência”(Winnicott, 1984), um dos primeiros com que me encontrei muito antes deste percurso começar a ser sonhado, que já trazia com toda sua força, sensibilidade e síntese:

[...] a questão prática é como manter um ambiente que seja suficientemente humano, e suficientemente forte, para conter os que prestam assistência e aos destituídos e delinquentes, que precisam desesperadamente de cuidados e de pertencimento, mas fazem o possível para destruí-los quando os encontram. (p.16).

## Referências

Balint, M. (1993). *A falha básica*. Porto Alegre, Artes Médicas.

Bleger, J. (1984) *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre: Artmed.

Brasil. (2003). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. *A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF. Recuperado a partir de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_atencao\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf)

Brasil. (2015). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde mental em dados 12*. Brasília, DF. Recuperado a partir de <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>

Carneiro, H. (2018). *Drogas: a história do proibicionismo*. São Paulo, SP: Autonomia literária.

Castanho, P. C. G. (2015). Sobre o conceito de intertransferência (ou a contribuição de René Kaës para a problemática da contratransferência no trabalho em equipe). *Jornal de psicanálise*., São Paulo, v.48, n.88, pp.111-120. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-58352015000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352015000100009&lng=pt&nrm=iso)>.

Castanho, P. C. G. (2018). *Uma introdução psicanalítica ao trabalho com grupos em instituições*. São Paulo: Linear B Editora.

CFP. (2011). *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas (2 ed.)*. Brasília, DF.

Conte, M. (2001). O luto do objeto nas toxicomanias. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, n.21, p.91-107.

Conte, M. (2004). Psicanálise e redução de danos: articulações possíveis? *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 26, pp.23-33. Recuperado a partir de [file:///C:/Users/rhssso/Downloads/Psican%C3%A1lise+e+Redu%C3%A7%C3%A3o+de+Danos%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/rhssso/Downloads/Psican%C3%A1lise+e+Redu%C3%A7%C3%A3o+de+Danos%20(2).pdf)

Domic, Z. (2019). A casa Marmottan de Paris: Centro médico psicossocial experimental para toxicômanos. In D. Reale & M. S. da Cruz (orgs) *Toxicomania e adicções: a clínica viva de Olievenstein*. (pp 43- 71). Curitiba: Benjamin Editorial.

Fender, W. D. (2018). *Momento de construir: a construção do caso clínico em psicanálise*. (Tese de mestrado). IPUSP, São Paulo, SP.

Freud, S. (1996). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (1919 [1918a]) (pp.173-181). Rio de Janeiro: Imago.

Figueiredo, L. C., Minerbo, M. (2006). Pesquisa em psicanálise: algumas ideias e um exemplo. *Jornal de psicanálise*, São Paulo , v. 39, n. 70, pp. 257-278. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010358352006000100017&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010358352006000100017&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 02 ago. 2018.

Figueiredo, L.C., Tamburrino, G., & Ribeiro, M. (2010). *Bion em nove lições: lendo Transformações*. São Paulo, SP: Escuta.

Filho, A. N. (2019). Claude Olievenstein e sua importância na história do cuidado aos usuários de drogas ilícitas no Brasil. In D. Reale & M. S. da Cruz (orgs) *Toxicomania e adicções: a clínica viva de Olievenstein*. (pp 29- 42). Curitiba: Benjamin Editorial.

Fulgencio, L. (2016). *Por que Winnicott?* São Paulo, SP: Zagodoni.

Gaillard, G. (2008). Liaison de la violence et génération. Une institution aux prises avec le refus de la temporalité. *Cliniques méditerranéennes*, 2008/2, n. 78, pp. 131-150. Recuperado de [www.cairn.info/revue-cliniques-meiterraneennes-2008-2-page-131.htm](http://www.cairn.info/revue-cliniques-meiterraneennes-2008-2-page-131.htm)

Gaillard, G. (2015). Dar um lugar para a morte: os grupos instituídos e a presença destrutiva da pulsão de morte. In C.C. Abud (org.). *A Subjetividade nos Grupos e Instituições: Constituição, mediação e mudança*. (pp. 223–248). Lisboa, Portugal: Chiado Editora.

Garzoli, E. (1996). La adicción de transferencia. Acerca del análisis de una paciente alcoholica. *Psicoanálisis APdeBA*, Buenos Aires, Vol. XVIII n.2.

Gomes, K. V. (2015). *A Dependência Química em Mulheres: figurações de um sintoma partilhado*. (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

Green, A. (2003) Trabalhar na fronteira do sonho. In: Green, A. (org.) *Psicanálise contemporânea* (pp.159-169). Rio de Janeiro: Imago.

Gurfinkel, D. (1996). *A pulsão e seu objeto-droga: estudo psicanalítico sobre a toxicomania*. Petrópolis: Ed. Vozes.

Gurfinkel, D. (2001). *Do Sonho ao Trauma: psicossoma e adicções*. São Paulo: Casa do Psicólogo

Gurfinkel, D., & Sapiientiae, I. S. (2007). Adicções: da perversão da pulsão à patologia dos objetos transicionais. *Psyche*, 11(20), 13-28. Recuperado a partir de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-11382007000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382007000100002)

Gurfinkel, D. (2011). *Adicções: paixão e vício*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Gurfinkel, D. (2017). *Relações de Objeto*. São Paulo, SP: Blucher.

Gurfinkel, D. (2019). 'Formas de toxicomania e manejo clínico'. In D. Reale & M. S. da Cruz (orgs) *Toxicomania e adicções: a clínica viva de Olievenstein*. (pp. 107-123) Curitiba: Benjamin Editorial.

Gurfinkel, D. (2020). A insustentável dependência do ser. *Psychoanalysis Today*. p. 1-4. [http://psychoanalysis.today/pt-PT/PT-Articles/Gurfinkel169952/The-unbearable-\(unsustainable\)-dependence-of-being.aspx](http://psychoanalysis.today/pt-PT/PT-Articles/Gurfinkel169952/The-unbearable-(unsustainable)-dependence-of-being.aspx)

Kaes, R. (2003). O intermediário na abordagem psicanalítica da cultura. *Psicologia USP*, 14(3), pp.15-33.

Kaes, R. (2004). Intertransfert et analyse inter-transférentielle dans le travail psychanalytique conduit par plusieurs psychanalystes. *Filigrane*, 13 (2), pp. 5-15.

Kaes, R. (2017). *O aparelho psíquico grupal*. São Paulo: Ideias & Letras.

Kaes, R. (2014). *As alianças inconscientes*. São Paulo: Ideias & Letras.

Krystal, H. (1997). Self representation and the capacity for self care. In: Yalisove, D.L. (Org.) *Essential papers in psychoanalysis. Essential papers on addiction* (pp.109-146). New York University Press, 1997. (Reprinted from "Annual of Psychoanalysis" 6, 1978, pp. 209-246).

Kupperman, D., Paulo, U. S., & Freudiana, F. (2008). Presença sensível: a experiência da transferência em Freud, Ferenczi e Winnicott. *Jornal de psicanálise*, 41(75), pp. 75-96. Recuperado a partir de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-58352008000200006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352008000200006)

Lafraia, L. M. (2019). *Espaço onírico e trabalho institucional: condições do sonhar*

*compartilhado das equipes em instituições de cuidado*. (Dissertação de mestrado). USP, São Paulo, SP

Lancetti, A. (2015). *Contrafissura e plasticidade psíquica*. São Paulo: HUCITEC.

Le Poulichet, Sylvie. (1990). *Toxicomanías y psicoanálisis – Las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu.

Mayer, H. (2000). El sostén interior: falla e inversión de soportes en las adicciones. *Revista de psicoanálisis*, liv. 11. (pp.14-64). Buenos Aires

Mayer, H. (2001). Passagem ao ato, clínica psicanalítica e contemporaneidade. In: CARDOSO, M. Rezende (org.). *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. Rio de Janeiro: NAU/FAPERJ.

McDougall, J. (2001) *As múltiplas faces de Eros: uma exploração psicanalítica da sexualidade humana*. São Paulo: Martins Fontes.

Nascimento, G.C.G., Oliveira, M. A. F., & Soares, R. H. (no prelo) Psicopatologia dos objetos transicionais: o olhar de Winnicott para a clínica das adicções. *Psicologia em Revista*.

Olievenstein, C. (org.). (1989). *A clínica do toxicômano: a falta da falta*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Olievenstein, C. (1985). *Destino do toxicômano*. São Paulo, SP: ALMED.

Pinel, J.-P. (1989). Les fonctions du cadre dans la prise en charge institutionnelle, *Revue de psychotérapie psychanalytique de groupe*, n. 13, pp. 77-87.

Pinel, J.-P. (2010). Pathologie du processus adolescent et attaques de la groupalité. *Cliniques méditerranéennes*, n.82, pp.287-298.

Pinel, J.-P. (2007). Violences adolescentes en institutions: report de configurations de liens familiaux incorporées. *Dialogue*, n. 176, pp.23-35.

Pinel, J.-P. (2019). Le traitement insitutionnel du processus adolescent: destins de les pathologies du lien et de la présence. Comunicação oral à Jornada Internacional Vínculos Intersubjetivos e Instituições, realizado em São Paulo, pelo Instituto de Psicologia da USP, em 24 de abril de 2019.

Roussillon, R. (1988). Espaços e práticas institucionais. O quarto do despejo e o interstício. In R. Kaës (Org.), *A instituição e as instituições*. (pp. 133-149). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Roussillon, R. (1995). *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*. Paris: PUF.

Safra, G. (2001). Investigação em psicanálise na Universidade. *Psicologia USP*, São Paulo , v. 12, n. 2, pp. 171-175. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642001000200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642001000200014&lng=en&nrm=iso)>.

UNODC. (2017). *World Drug Report*. United Nations publication.

Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. W. (1982). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Winnicott, D. W. (1983). A capacidade para estar só (1958). In *O ambiente e os processo de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (pp. 31-37). Porto Alegre: Artmed.

Winnicott, D. W. (1984). *Privação e Delinqüência*. São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D. W. (2000a). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self (1960). In *Da pediatria à psicanálise obras escolhidas*. (pp. 128-139). Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. W. (2000b). O ódio na contratransferência (1947). In *Da pediatria à psicanálise obras escolhidas*. (pp. 277-287). Rio de Janeiro: Imago.