

## O Analista e a Toxicomania<sup>1</sup>

### **Mariana Benatto Pereira da Silva**

Psicóloga, formada pela Universidade Federal do Paraná. Mestre em Psicologia pela Universidade Paris 7, Denis Diderot (Paris-França) na especialidade Antropologia Psicanalítica e Clínica do Corpo.

End.: R. Deputado Carneiro de Campos, 187. Hugo Langue. Curitiba-PR. CEP: 80040-320.

Email: maribenatto@gmail.com.br

### **Maria Virgínia Filomena Cremasco**

Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Paraná, Doutora em Saúde Mental (Unicamp-2002), Membro da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental.

End.: Praça Santos Andrade, 50, 2º andar, sala 211. Centro Curitiba-PR. CEP: 80060-240.

E-mail: virginiacremasco@ufpr.br

### **Resumo**

*O objetivo do presente trabalho é a realização de uma reflexão sobre a posição ocupada pelo psicanalista no processo de análise de indivíduos toxicômanos. A pesquisa surgiu a partir da dificuldade encontrada em entender a posição demandada por um paciente toxicômano, atendido no CET (Centro de Estudos das Toxicomanias Dr. Claude Olievenstein), da UFPR. Para elucidar as questões*

*construídas a partir do caso recorreu-se a uma revisão de literatura psicanalítica a respeito da posição do analista e do tratamento das toxicomanias. Partiu-se da análise do Mito de Quíron, o Curador Ferido, para se entender a dimensão de “cura” que demanda do analista um lugar de “curador sempre ferido”, uma vez que a idéia presente no mito é a de que Quíron pôde se tornar um exímio curador a partir de sua própria ferida incurável. A ferida de Quíron, utilizada por ele como um recurso para entender o sofrimento dos que curava, foi relacionada ao processo de transferência presente em uma análise. Nesse artigo é elucidado o processo vivenciado pelo analista do ‘deixa-se afetar’ pelo sofrimento alheio como uma possibilidade de vinculação analítica para o toxicômano.*

*Palavras-chave: Clínica psicanalítica. Toxicomania. Analista. Psicanálise. Mitologia.*

## **Abstract**

*The present work aims reflecting on the position held by psychoanalysts when analyzing drug-addicted individuals. This research emerged from the difficulty to understand the position required by a drug-addicted patient, examined by this researcher at the CET (Centro de Estudos das Toxicomanias Dr. Claude Olievenstein [Center of Studies in Drug Addiction Dr. Claude Olievenstein]), at UFPR. To elucidate the questions this case brought up, a revision of the psychoanalytical literature on the position of the analyst and on the treatment of drug addictions was carried out. Based on the analysis of the Myth of Chiron, the Wounded Healer, we try to understand the dimension of “healing” that requires the analyst take the stand of a “forever wounded healer”, since the idea present in the myth is that Chiron was able to become an excellent healer because of his own incurable wound. Chiron’s wound, which he used as a resource to understand the suffering of those he cured, is thus related to the transfer process present in an analysis. In this paper it’s elucidated the process experienced by the analyst of ‘being affected’ by the suffering of the others as a possibility of analytical bounding for the drug-addicted patient.*

*Keywords: Psychoanalytical clinic. Toxicomania. Analyst. Psychoanalysis. Mythology.*

Este relato de experiência derivou do atendimentos realizados no Centro de Estudos das Toxicomanias Dr. Claude Olievenstein (CET) da Universidade Federal do Paraná (Esse centro manteve seu funcionamento até o ano de 2004).

O interesse por uma apreciação a respeito da posição do analista na clínica com pacientes toxicômanos surgiu do contato com uma dificuldade encontrada em compreender como se daria o posicionamento do analista no atendimento realizado com esses pacientes. Deste modo, buscou-se decifrar o lugar ocupado pelos que atendem pacientes toxicômanos .

As dificuldades encontradas no percurso destes atendimentos concernem ao lugar em que o analista é colocado por tais pacientes, sendo levado a lidar com situações diferenciadas, pouco comuns na prática clínica, como serão expostas neste relato.

A discussão a respeito do analista na prática com as toxicomanias se faz pertinente pela grande presença do tema na sociedade atual, como se pode observar em diversos autores como Alberti, Inem e Rangel (2003).

Outro ponto que torna essa discussão relevante é a existência de uma dificuldade de manejo presente nesta clínica. Esta pode ser observada em autores que pesquisam a respeito, como Waks (1997), Nogueira Filho (1999) e Conte (1997). Esse fato se dá, pois entram em jogo, nesses atendimentos, situações pouco usuais na prática analítica, exigindo do analista algumas peculiaridades e certa flexibilização de sua posição. Conte (2003), dá um dos exemplos particulares a essa clínica: “O fato do toxicômano, na maioria das vezes, ser enviado a tratamento porque está em uma situação familiar, social e economicamente difícil, define uma das peculiaridades a ser considerada neste trabalho, que é de oferecer uma escuta na qual ele possa reconhecer-se como quem solicita algo ao analista ou a uma instituição.” (Conte, 1997, p. 34). Essa dificuldade de trabalhar com pacientes, que *a priori*, não se posicionam como sujeitos possuidores de uma demanda, ou seja, para os quais é difícil reconhecer-se como alguém que possui um questionamento em relação a si mesmo, se torna importante para que se abram outras direções de pesquisa, visando o estudo da posição do analista frente a outras clínicas realizadas com pacientes de difícil manejo, indo além da questão da toxicomania em si.

Para possibilitar a discussão contextualizada acima, acerca do lugar do analista na clínica das toxicomanias, o texto se iniciará pela exposição de uma situação clínica muito comum nos atendimentos dos toxicômanos e que metaforicamente se apresentará como parte de um atendimento realizado por uma das autoras, no CET.

Para a ilustração da dificuldade de estabelecimento de demanda por esses sujeitos serão relatados alguns elementos do atendimento de André (nome fictício), em específico os problemas concernentes ao posicionamento do analista e à relação transferencial. Essa exposição tem o intuito de ilustrar um caso de difícil condução que foi encerrado de forma precoce. Torna-se importante enfatizar essas dificuldades e ao mesmo tempo a interrupção do tratamento, uma vez que foram esses elementos os motivadores da busca por alguma compreensão a respeito desse tema. Como dito, trata-se de uma exposição metafórica, ilustrativa de uma experiência de atendimento com toxicômano e as suas dificuldades de estabelecimento do contrato terapêutico. Nesse sentido, os dados relatados sobre o paciente apenas norteiam a compreensão a ser realizada posteriormente, preservando-se assim sua identidade.

## **Surgimento do Problema: as dificuldades no percurso de André**

André possuía no período do atendimento, 30 e poucos anos, e foi encaminhado ao tratamento por indicação judicial, visto que cumpria liberdade condicional. Ele havia permanecido preso durante cinco meses, pela acusação de tráfico de drogas. Um perfil bastante comum nos casos atendidos pelo CET.

André chegou ao atendimento sem falar muito, e ficou surpreso com a frequência semanal do tratamento. Imaginava, anteriormente, que “teria” que comparecer apenas uma vez por mês. Esse caráter de obrigação, de “ter” que comparecer, foi uma das dificuldades iniciais encontradas na trajetória do atendimento, pois se tratava de uma situação um tanto confusa para ele. André não era, literalmente, obrigado a estar em tratamento psicológico, mas sabia que se estivesse, poderia ter uma avaliação mais positiva na revisão de sua liberdade condicional. Portanto, o atendimento era sentido por ele, em determinadas circunstâncias, como uma obrigação. Em suas palavras: “mais uma pena que tenho que cumprir”.

André fazia uso de maconha e “haxixe” em grandes quantidades, e com menor frequência utilizava cocaína. Ele se considerava “normal” quando estava sob o efeito de maconha, uma vez que passava a maior parte de seu tempo assim, e relatava ficar muito nervoso quando se encontrava abstinido. Não raras vezes André relatou estar sob efeito da maconha durante o atendimento. Outras, chegou a parar de falar sobre determinados assuntos que o deixavam nervoso, afirmando que tinha “fumado muito pouco” e que não poderia continuar falando ou iria se exaltar.

Quanto ao andamento do tratamento é importante ressaltar que André era um paciente que faltava demasiadamente, além de também se atrasar algumas vezes. Pode-se dizer que compareceu, aproximadamente, à metade das sessões de seu tratamento. Também houve situações em que André confundiu o horário e compareceu em horários que não eram os seus.

Em sua relação com a analista, mostrava-se muito doce e preocupado em “não dizer besteiras”. Possuía o costume de se despedir pedindo desculpas por qualquer eventual “bobagem” que pudesse ter dito. Contudo, ao mesmo tempo, faltava diversas vezes seguidas sem dar justificativa, o que parecia demonstrar certo descaso pelo tratamento. Também falava diversas vezes que “o meu caso não tem mais jeito”, que ele não ia parar de fumar mesmo e, portanto, não adiantava ficar vindo aos atendimentos toda semana.

Deste modo, pode-se notar que havia no paciente uma posição ambivalente, pois ao mesmo tempo em que valorizava a relação analítica, através de seu discurso: “eu nunca converso assim, com ninguém, nem com a minha mulher, só com você”; também atacava esse vínculo, faltando e desobedecendo as regras do contrato inicial.

Pôde-se notar uma falta de limite simbólico, presente em André, como se isso se constituísse em um pedido de limite concreto, pedido que ele fez à justiça, ao tornar-se contraventor, e à analista, ao faltar seguidamente.

Essas dificuldades levaram, como foi relatado anteriormente, à interrupção do tratamento, uma vez que André desrespeitou sem justificativas, uma das regras institucionais contratadas no início do

atendimento faltando seguidamente. A partir disso surgiram questionamentos que motivaram a busca de alguma compreensão a respeito das possibilidades de posicionamento do analista nessa clínica.

Como analisar, portanto, o posicionamento do analista frente aos impasses do caso relatado? Qual seria o lugar a ser ocupado frente a esse paciente para que se tornasse possível uma escuta na qual ele pudesse se reconhecer como alguém que solicitasse algo ao analista podendo a partir disso assumir um tratamento?

## **O Mito de Quíron, o Curador Ferido**

Os questionamentos apresentados a partir do caso de André levaram-nos a refletir sobre o mito grego de Quíron, o Curador Ferido. Acredita-se que nos mitos estão presentes, como realça Azoubel Neto (1980), condições atuais e atuantes no inconsciente. Assim sendo, espera-se que o leitor possa refletir, a partir do exposto sobre o mito, sua pertinência a propósito do lugar ocupado pelo analista na clínica das toxicomanias.

Quíron ou Chiron, como alguns autores escrevem, era um centauro que, ao contrário do que se esperaria de uma criatura com corpo de cavalo e ombros e cabeça de homem, era sábio e educado. Cabia-lhe a tarefa de educar heróis nas artes da música e da medicina; outros afirmam ainda ser ele caçador e escultor (Grosbeck, 1983). Quíron era um ser diferente, pois além de, como já foi dito, não possuir a natureza selvagem característica aos outros centauros, era também um deus, imortal.

Apesar de ser um deus, Quíron tinha algo muito atípico. Ele fora ferido por Hércules, que o acertou com uma flecha envenenada. No entanto, esse ferimento, não era como qualquer outro que ele próprio podia curar, era uma ferida incurável, para a qual não havia remédio e, portanto, nada se podia fazer para curá-lo. Grosbeck (1983) nos mostra um pouco mais sobre esse aspecto peculiar de Quíron: “O detalhe trágico, no entanto, é que a ferida de Quíron era incurável, de modo que o mundo de Quíron, com suas inesgotáveis possibilidades de cura, era também um mundo de doença eterna”. (Grosbeck, 1991, p. 73).

Esse ferimento é muito significativo, pois foi justamente por ter se tornado portador de um sofrimento crônico que Quíron transformou-se em um exímio curador. Assim sendo, pode-se pensar que o destino de sofredor imortal foi realmente necessário para que Quíron pudesse vir a ser um curador.

Levando-se em conta o destino desse curador ferido e refletindo-se sobre o significado desse seu ferimento, poder-se-ia pensar que teria sido a partir de seu próprio sofrimento, incurável, que Quíron pôde entender a dimensão do sofrimento daqueles que curava?

Considerando-se a história do mito de Quíron e a proposição de se pensar o lugar do analista na clínica psicanalítica das toxicomanias, pode-se considerar importante a perspectiva de cura sugerida pelo mito, uma vez que essa, assim como a psicanálise, reflete a idéia de que “cura” seria mais do que a simples eliminação do sintoma ou da doença. Quíron era um curador eternamente ferido, portanto pode-se entender que ele próprio representaria essa “cura” que nos remete às possibilidades de conviver com as feridas. Downing (1991) nos descreve o que a perspectiva de cura desenvolvida no mito de Quíron representa:

Durante muito tempo, enquanto pensava no curador ferido, tinha de fato em mente a imagem do curador **curado**, o curador que já tinha sido ferido e cujos ferimentos estavam sanados. Quíron representa uma coisa diferente: o curador ainda ferido. Isso sugere uma perspectiva segundo a qual nossos ferimentos não são algo para superarmos, para deixar para trás no caminho, para esconder, mas sim uma parte integral de nós, o que não significa que ser ferido seja sinônimo de uma verdadeira saúde, mas que a aceitação de nossos padecimentos faz parte da verdadeira saúde, assim como a aceitação de que algumas feridas saram enquanto outras não. (Downing,, 1991, p. 237.)

O que poderia representar um Curador eternamente ferido quando se pensa o lugar do analista por intermédio dessa perspectiva?

Antes de refletir a respeito dessa consideração, cabe aqui ressaltar que o fato de se pensar o analista tal qual um Curador

Ferido, não o liberaria de um trabalho voltado para as suas próprias feridas, pois, como ressalta a citação acima, essa posição de curador ainda ferido requer uma elaboração de nossas feridas e padecimentos, ou seja, um trabalho sobre eles. Assim, pode-se aqui observar a importância da análise do próprio analista, à medida que essa implicação no próprio sofrimento se faz essencial.

Ao se retomar a exposição do mito percebe-se que a ferida representa para Quíron, a possibilidade de compreensão do sofrimento daqueles a quem curava. Desse modo pode-se passar à seguinte consideração: de qual possibilidade estar-se-ia falando ao se analisar o posicionamento do analista?

Ao tentar encontrar um caminho que indique essa possibilidade recorrer-se-á à Figueiredo (2003):

[...] há uma condição de possibilidade do psicanalisar – qualquer que seja a modalidade do trabalho clínico em curso – que se configura como uma **contratransferência primordial, um deixar-se colocar diante do sofrimento antes mesmo de saber do que e de quem se trata**. Esta contratransferência primordial corresponde justamente à disponibilidade humana para funcionar como suporte de transferências [...], vindo a ser um **deixar-se afetar e interpelar pelo sofrimento alheio no que tem de desmesurado** e mesmo **incomensurável**, não só **desconhecido** como **incompreensível**. (Figueiredo, 2003, p. 59)

Antes de refletir sobre o que traz Figueiredo (2003), é necessário deixar claro que ela se refere ao termo contratransferência como: “[...] uma dimensão fundamental **do modo do analista colocar-se diante** – ou melhor dizendo, **deixa-se colocar diante** – do analisando e ser por ele afetado.” (Figueiredo, 2003, p. 59). Isso se faz necessário, pois segundo a própria autora; “[...] esse termo também pode levar a um equívoco, o de supor que a posição do analista é apenas da ordem de uma **resposta** e de uma **reação** às transferências de que é efetivamente alvo por parte do analisando” (Figueiredo, 2003, p. 59).

Portanto, pode-se cogitar se seria **essa “disponibilidade humana para funcionar como suporte de transferências”**, ou

seja, o “**deixar-se afetar e interpelar pelo sofrimento alheio no que tem de desmesurado e mesmo incomensurável**”, que se encontraria a ferida do analista. Nesse sentido haveria ao analista uma abertura possível a todos os sofrimentos humanos se ele for capaz de deixar-se afetar por eles mas, como veremos a seguir, sobretudo se dos sofrimentos algum ensinamento advir, como possibilidade de continuar existindo.

Tomando como base essa ponderação, pode-se partir para as considerações a propósito do posicionamento do analista na clínica das toxicomanias.

## Perspectivas Clínicas da Toxicomania

Como se pensar as perspectivas clínicas da toxicomania, tendo como base a importância do que aqui foi denominado de ‘ferida do analista’? Como funcionar de suporte à transferência nessa clínica específica, uma vez que essa é uma condição primordial para o psicanalisar?

Lacan (1960-1961), em seu seminário sobre a transferência, reforça um de seus importantes caracteres ao dizer: “Sempre chamei a atenção de vocês que se deve partir do fato de que a transferência, em última instância, é o automatismo da repetição.” (Lacan, 1960-1/1992, p. 173). Analisando esse aspecto da transferência, como recomenda Lacan, pode-se entender a relevância dessa abertura para suportar a transferência, pois seria por meio desse suporte que se daria o contato com o funcionamento psíquico próprio do paciente, no nosso caso o toxicômano, uma vez que, em transferência, esse funcionamento estaria sendo automaticamente repetido. Gostaríamos de salientar que é essa especificidade da clínica da toxicomania que nos autoriza a nominar esses pacientes como ‘toxicômanos’ – ou seja, a toxicomania nesses pacientes parece estar relacionada a uma modo de operacionalização da vida como um todo desses pacientes, como veremos a seguir

Conte (1997) e Waks (1997) se referem a uma tendência presente no estabelecimento dessa relação transferencial: a de iniciar esse vínculo disputando o lugar subjetivo ocupado pela droga. No entanto, ambos os autores alertam para o fato desse tipo de vínculo ser necessário apenas em uma fase inicial do tratamento, pois permanecer nessa relação dual pode ser prejudicial à evolução do tratamento.

Mas qual o caminho para uma continuidade desse vínculo, sem que o analista permaneça na rivalidade com a droga?

Conte (1997) afirma que essa não é uma tarefa fácil à medida que a entrada de um terceiro na relação dual do toxicômano com a droga seria um processo complexo que se daria vagarosamente. Também Waks (1997) nos informa sobre esse processo:

No começo do vínculo transferencial surge, no paciente, uma espécie de rivalidade interna entre a droga-em-si, a droga-do-analista e o analista-droga. À medida que a transferência ganha potência, a droga-do-analista constitui-se, progressivamente, em analista-droga, gradualmente ocupando o lugar da droga-em-si. O vínculo com o produto perde sua intensidade libidinal, abrindo caminho para o investimento erógeno no vínculo transferencial. (Waks, 1997, p. 59).

Assim sendo, o autor indica o investimento erógeno no vínculo transferencial como um caminho para a entrada do analista, em uma posição outra que não seja a de rival da droga, mas a de possibilitar o estabelecimento do que poderíamos chamar 'relação'. Conte (1997) também descreve como esse investimento na 'relação' transferencial pode ser iniciado:

Mesmo que, inicialmente, o toxicômano não consiga questionar sua subjetividade e demanda ao analista o restabelecimento de um saber-fazer sobre o bom uso da droga (gozo de uma parte do corpo desertada pelo registro simbólico), aos poucos poderá acreditar que o analista tenha algo a dizer sobre seu sofrimento / falência, e passará a supor-lhe um saber, criando assim as condições necessárias para o estabelecimento da transferência. (Conte, 1997, p. 37)

Segundo a autora, portanto, essa suposição de que o analista sabe algo sobre seu sofrimento é o que levaria o toxicômano a estabelecer um vínculo transferencial.

Olivé (1991), também discorre sobre a importância dessa suposição de saber:

Essa fórmula, que foi uma das mais lúcidas descobertas de Lacan, apóia-se na enunciação que define o saber como o determinante da idealização no sujeito, não importando de que saber se trate, nem em que campo se desenvolva. Dito de outro modo, no lugar onde o sujeito reconhece um saber, ele responde idealizando. Isso que é da ordem geral, dentro do campo específico da psicanálise se define como efeito da transferência. (Olivé, 1991, p. 152).

Deste modo, compreende-se que é essa idealização presente na suposição do saber o que torna a vinculação transferencial possível – ou seja, a possibilidade da entrada do terceiro na relação ‘nirvânica’ do toxicômano com a droga que, utilizando-nos do modelo edípico, ao mesmo tempo em que ‘atrapalha’ representa também alguma possibilidade de ‘salvação’, numa abertura para a subjetivação (do toxicômano) por intermédio da identificação (com o analista).

Mas qual seria a função desse depósito de algum saber realizado pelo analisando, no analista? Brandão (2003) expõe: “Por fim (...) compreendemos que a experiência analítica ocorre na transferência, pela via da repetição, na medida em que se instala o sujeito suposto saber por onde incide o desejo do analista.” (Brandão, 2003, p. 39). O autor reforça o caráter de repetição inerente à transferência citado por Lacan (1960-1), além disso, Brandão (2003) revela que é através dessa suposição de algum saber que **“incide o desejo do analista”**.

Mas o que significaria essa incidência do desejo do analisado? Olivé (1991) esclarece esse questionamento:

Isso implica que não interessa ao sujeito saber qualquer coisa, dado que a primeira coisa que procura saber é “O que quer o Outro?”; é nessa pergunta que situa seu desejo, e é nesse desejo do analista que tem sua referência, por isso Lacan diz que o desejo do analista é o verdadeiro timão da análise. (Olivé, 1991, p. 159).

Pode-se pensar, portanto, que a suposição de saber necessária ao estabelecimento da transferência, é, em última instância, a

via que leva o paciente ao questionamento sobre o seu desejo. Ao procurar saber qual o desejo do analista, o toxicômano aliena-se ao tentar responder o que esse Outro quer dele. Ao não obter uma resposta absoluta do analista, mas a frustração de sua demanda, que lhe devolve a própria imagem tal qual o espelho, demandando-lhe um re-conhecimento, o toxicômano poderá então situar o seu próprio desejo. O que o analista pode desejar senão que algo autóctone se produza no toxicômano neste re-conhecimento de si, produzindo assim alguma mudança?

## Conclusões e Perspectivas

Retomando o mito de Quíron, e considerando a importância do suposto-saber e da incidência do desejo do analista para o desenvolvimento da transferência, pode-se refletir: estariam esses elementos, de alguma forma, relacionados ao que representa a ferida e o sofrimento incurável de Quíron?

Ao se avaliar que Quíron era estimado como um exímio curador por ter em seu próprio corpo uma ferida incurável e assim ter a possibilidade de compreender o sofrimento dos que curava, é possível também pensar que o analista, à medida que possuísse essa mesma representação e elaboração de seu sofrimento (presente em Quíron), também estaria produzindo uma abertura para que o toxicômano, ou qualquer outro paciente, depositasse nele algum saber sobre seu próprio sofrimento. À medida que o analista é compreendido pelo analisando como alguém que já sofreu, ou seja, um **Curador Ferido**, passa a existir a possibilidade de uma suposição de um saber, e assim, uma abertura para que sua posição se transforme em suporte de transferências como foi discorrido acima.

Mas como o analista poderia se fazer compreender como alguém que já sofreu? Como essa ‘ferida’ poderia se fazer presente no *setting* analítico?

Ao se pensar como se daria essa questão na prática clínica, mostra-se válido recorrer ao um conceito **winnicottiano** que parece possuir relação com a posição de **Curador Ferido**: o conceito de “suficientemente bom”.

Para citar de forma sintética o referido conceito, demonstramos abaixo o que Winnicott (1949) chama de a mãe **suficientemente boa**:

**A mãe boa comum é suficientemente boa.** Se ela é suficientemente boa, o bebê se torna capaz de compensar suas deficiências através da atividade mental. Isso se aplica não apenas à satisfação das pulsões mas também de todos os tipos mais primitivos de necessidades do ego, incluindo até mesmo a necessidade de um cuidado negativo, ou de uma negligência atuante. A atividade mental do bebê transforma o relativo fracasso de adaptação em um sucesso adaptativo. (Winnicott, 1949/1988, p. 412-413)

Pode-se pensar, sem a pretensão de esgotar os significados desse conceito, que essa dimensão de uma “negligência atuante”, que implica as deficiências e até o fracasso dessa mãe “suficientemente boa”, estaria representando, de certa forma, uma mãe que pôde suportar suas próprias falhas, e ao falhar está acreditando nas possibilidades de seu filho, e, deste modo, auxiliando-o a desenvolver seus próprios recursos internos. Como ressalta Winnicott (1949/1988), ao compensar as deficiências, o bebê desenvolve sua atividade mental e assim passa a constituir-se como sujeito. Por essa razão a tarefa de proporcionar, gradativamente, o espaço da falha para que o bebê se desenvolva e se adapte se torna tão importante.

Retomando o raciocínio, poderíamos interrogar: a aceitação das próprias falhas que a mãe suficientemente boa pratica, poderia aqui nos ajudar a pensar a representação da ‘ferida’ do analista?

Essa perspectiva do suficientemente bom também incluiria, como no mito de Quiron, a aceitação de suas próprias feridas e padecimentos, e assim a possibilidade de vivenciar com o outro alguma confiança, acreditando que ele também pode ser capaz de reconhecer, aceitar e lidar com suas falhas e seus padecimentos.

Na prática clínica com os pacientes considerados difíceis, nota-se que esse posicionamento poderia se apresentar exatamente na maneira de lidar com determinadas questões específicas dessas clínicas.

Retomando o caso de André, que aqui ilustrou esse relato, poderia se ponderar como essa postura teria permitido alguma modificação no processo analítico desse paciente.

A partir de uma análise da situação, feita por intermédio de todas as questões expostas aqui, pode-se pensar que talvez o manejo diferenciado de algumas questões ocorridas durante o atendimento, pudesse ter interferido no andamento do atendimento.

Uma situação que pode ser analisada como exemplo de uma possível aplicação desse posicionamento, é a de André ter, frequentemente, comparecido drogado à sessão. Essa questão não foi pontuada em seu atendimento, uma vez que não era algo que comprometia a sua capacidade de compreensão, mas caracterizou-se como um impasse e se impôs como uma dúvida em relação ao que se deveria fazer.

Talvez, se essa atitude - que, como analisado, representava um dos ataques ao vínculo analítico - tivesse sido acolhida, para além do que de fato foi, e ao mesmo tempo pontuada, deixando-se **claro para o paciente que isso constituía um ataque ao vínculo**, pudesse-se abrir um caminho para o surgimento de algum questionamento a respeito da necessidade desse ataque. Talvez se essa mesma maneira de acolher, tivesse sido realizada apontando as outras formas de ataque realizadas pelo paciente (como faltas e horários trocados), o tratamento pudesse tomar outro caminho, o da formulação de uma questão, o de abertura para uma relação, não total e 'nirvânica' como com a droga mas ambivalente e possível - no sentido de que as frustrações pudessem aos poucos ser inseridas sem que o vínculo fosse destruído.

Deste modo, pode-se imaginar que, se o analista, nesse caso, tivesse suportado as falhas e os ataques do paciente, acolhendo-os mas fazendo as devidas remarcas e limites, ou seja, **acreditando** que o paciente possuía recursos para lidar com suas próprias dificuldades - como uma mãe suficientemente boa o faria - o rumo do atendimento pudesse ter sido outro. Talvez o da formulação de uma questão, fazendo com que o paciente pudesse, de alguma forma, dar um passo em direção a uma transformação em sua posição subjetiva.

Pode-se refletir, portanto, que esse lugar simbólico, de **Curador Ferido**, pode ser demonstrado na palavra, mas também na ação, como no manejo das questões descritas acima. Essa postura demonstra para o paciente que existe ali, o lugar do analista, que é um sujeito que pode acolher ataques, mas que também sofre, também falha, coloca limites e acredita que o outro pode desenvolver recursos para suportar essas suas falhas, pode se relacionar e aprender com elas por intermédio do que se estabelece na transferência entre eles.

Ao se considerar que a ‘ferida do analista’ pode estar representando esse lugar simbólico, e que através desse, significa também algo da suposição do saber, seria possível também imaginar que esse lugar de **Curador ainda Ferido** é o que, em última instância, estaria representando uma possibilidade de acesso ao desejo do analista, ou em outras palavras, ao questionamento: “O que o Outro quer de mim?”

Conte (1997), demonstra a importância desse questionamento para a clínica das toxicomanias:

Para finalizar, diria que a entrada de um sujeito toxicômano em análise dá-se a partir da possibilidade de enunciar a seguinte interrogação: o querem de mim? Se até então a toxicomania foi uma forma de responder a esta questão, a análise será o dispositivo onde esta pergunta pode ser formulada, desde um lugar que permita mudanças na forma encontrada para respondê-la. (Conte, 1997, p. 41).

Pode-se articular, portanto, que o surgimento dessa questão, por intermédio da ‘ferida’ e do desejo do analista, seria a via pela qual o sujeito toxicômano obteria uma possibilidade de passar realmente a uma perspectiva analítica, indo além da droga.

Para demonstrar a importância e a necessidade dessa saída da questão narcísica da droga no tratamento das toxicomanias, recorreremos a Freud (1898/1980):

[...] o mesmo se aplica a todos os tratamentos para romper com um vício. Seu sucesso será apenas aparente enquanto o médico se contentar em privar seus pacien-

tes da substância narcótica, sem se importar com a fonte de que brota sua necessidade imperativa. O “hábito” é uma simples palavra, sem nenhum valor explicativo. Nem todos os que têm oportunidade de tomar morfina, cocaína, hidrato de cloral etc. por algum tempo adquirem dessa forma “um vício”. (Freud, 1898/1980, p. 262).

Para finalizar, retomamos a importância de pesquisas que estudem e discutam o posicionamento do analista frente a pacientes que exigem essa discussão e que requerem uma revisão do lugar, ou dos lugares, disponíveis ao analista. Esse demanda de estudo não se restringe apenas a pacientes toxicômanos, mas pode ser ampliada a qualquer paciente que demande do analista uma reavaliação de qual é o seu lugar.

Também se pode aqui destacar a importância de um aprofundamento de algumas questões levantadas nessa reflexão, podendo-se inclusive considerar o estudo mais detalhado de Winnicott e outros autores que poderiam contribuir para uma elucidação dessa clínica do acolhimento e do suporte.

Acredita-se igualmente importante o aprofundamento da reflexão sugerida pelo mito de Quíron, e sua validade e relevância para qualquer clínica psicanalítica, independentemente de suas especificidades, uma vez que ela se remete a questão tão importante da compreensão do que é ser analista.

## Notas

1. Artigo extraído da Monografia de conclusão do curso de Graduação em Psicologia da UFPR, desenvolvida sob a orientação do Prof. Dr. Victor Eduardo Silva Bento e co-orientação da Prof. Dra. Maria Virgínia F. Cremasco, defendida em novembro de 2003.

## Referências

- Alberti, S., Inem, C. L., & Rangel, F. C. (2003). Fenômeno, estrutura, sintoma e clínica: A droga, *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, 6 (3), 13-29.

- Azoubel Neto, D. (1993). *Mito e psicanálise: Estudos sobre formas primitivas de pensamento*. Campinas, SP: Papyrus.
- Brandão, P. E. (2003). Transferência e modos de subjetivação, *Pulsional Revista de Psicanálise*, 16 (168), 32-46.
- Conte, M. (1997). Da necessidade à demanda. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 10 (103), 33-41.
- Downing, C. (1991). O curador. In C. Downing (Org.), *Espelhos do self* (pp. 233-239). São Paulo: Cultrix.
- Figueiredo, L. C. (2003). Transferências, contratransferências e outras coisinhas mais ou Esquizoidia e narcisismo na clínica psicanalítica contemporânea ou A chamada pulsão de morte. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 16 (168), 58-81.
- Freud, S. (1980). *A sexualidade na etiologia das neuroses* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 3), Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1898).
- Grosbeck, C. J. (1983). A imagem arquetípica do médico ferido. Junguiana: *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica* (1), 72-96.
- Lacan, J. (1980). *O Seminário: Livro 8: A transferência*. Rio de Janeiro: Zahar. (Originalmente publicado em 1960-1).
- Nogueira Filho, D. M. (1999). *Toxicomanias*. São Paulo: Escuta.
- Olivé, C. (1991). Contribuições sobre a transferência. In E. Barros, R. Mezan, O. Olivé, R. Paz & A. Slavutzky (Org.), *Transferências* (pp. 151-170). São Paulo: Escuta.
- Waks, C. E. M. (1997). O lixo clínico: A clínica psicanalítica da toxicomania. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 10 (103), 55-61.
- Winnicott, D. W. (1988). A mente e sua relação com o psique-soma. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise* (pp. 409-426). Rio de Janeiro: F. Alves. (Originalmente publicado em 1949).

---

Recebido em 13 de fevereiro de 2010

Aceito em 17 de março de 2010

Revisado em 08 de abril de 2010