

A TRANSFERÊNCIA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA E O SUJEITO TOXICÔMANO¹

Bruno Souza de Almeida Silveira²

Marília Barroso de Paula³

RESUMO:

Este artigo tem por objetivo refletir, a partir da perspectiva psicanalítica, sobre a transferência na clínica com o sujeito toxicômano. Trata-se, portanto, de uma revisão narrativa exploratória que articula os temas transferência psicanalítica e toxicomania. Partindo da hipótese de que os circuitos afetivos, ou seja, a história singular da relação do sujeito com o objeto droga possui relevância considerável, tanto quanto os circuitos bioquímicos envolvidos na toxicomania, buscou-se investigar o seguinte questionamento: quais são os aspectos psíquicos presentes na transferência com o sujeito toxicômano? Em um primeiro momento buscou-se compreender o conceito de transferência a partir das referências fundamentais presentes na metapsicologia freudiana, incluindo algumas considerações lacanianas sobre o tema, em seguida é realizada algumas considerações sobre a toxicomania a partir dos levantamentos bibliográficos encontrados e, após, é apresentado uma discussão teórica dos aspectos transferenciais envolvidos na clínica psicanalítica com sujeitos toxicômanos. A ênfase dessa prática encontra-se voltada para uma convocação de uma demanda singular para além da relação com a droga que propicie a elaboração subjetiva. Espera-se que este estudo colabore academicamente com aqueles que buscam uma compreensão mais ampliada sobre o tema e contribuir para referenciar o tratamento com base psicanalítica, além de ser mais uma referência no banco de dados para a pesquisa científica e acadêmica.

Palavras-chave: Toxicomania. Manejo clínico. Psicanálise. Transferência.

TRANSFERENCE IN THE PSYCHOANALYTIC CLINIC AND THE DRUG ADDICT SUBJECT

ABSTRACT:

This article aims to reflect, from the psychoanalytic perspective, on the transfer in the clinic with the drug addict. It is, therefore, an exploratory narrative review that articulates the themes of psychoanalytic transfer and drug addiction. Starting from the hypothesis that the affective circuits, that is, the singular history of the subject's

¹Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia, na Linha de Pesquisa Práticas Clínicas. Recebido em 27/05/2023 e aprovado, após reformulações, em 27/06/2023.

²Discente do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: basilveira6@gmail.com.

³Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora e docente do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: mariliapaula@uniacademia.edu.br.

relationship with the drug object has considerable relevance, as much as the biochemical circuits involved in drug addiction, we sought to investigate the following question: what are the psychic aspects present in the transfer with the drug addict? At first, we sought to understand the concept of transference from the fundamental references present in Freudian metapsychology, including some Lacanian considerations on the subject, then some considerations on toxicomania are made from the bibliographic surveys found and, afterwards, a theoretical discussion of the transference aspects involved in the psychoanalytic clinic with drug addicts is presented. The emphasis of this practice is focused on a call for a singular demand beyond the relationship with the drug that provides subjective elaboration. It is expected that this study will collaborate academically with those who seek a broader understanding of the subject and contribute to reference the treatment with psychoanalytic basis, in addition to being another reference in the database for scientific and academic research.

Keywords: Drug addiction. Clinical management. Psychoanalysis. Transfer.

1 INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas compõe a história da humanidade em diferentes épocas e civilizações (SERRETTI, 2017). Na contemporaneidade, o uso abusivo de substâncias é marcado por implicações políticas, culturais, sociais e econômicas que impossibilitam qualquer tipo de análise reducionista da questão, ou seja, o caráter transdisciplinar do tema suscita a interação de diversas áreas de conhecimento, reconhecendo as contribuições e limitações de cada campo (CHAVES, 2006).

Segundo Chaves (2006, p. 16), não há na teoria freudiana “[...] nenhuma elaboração sistemática relativa à especificidade toxicomaniaca enquanto fato clínico dotado de autonomia nosográfica”. Mas, diante do atual contexto sobre o uso de substâncias psicoativas e as políticas públicas voltadas para o seu tratamento, a Psicanálise apresenta seu potencial transgressor das lógicas hegemônicas repressivas da higiene social e do moralismo tradicional ao considerar, além dos fatores biológicos e sociais, a história da relação singular que um sujeito estabelece com o objeto droga (VIDIGAL; GOMES, 2016; SERRETTI, 2017). Destaca-se que na teoria freudiana a ideia de objeto se relaciona com a busca por satisfação. Neste sentido, o objeto está sempre a serviço da pulsão, representante psíquico de uma energia que leva ao movimento. Já a ideia de sujeito, presente na teoria laciana,

diz daquele que se relaciona com o Outro, à quem direcionamos nossas expectativas de garantias de um saber inconsciente, através da linguagem.

A Psicanálise, em sua especificidade instrumental de escuta do inconsciente, instância onde se localiza os registros psíquicos inacessíveis à consciência, prioriza a dimensão do sentido do ato toxicômano a partir da singularidade de cada sujeito para tentar compreender a inversão das posições que ocorrem na relação sujeito-objeto. Isso porque, o percurso psicanalítico permite aproximação das realidades subjetivas presentes na lógica toxicomaniaca ao nos autorizar pensar em cada sujeito a partir de sua relação com o objeto droga para se compreender o que propiciou a irrupção da toxicomania. Em outras palavras, prioriza-se o sujeito implicado com o uso de drogas em detrimento do sintoma⁴ (CHAVES, 2006).

Sob o ponto de vista metapsicológico, ou seja, de um conjunto de modelos conceituais experimentais, é possível a revelação de aspectos dinâmicos, isto é, relativos ao conflito psíquico, ou seja, a oposição de exigências internas referente ao anima e aos tópicos relativos às organizações psíquicas⁵ envolvidas, e econômicos, relativos à função da toxicomania entre outros processos psíquicos (SERRETTI, 2017). A partir de então torna-se possível pensar no lugar que a droga ocupa na vida do sujeito, de que forma este determina seus vínculos e, principalmente, como invade a relação entre analista e analisando, uma perspectiva que vai além da ideia de que a falta é somente química e convoca o sujeito à responsabilização. Neste sentido, o fenômeno transferencial da clínica psicanalítica possibilitaria uma repetição das relações consigo mesmo, com os outros e, principalmente, com a droga e, assim, abrir espaço para a retificação (COSTI; KRAHL, 2013). Na teoria lacaniana, a retificação se refere a uma mudança de posição psíquica que recai sobre a implicação do sujeito em sua queixa.

⁴Segundo Zimerman (2008), o sintoma é a “[...] expressão de um conflito inconsciente, geralmente a de um desejo proibido sofrendo um recalçamento de uma instância repressora, que só permite a manifestação indireta do desejo [...]”, pela perspectiva freudiana sua manifestação depende da formação de compromisso entre pulsões presentes no Id e as defesas do Eu, este conflito ao mesmo tempo que busca defender o indivíduo do desejo que emerge do Id, também gratifica esse desejo, simultaneamente.

⁵Solução de defesa contra a angústia da castração, podendo ser expressa através da neurose, psicose ou perversão.

Partindo da hipótese de que os circuitos afetivos, ou seja, a história singular da relação que o sujeito estabelece com o objeto droga possui relevância considerável, tanto quanto os circuitos bioquímicos envolvidos na toxicomania, este artigo abre o questionamento para investigar quais são os aspectos presentes na transferência com o sujeito toxicômano na clínica psicanalítica freudiana e lacaniana, uma vez que esta caracteriza o vínculo, ou seja, a relação que o sujeito estabelece com o analista e por onde o método irá se sustentar.

Neste sentido, este artigo tem como objetivo geral a identificação, a partir do referencial teórico da metapsicologia psicanalítica freudiana e lacaniana, das particularidades que há na relação transferencial na prática clínica com o sujeito toxicômano. E, mais especificamente, objetivou-se compreender o conceito de transferência a partir das referências fundamentais presentes na metapsicologia freudiana, incluindo as considerações lacanianas sobre o tema, em seguida é realizada algumas considerações sobre a toxicomania a partir dos levantamentos bibliográficos encontrados e, após, é apresentado uma discussão teórica dos aspectos transferenciais na clínica psicanalítica com sujeitos toxicômanos. Para isso, foi realizada uma revisão narrativa exploratória das bibliografias que contemplam o assunto incluindo alguns clássicos freudianos tais como: A dinâmica da transferência (1912); Recomendações ao médico que pratica a Psicanálise (1912); O início do tratamento (1913); Recordar, repetir e elaborar (1914); Observações sobre o amor de transferência (1915); O humor (1927); O mal-estar na civilização (1930). Além da produção lacaniana de 1951, Intervenção sobre a transferência. Também foram utilizados artigos acadêmicos e científicos que levam em conta o fenômeno da transferência sob as perspectivas freudianas e lacanianas, e, ainda, houve um foco na literatura sobre a prática clínica psicanalítica com sujeitos toxicômanos considerando o fenômeno da transferência. As pesquisas foram feitas nas bibliotecas eletrônicas *Scientific Electronic Library Online (Scielo-Brasil)* e Periódicos Eletrônicos em Psicologia (Pepsic), as duas mais importantes fontes abertas de literatura científica sobre o tema no País, contando com os principais periódicos nacionais de psicologia e psicanálise. As palavras-chave utilizadas na pesquisa foram psicanálise, transferência e toxicomania individualmente (um de cada vez) em “todos os índices”

(*all indexes*). A menção dos termos “transferência”, “toxicomania” e demais termos associados no título foi considerada condição para o foco delimitado.

2 O FENÔMENO DA TRANSFERÊNCIA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA

A transferência se traduz em afetos antigos, que se atualizam nas novas vivências e, em um sentido mais amplo, é um fenômeno presente em todas as relações humanas (VIDIGAL; GOMES, 2016). Na clínica psicanalítica, sua delimitação conceitual fica restrita ao material que é revivido em análise, ou seja, o analisando revive com a figura do analista seus afetos inconscientes (CHAVES, 2006).

A transferência, segundo Corrêa (2017, f. 9), pode ser considerada “[...] o fio condutor do tratamento e condição fundamental para que este aconteça”. Diante do percurso psicanalítico, a transferência opera como uma revivescência de forma atualizada, ou seja, ocorre a reedição da vivência de fantasias carregadas de todo seu potencial traumático que, levando-se em consideração a economia psíquica, descreve um estado de grande estímulo em que há o fracasso do processo de elaboração pelos meios habituais. A transferência seria, portanto, uma “[...] predisposição de todos os neuróticos a transportar para os objetos externos parte das expectativas e desejos” (CANDI, 2008, p. 209).

Segundo Laplanche e Pontails (2016, p. 514), a transferência seria:

“[...] o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles e, eminentemente, no quadro da relação analítica. Trata-se de uma repetição de protótipos infantis vivida com um sentimento de atualidade acentuada.”

A transferência seria o solo em que se dá a problemática de um tratamento psicanalítico em sua instalação, interpretação e resolução, em resumo, “[...] o começo da operação propriamente analítica – a interpretação – deve ser adiado até a consolidação da transferência” (CHAVES, 2006, f. 91). Via de regra, para que o tratamento psicanalítico se inicie é necessário a construção de um vínculo de

confiança recíproca para que se estabeleça a distância entre analista e analisando e uma atmosfera não persecutória (CANDI, 2008). Todo trabalho psíquico consiste em um compromisso entre as forças que levam ao tratamento e as forças que se opõem a ele. A transferência é, portanto, a sinalização de que o inconsciente foi atingido e, imediatamente, se manifesta através do silêncio diante de um conteúdo que se tende a evitar (CHAVES, 2006).

O analisando traz a transferência como fonte de sugestão que, por sua vez, é armadilha para o analista, já que ela pode dar fim ao sintoma, porém o analista deve utilizar a transferência de modo a fazer com que o próprio analisando realize o trabalho psíquico. A transferência não pode ser utilizada por si, existe uma economia de uso, isso porque é preciso que o analisando tenha acesso ao jogo das forças psíquicas que estruturam a neurose (CHAVES, 2006). A neurose, em termos lacanianos, é caracterizada por um conflito psíquico que se expressa através do sintoma, esse conflito tem origem na história infantil do sujeito e constitui um compromisso entre o desejo e a defesa (LAPLANCHE; PONTALIS, 2016).

Através da constituição inata e das influências sofridas nos primeiros anos da infância, se estabelecem modelos para se conduzir nas relações, que serão constantemente repetidos, a partir do que é disponibilizado pelas circunstâncias externas, sendo possível, inclusive, a modificação destes modelos frente a novas experiências. No processo psicanalítico, os pacientes incluem o analista em um dos modelos de relacionamento marcados em seu psiquismo, geralmente ligados aos protótipos inconscientes que remetem às figuras cuidadoras (VIDIGAL; GOMES, 2016).

Para Freud, em seu texto “A dinâmica da transferência” de 1912, faz parte da condição humana um modo singular de estabelecer suas relações e que se repete nas vivências cotidianas. Esse modo singular é articulado pelas disposições inatas e pelas influências das experiências infantis, isto é, impulsos libidinais inconscientes. Esses impulsos libidinais, quando não são completamente satisfeitos, se voltam para novas experiências com expectativas. A transferência, portanto, seria um investimento libidinal de uma pessoa parcialmente insatisfeita direcionado a figura do analista. Neste sentido, “[...] a intensidade e a duração da transferência constituem efeito e

expressão da resistência” (FREUD, 2010a, p. 105) e, ainda, é a partir desta relação que o conteúdo recalçado se torna imediato e manifesto.

A resistência em Freud (2010a) seria um fenômeno clínico de oposição à cura, ou seja, os impulsos libidinais não querem se manifestar como a análise deseja, mas sim, reproduzir-se conforme “[...] a atemporalidade e a capacidade de alucinação do inconsciente” (FREUD, 2010a, p. 108). A transferência estaria, portanto, segundo Corrêa (2017), intimamente ligada à resistência na medida em que é pelo amor de transferência que o paciente fala e atua. Diferentemente do entendimento de amor presente no senso comum, para a psicanálise o amor de transferência seria uma não correspondência por parte do analista, sujeito suposto saber, a quem o analisando demanda e supõe um ideal. Seria nesse confronto com a falta que é dada pelo analista que ocorrem as repetições que, por sua vez, sustenta essa falta pela via da transferência para que algo novo possa ser elaborado.

A transferência, segundo Freud, pode emergir como uma exigência interna de amor, de atenção, de reconhecimento, ou sob formas mais moderadas: desejo de ser recebido como filho(a) predileto(a), de ser alvo de uma estreita amizade (necessidade libidinal sublimada) etc. (SANTOS, 1994, p. 20).

Para se compreender esse fenômeno é preciso distinguir a transferência positiva, carregada de sentimentos amigáveis e ternos que podem se dividir em amistosos ou eróticos, da transferência negativa, carregada de sentimentos hostis. Neste sentido, pode-se considerar a transferência ambivalente em suas inclinações afetivas, o que faz com que os neuróticos tenham a capacidade de colocar a transferência a serviço da resistência. “Quando a capacidade de transferência torna-se essencialmente negativa, como nos paranoicos, acaba a possibilidade de influência e de cura” (FREUD, 2010a, p. 107). Em outras palavras, a resistência emerge diante da transferência negativa ou da transferência positiva de impulsos eróticos reprimidos.

A transferência, portanto, consistiria em fragmentos de repetições que, quanto mais resistentes, mais a atuação substituirá a recordação. Cabe ao analista, pontuar para o analisando o elemento de resistência que emerge, proporcionando, então, que novos significados sejam transferidos para as vivências do analisando. É preciso, portanto, passar pelo processo de elaboração, sendo esta finalidade a principal

diferenciação do processo de análise para outros tratamentos que se baseiam na sugestão (VIDIGAL; GOMES, 2016). A psicanálise visa a independência final do paciente, influenciando o indivíduo por meio dos fenômenos da transferência para que seja realizado um trabalho psíquico pelo próprio analisando que visa uma melhora duradoura, Freud (2010a, p. 108) esclarece essa dinâmica:

O médico quer levá-lo a inserir esses impulsos afetivos no contexto do tratamento e no da sua história, a submetê-los à consideração intelectual e conhecê-los segundo o seu valor psíquico. Essa luta entre médico e paciente, entre intelecto e vida instintual, entre conhecer e querer “dar corpo”, desenrola-se quase exclusivamente nos fenômenos da transferência.

Ainda em 1912, Freud dispôs sobre as regras técnicas, em seu texto “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise”, orientando que a experiência individual do analista não deve ser exposta durante a análise como tentativa de superar as resistências, porque embora facilite uma comunicação mais rápida, torna o analisando “[...] mais incapaz de superar resistências mais profundas” (FREUD, 2010b, p. 118). A psicanálise, portanto, rejeita a influência por sugestão a partir de uma atitude íntima para que não ocorra a inversão dos papéis analíticos, operando a partir da neutralidade do analista.

Em 1913, no texto “O início do tratamento”, Freud pontua que, pela própria natureza da neurose, a análise produz fortes resistências e alerta sobre o efeito regulador proporcionado pelo pagamento das sessões. Com exceção dos casos de vulnerabilidade socioeconômica, a gratuidade do tratamento pode aumentar algumas resistências do neurótico, como o caráter erótico contido na relação de transferência ou a revolta contra o dever de gratidão, uma vez que faz com que a relação se afaste do mundo real e reduz o empenho do analisando para o fim do tratamento. Outro ponto que ele destaca é o papel do voyeurismo na neurose, ou seja, os efeitos do olhar do analista podem servir de intromissão na transferência dos pensamentos espontâneos do analisando. Como recomendação, Freud fala da posição “fora de vista” do analista para que a transferência seja isolada para fazer com que haja o destaque das resistências em seu devido tempo.

Ao que se refere à associação livre, Freud (2010c) orienta que o analisando não deve preparar o relato para as sessões, uma vez que o zelo disfarça a resistência

na medida em que essa preparação protege da emergência de pensamentos indesejados, fundamentais para a análise. E segue orientando sobre o sigilo por parte do analisando como fator protetivo de influências hostis externas que tendem a afastá-lo do processo analítico, mas que mais tarde podem ser úteis para identificar resistências.

Quando no início do tratamento há a recusa ou dificuldade de pensamentos espontâneos, o analista não deve indicar o que deve ser relatado, uma vez que essa dificuldade se refere à resistência em defesa da neurose ao mesmo tempo que a revela. Em outro contexto, “enquanto as comunicações e os pensamentos espontâneos do paciente ocorrerem sem interrupção, não se deverá tocar no tema da transferência” (FREUD, 2010c, p. 139), deve-se esperar que a transferência se transforme em resistência, ou seja, é preciso o estabelecimento um *rapport* apropriado que ligue o analisando ao analista e à análise e isso só é possível com o tempo. Sobre o estabelecimento de *rapport*, dispõe:

Se testemunharmos um sério interesse por ele, eliminamos as resistências que surgem no início e evitamos determinados erros, o paciente estabelece uma tal ligação por si mesmo e associa o médico a uma das imagens daquelas pessoas de que estava acostumado a receber amor (FREUD, 2010c, p. 139).

Outro aspecto de destaque, segundo Freud (2010c), é a tradução dos sintomas e suas soluções pelo analista que, quando prematuramente comunicada, ocasiona um fim prematuro da análise devido as resistências súbitas que são despertadas, indicando “[...] não comunicar uma solução de sintoma ou tradução de desejo antes que o paciente esteja bem próximo dela, de modo que baste um pequeno passo para ele mesmo se apoderar da solução” (FREUD, 2010, p. 140).

Em última análise, Freud (2010c) descreve que os analistas sabem, inconscientemente da vivência reprimida que há em seu pensamento, mas não conseguem fazer a conexão com o lugar da lembrança reprimida. Mudanças só ocorrem, portanto, quando se supera as resistências da repressão, penetrando, assim, conscientemente nesse local. Essa comunicação consciente do material reprimido não deixa de produzir os sintomas, mas leva à outras consequências. Em um primeiro momento ocorre o estímulo da resistência para que, depois de superadas

as resistências, ocorra um processo de pensamento para a realização da influência esperada sobre a lembrança inconsciente.

O sofrimento e o desejo de cura, por si só, não são capazes de eliminar a queixa, porque desconhecem os caminhos para o fim da análise e não apresentam energia necessária contra as resistências, devendo ser mantidas até o fim do tratamento, ainda que em cada melhora haja a diminuição desses aspectos. A análise é que irá fornecer os afetos necessários para a superação das resistências por meio da mobilização das energias disponíveis na transferência. A partir de comunicações oportunas, o analista guia os caminhos para o analisando. Utiliza-se, portanto, a intensidade da transferência para superação das resistências e obtenção da cura (FREUD, 2010c).

No texto “Recordar, repetir e elaborar” de 1914, Freud já tem bem estruturada a clínica psicanalítica, utilizando-se da interpretação para reconhecer as resistências recalçadas que emergem das repetições diante da transferência. “O objetivo dessas técnicas permaneceu inalterado, sem dúvida. Em termos descritivos: preenchimento das lacunas da recordação; em termos dinâmicos: superação das resistências da repressão” (FREUD, 2010d, p. 147). Para o autor a transferência é uma parte da repetição, uma vez que esta é uma repetição do passado esquecido. A repetição é admitida na transferência e, segundo Freud (2010d, p. 154):

Quando o paciente se mostra solícito a ponto de respeitar as condições básicas do tratamento, conseguimos normalmente dar um novo significado de transferência a todos os sintomas da doença, substituindo sua neurose ordinária por uma neurose de transferência, da qual ele pode ser curado pelo trabalho terapêutico. Assim a transferência cria uma zona intermediária entre a doença e a vida, através da qual se efetua a transição de uma para a outra.

Em “Observações sobre o amor transferencial” de 1915, Freud faz uma análise da transferência positiva carregada de impulsos eróticos reprimidos. A própria situação analítica favorece a paixão espontânea do analisando. Para Freud, a paixão repete modelos infantis e “é justamente o condicionamento infantil, que lhe oferece o caráter compulsivo que lembra o patológico” (FREUD, 2010e, p. 168). Essa solicitação de amor é expressão da resistência que elimina a suscetibilidade à influência analítica, uma forma de transformar em ato o que deveria ser reproduzido como material

psíquico através da recordação. O analista, por sua vez, por motivos técnicos e éticos, deve manejar a contratransferência, sentimentos que emergem frente ao que o analisando mobiliza nos núcleos inconscientes do analista e que pode operar como obstáculo, instrumento ou integrante do campo analítico. Freud (2010e, p. 165), oferece como técnica analítica para esses casos uma forma de se conservar a transferência amorosa, mesmo que seja tratada como algo irreal, para utilizá-la como caminho para encontrar suas origens inconscientes:

Já dei a entender que a técnica analítica exige que o médico recuse à paciente necessitada de amor a satisfação pela qual anseia. A terapia tem de ser conduzida na abstinência; não estou me referindo simplesmente à privação física, e tampouco à privação de tudo o que se deseja, pois provavelmente nenhum paciente suportaria isso. Quero é estabelecer como princípio que devemos deixar que a necessidade e o anseio continuem a existir, na paciente, como forças impulsionadoras do trabalho e da mudança, e não procurar mitigá-los através de sucedâneos. E não poderíamos lhe dar senão sucedâneos, pois devido a sua condição ela não é capaz de verdadeira satisfação (FREUD, 2010e, p. 165).

Diante das ideias propostas por Freud, Lacan retoma o tema da transferência, enquanto “fatos da resistência” (LACAN, 1998, p. 214). Para Lacan (1998, p. 214-215), a transferência é por onde perpassa toda a experiência analítica e preserva a cosmovisão irreduzível da psicanálise:

A importância destes é valorizar a primazia da relação de sujeito a sujeito em todas as reações do indivíduo, na medida em que elas são humanas, e a dominância dessa relação em qualquer prova das disposições individuais, seja essa prova definida pelas condições de uma tarefa ou pelas de uma situação.

Neste sentido, para Lacan “a psicanálise é uma experiência dialética”. Quinet (2009), ao analisar a transferência por uma perspectiva lacaniana, ressalta que há uma ilusão que faz o analisando acreditar que sua verdade está no analista. Esse “erro subjetivo” é a abertura para a entrada em análise. Esse lugar de “suposto saber” em que o analista é colocado, tem o amor como efeito. Para Lacan, o amor é efeito da transferência sob o aspecto de resistência, “[...] amor que se dirige ao saber” (apud QUINET, 2009, p. 34).

A transferência é, portanto, uma função do analisando, cabendo ao analista a utilização desta a partir de um manejo adequado. “O estabelecimento da transferência no registro do saber através de sua suposição é correlato à delegação àquele que é seu alvo de um bem precioso que causa o desejo, causando, portanto, a própria transferência” (QUINET, 2009, p. 35). Neste sentido, o analisando deve endereçar sua queixa inicial ao analista para que esta se torne uma demanda de análise e, então, o sintoma passe de resposta para o estatuto de questão para o sujeito.

Para Lacan (1998), a transferência tem o sentido de convocar o analista ao papel de um não-agir positivo, ou seja, ela não é “[...] nenhuma propriedade misteriosa de afetividade e, mesmo que se trai sob uma aparência de emoção, esta só adquire sentido em função do momento dialético em que se produz’ (LACAN, 1998, p. 225). Neste sentido, até mesmo a doença se equivale à particularidade do sujeito, ou seja, a posição que o sujeito ocupa ao projetar um passado em um discurso do que pode vir a ser.

3 TOXICOMANIA: O CONCEITO E A PERSPECTIVA PSICANALÍTICA

O consumo de substâncias psicoativas, ou seja, substâncias com o potencial de alterar o funcionamento do psiquismo, está presente ao longo de toda experiência humana em diversas culturas e sociedades. Na contemporaneidade o consumo desse tipo de objeto tem forte impacto social, uma vez que, idealizado pela lógica de consumo, tenta a todo custo eliminar o mal-estar, constrói um imperativo superegoico cultural, isto é, uma demanda por prazer pleno que conduz ao sofrimento e a frustração diante da culpa pela impossibilidade de realização, intrinsecamente ligados aos laços sociais em que os sujeitos se inserem (FERREIRA, 2019).

Este tema pode ser abordado e nomeado de diversas maneiras, como por exemplo, dependência química, drogadição e toxicomania. O termo dependência química, atualmente, é compreendido como transtorno mental e comportamental pelos manuais diagnósticos, compreendendo o fator fisiológico que uma substância causa a dependência, ou seja, o objeto droga é central. Todavia, quando o tema se concentra na posição de objeto do sujeito em relação à droga, por sua vez, é comum o uso do termo drogadição. Já o termo toxicomania é encontrado quando o tema

central está voltado ao tratamento, isso porque se coloca ênfase na relação do sujeito com o objeto de desejo (SCHIMITH; MURTA; QUEIROZ, 2019).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2023), em sua edição revisada, classifica o uso abusivo de substâncias psicoativas a partir dos Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos aditivos, abrangendo 10 classes distintas de drogas: álcool, cafeína, cannabis, alucinógenos, inalantes, opioides, sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, estimulante e outras desconhecidas, considerando seus respectivos efeitos e alterações no sistema de recompensa cerebral. Também considera o comportamento individual e autocontrole para classificar o que pode vir a ser um transtorno, incluindo comportamentos de excesso em diagnósticos psiquiátricos, como, por exemplo, o Transtorno do Jogo. Segundo Frances (2016), essa proposta radical de comportamento compulsivo, equivalendo-a ao uso compulsivo de substâncias operado pelos mesmos mecanismos cerebrais, ainda é prematura para justificar uma expansão diagnóstica, uma vez que a busca por prazer repetitivo faz parte da condição humana, dificultando a distinção de uma “[...] repetição compulsiva e desagradável da autocomplacência impulsiva” (FRANCES, 2016, p. 227).

Em 1930, no texto “O mal-estar na civilização”, Freud já pontuava o lugar das substâncias psicoativas diante do mal-estar como recurso apaziguador, porém com efeitos intensificadores do sofrimento (SCHIMITH; MURTA; QUEIROZ, 2019). Portanto, para a Psicanálise, quando falamos de toxicomania estamos voltando o olhar para a relação que o sujeito estabelece com o objeto para lidar com o mal-estar (LAMEGO; BRITO, 2020).

A vida, tal como nos coube, é muito difícil para nós, traz demasiadas dores, decepções, tarefas insolúveis. Para suportá-la, não podemos dispensar paliativos [...] Existem três desses recursos, talvez: poderosas diversões, que nos permitem fazer pouco de nossa miséria, gratificações substitutivas, que a diminuem, e substâncias inebriantes, que nos tornam insensíveis a ela (FREUD, 2010f, p. 19-20).

Em uma análise psicopatológica, a toxicomania flutua em todas as organizações psíquicas, não se restringindo à uma categoria nosográfica. Sua constituição multifacetada é marcada pelos diferentes conflitos psíquicos específicos

em que estão ligadas, sendo apenas sua representação através da automedicação da angústia o ponto em comum entre as toxicomanias neuróticas (SERRETTI, 2017). Quando se trata da psicose o uso de substâncias podem servir, por exemplo, para dar continuidade a construção delirante.

Sobre os métodos que a psique humana desenvolveu para rejeitar a possibilidade de sofrer, Freud em seu texto “O humor” de 1927, pontua que tais métodos, especificamente a intoxicação, enfatizam a onipotência do Ego perante o mundo exterior ao sustentar vitoriosamente o princípio do prazer.

O traço grandioso está claramente no triunfo do narcisismo, na vitoriosa afirmação da invulnerabilidade do Eu. Este se recusa a deixar-se afligir pelos ensejos vindos da realidade, a ser obrigado a sofrer; insiste em que os traumas do mundo externo não podem tocá-lo, mostra, inclusive, que lhe são apenas oportunidades para a obtenção de prazer (FREUD, 2014, p. 264)

O toxicômano estabelece uma relação de exclusividade com a droga, tal qual a relação materna fusionada, ou seja, um estado de completude como no início da vida humana. Isso impede a vivência de outros laços sociais, apostando que encontrará não apenas o apaziguamento do seu mal-estar, mas satisfação completa através de um único objeto: a droga. Essa seria uma forma de mascarar o desamparo e a dificuldade de simbolização, já precários das relações primordiais, bem como possibilidade de não se deparar com as frustrações. Os afetos não traduzidos em palavras ganham sentido com o uso da droga, assumindo um caráter de sintoma, ainda que o sujeito faça de sua toxicomania uma solução para o conflito psíquico (SCHIMITH; MURTA; QUEIROZ, 2019). Freud (2010f, p. 22), destaca que o processo de intoxicação, na mesma medida que satisfaz o prazer, diminui o limiar para lidar com a frustração, em outras palavras, a toxicomania tem características de uma defesa fracassada:

Mas os métodos mais interessantes para prevenir o sofrimento são aqueles que tentam influir no próprio organismo. Pois todo sofrimento é apenas sensação, existe somente na medida em que o sentimos, e nós o sentimos em virtude de certos arranjos de nosso organismo. O método mais cru, mas também mais eficaz de exercer tal influência é o químico, a intoxicação. Não creio que alguém penetre inteiramente no seu mecanismo, mas é fato que há substâncias de fora do corpo que, uma vez presentes no sangue e nos tecidos, produzem em nós sensações imediatas de prazer, e também mudam

de tal forma as condições de nossa sensibilidade, que nos tornamos incapazes de acolher impulsos desprazerosos.

Neste sentido, a toxicomania seria a maneira que o sujeito encontra para se libertar temporariamente de uma castração provocada pela realidade e seu sofrimento, pelas renúncias inerentes à civilização, uma vez que, está marcada pela impossibilidade da existência que um objeto de satisfação completa. A toxicomania, portanto, é uma resposta possível do sujeito ao mal-estar inerente a formação da civilização e, também, da própria constituição psíquica humana (VIDIGAL; GOMES, 2016).

É possível identificar diferentes modalidades de relação com a realidade a partir do tipo de droga de predileção. Cada tipo de droga revela a tendência para uma forma de organização defensiva como o uso de drogas depressoras, para anestesiarem ou evitar a dor, ou drogas estimulantes, que promovem certa negação, pela modalidade maníaca, devido a vivência de uma onipotência ilimitada, que triunfa sobre a realidade. As diferentes modalidades de relação com a realidade demonstram a complexidade envolvida no afastamento do sujeito (GURFINKEL, 1996 apud SERRETTI, 2017).

De maneira geral, a economia energética nessa formação sintomática é regida por uma estratégia que impede o dispêndio pulsional em manter as formações de compromisso e não elabora outras saídas de conciliação com o desconforto. O toxicômano consegue diminuir o gasto energético ao se empreender um recalque pelo uso de um atalho na solução do mal-estar (SERRETTI, 2017). Freud (2010f, p. 23), alerta sobre a consequência do uso de narcóticos, que, apesar de promover o alívio momentâneo das interferências externas hostis, promove o empobrecimento subjetivo pela sua baixa capacidade de variação:

O serviço dos narcóticos na luta pela felicidade e no afastamento da miséria é tão valorizado como benefício, que tanto indivíduos como povos lhes reservaram um sólido lugar em sua economia libidinal. A eles se deve não só o ganho imediato de prazer, mas também uma parcela muito desejada de independência em relação ao mundo externo. Sabe-se que com ajuda do “afasta-tristeza” podemos nos subtrair à pressão da realidade a qualquer momento e encontrar refúgio num mundo próprio que tenha melhores condições de sensibilidade. É notório que justamente essa característica dos entorpecentes determina também o seu perigo e nocividade. Em algumas circunstâncias eles são culpados pelo desperdício de grandes quantidades de energia que poderiam ser usadas na melhoria da sorte humana.

A psicanálise busca dar ênfase no sujeito do inconsciente em detrimento da dependência química. Pensar em um cuidado a partir da perspectiva psicanalítica está para além da condição da abstinência, se faz necessário pensar a privação não apenas pela perspectiva de autodomínio, mas, também, de novos e diversificados investimentos possíveis. Neste sentido, o objetivo da análise consiste em abrir espaço para a simbolização, deslocando a centralidade do objeto droga para o campo de satisfação do sujeito (SERRETTI, 2017).

4 A TRANSFERÊNCIA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA COM O SUJEITO TOXICÔMANO

O sujeito toxicômano comumente é trazido compulsoriamente por um outro ou por uma falha do tóxico, não se implicando em seu comportamento aditivo. Essa característica de obrigatoriedade produz um efeito de resistência à relação terapêutica (VIDIGAL; GOMES, 2016). Segundo Serretti (2017, p. 56):

Um dos obstáculos a serem transpostos reside, talvez, no fato de os toxicômanos concentrarem-se quase exclusivamente na dimensão do efeito psicofármaco no corpo; recusam o intrapsíquico e buscam no exterior respostas imediatas de prazer. O sujeito, quando chega para o tratamento, só consegue falar de si a partir do uso que faz das drogas. Não há demanda, pois não há angústia. [...] O toxicômano nada quer saber sobre o seu desejo, nega o inconsciente e não se abre para a intermediação da palavra.

É preciso considerar que não há demanda de início de tratamento na clínica com sujeitos toxicômanos. A satisfação total presente na relação objeto droga-sujeito dificulta o uso da palavra. A dificuldade presente no estabelecimento da transferência com o sujeito toxicômano, portanto, remete ao paradigma da montagem da relação do sujeito com o objeto droga que muitas vezes impede a entrada de um terceiro.

No *setting* analítico, o analisando vê ameaçada sua relação maternal fusionada, atualizada na relação objeto droga-sujeito. Esse vínculo ilusório de completude deve ser manejado não através de um “querer o bem”, presente no vínculo maternal proposto pelo sujeito toxicômano, mas a partir de uma relação em que o analista se coloque como um representante da lei paterna que convoca à reflexão. A lei paterna,

em Lacan, possui uma função estruturante na medida em que “[...] a inscrição do Nome do Pai no Outro da linguagem tem efeito a produção de significação fálica, permitindo ao sujeito inscrever-se na partilha dos sexos” (QUINET, 2009, p. 23), em outras palavras, o sujeito emerge da ordenação da Lei paterna. Vale ressaltar que se colocar como representante da lei não corresponde a se colocar contra a droga, mas sim estabelecer limites para possibilitar que o sujeito deixe uma posição passiva e se implique em seu sofrimento a partir de uma postura analítica de alteridade e ética diante do sujeito (VIDIGAL; GOMES, 2016).

Neste sentido, mesmo que o sujeito toxicômano tenha dificuldades em suportar ausências, para que se opere novas saídas é preciso que haja a falta do objeto para que o vazio apareça e provoque a necessidade de um trabalho representativo. O analista não deve, portanto, responder ao lugar alienante ao qual é convocado, para não substituir o lugar que o objeto droga ocupa no psiquismo do sujeito. Com o manejo adequado o analista deve se posicionar em um espaço intermediário entre as demandas imediatas e a ausência (SERRETTI, 2017).

4.1 EUGÊNIA CHAVES: O MANEJO CLÍNICA DA TRANSFERÊNCIA COM O SUJEITO TOXICÔMANO

Inicialmente, é importante ressaltar que a toxicomania não se estrutura como um sintoma, em termos psicanalíticos, mas como uma estratégia contra a angústia provocada pelas exigências pulsionais e o enfrentamento ao desejo.

Na teoria freudiana, o narcisismo é uma etapa do desenvolvimento psicosexual que se articula com os investimentos libidinais e seus direcionamentos ao próprio eu ou aos objetos externos. O narcisismo ainda se divide em primário, onde o investimento libidinal é direcionado ao próprio eu, ou seja, a satisfação está permeada de fantasias de onipotência e perfeição, e secundário, quando o estado de completude do narcisismo primário é interrompido pelas exigências do ambiente e ascende a busca por satisfação nos objetos que remetem às identificações primárias. Esse movimento acompanha o humano por toda sua existência. A partir do olhar libidinizado, recebido no início da vida, as escolhas objetais e relações irão se estabelecer. Existe uma semelhança entre a montagem toxicomaniaca e os quadros

de superinvestimento narcísico do corpo.

É de extrema importância o acolhimento inicial, sendo a presença do psicanalista fundamental para a criação de um espaço de sustentação para que o sujeito possa atravessar a dor que se apresenta na materialidade do corpo. Neste sentido, a toxicomania convoca para uma extensão da escuta psicanalítica para além da subjetividade, sendo necessário considerar, também, a realidade objetiva do sujeito toxicômano. Precisamos considerar, e citar, que a clínica do toxicômano, muitas vezes, precisa de um olhar multiprofissional, isso porque, segundo Chaves (2006, f. 126), os efeitos prazerosos oriundos do uso de drogas podem ser um empecilho para o engajamento na busca por novas saídas para a satisfação, sendo necessário um cuidado ampliado para os casos que envolvem a toxicomania:

Para o toxicômano, o tratamento, além de ameaçar expor os conflitos que o paciente tenta evitar através do uso abusivo de drogas, também dá indícios de pôr em perigo sua exclusiva fonte de alívio, prazer e suporte narcísico (CHAVES, 2006, f. 126).

Pode haver, ainda, uma expectativa ilusória, por parte do analisando, de retornar a um momento anterior em que não havia o objeto droga ou sentiu controle sobre esse objeto. Diferentemente da situação psicanalítica clássica formada pelo tripé sintoma, demanda e transferência, moldada para um sujeito em posição dividida pela operação do recalque e impulsionado pelo sofrimento de seu sintoma, a posição do sujeito toxicômano demanda um espaço de suspensão, promovido pelo analista, em que o cuidado esteja aberto à palavra e que sustente o sujeito narcisicamente. O trabalho psicanalítico neste contexto não se refere a interpretações de sentidos ocultos, mas na construção de novos sentidos que favoreçam o trabalho associativo do sujeito.

Assim, favorece o estabelecimento de um sistema simbólico, de uma cadeia associativa, em torno do fenômeno toxicomaniaco, de tal forma que este acontecimento, que toca o corpo, não fique privado de possibilidades metafóricas e adquira uma forma, uma imagem passível de ser inserida em uma história (CHAVES, 2006, f. 125).

É preciso que ocorra uma retificação ou introdução subjetiva⁶, ou seja, o sujeito deve se implicar em seu sofrimento e destituir o objeto droga do lugar de responsabilidade por esse sofrimento. Para que uma análise aconteça, é preciso que uma demanda se articule em torno de um sintoma, porém o sujeito toxicômano se apresenta sem faltas, com apenas uma exceção, parar de usar drogas e é sobre essa exceção que o analista deve atuar.

A necessidade irresistível da droga, além de esconder o sintoma e o sujeito dividido, se relaciona com a falta de satisfação pulsional e faz da droga a causa da demanda que precisa ser escutada a partir de uma dimensão simbólica. “O analista tem uma operação clínica a realizar: não identificar o sujeito ao seu comportamento e focalizar o sujeito em sua singularidade” (CHAVES, 2006, f. 132). Segundo Cogus *et al* (1989, p. 58 apud CHAVES, 2006, f. 131), é preciso que o analista faça a passagem “[...] da demanda de tratamento para o tratamento da demanda”, ou seja, é necessário auxiliar na transformação do sintoma que se apresenta e faz parte da vida do sujeito trazendo à tona a verdade escondida no lugar mais íntimo do sujeito para que ele confesse seu verdadeiro sofrimento subjetivo. Assim, pode-se tratar o sujeito, e não a doença

O sujeito toxicômano faz uso de um saber que pode, muitas vezes, desorientar o analista. Uma estratégia de manejo clínico seria evitar perguntar como ele se sente em relação ao uso de drogas, uma vez que quanto mais se pergunta sobre o princípio do prazer mais sua pulsão de morte se presentifica. Isso porque, na teoria freudiana, a pulsão de morte tendencia à eliminação da estimulação que objetiva a descarga de energia e que leva a estagnação ao buscar sempre estados anteriores não correspondente à redução do desprazer, se coloca a repetir esse lugar desconfortante.

Dá-se, portanto, como ponto de partida do analista a sustentação de um lugar de não-saber que tem potencial de realizar uma mudança no modo como o sujeito se insere no laço social. Nesse sentido, se opera uma alteração da solução ao sintoma e da necessidade à demanda quando há o reconhecimento de que há uma falta e, em

⁶A identificação subjetiva, na teoria lacaniana, é o objetivo final no cuidado de pessoas psicóticas, uma vez que o Eu nessa estrutura é deficitário, sendo o processo de retificação exclusividade de estruturas neuróticas.

contraposição a cura da toxicomania, o analista deve fazer emergir novas formações para as questões fundamentais do sujeito. Em um primeiro momento, propicia a transformação de uma montagem narcísica em formações de sintomas.

Mas afinal, de que lugar o sujeito toxicômano obtém prazer? Quando o sujeito se identifica com o seu sintoma toxicômano há uma limitação nas possibilidades de se compreender, ou seja, há o tamponamento da contradição entre o ideal de eu, introjeção das influências culturais como resultado do narcisismo, e o eu, parte do psiquismo modificada pela influência externa e que tenta aplicar essa influência sobre a instância do prazer. É preciso que o analista duvide dessa posição para incitar a divisão do sujeito, rompendo com a fantasia de que se é toxicômano e deslocando o lugar de saber que a droga ocupa e, assim, pela localização daquilo que a droga coloca como solução em relação ao sujeito, irá se articular as formas de apresentação do sintoma.

A montagem toxicomaníaca, instalada no início do tratamento, deve ser substituída, no campo transferencial, a partir da entrada do analista. A tarefa deste é favorecer uma experiência que possa traduzir um sujeito de um novo lugar. De forma geral, o vínculo da transferência com o sujeito toxicômano se organizará na retomada do questionamento fundamental do lugar do sujeito, convocando-o para participar da sua própria história.

O analista, portanto, constrói a relação analítica a partir do lugar de decomposição do estereótipo da toxicomania, os novos questionamentos do analisando vão começar a dizer de seu direcionamento subjetivo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção deste artigo, inicialmente, se deteve na apresentação do conceito de transferência, na medida em que este foi desenvolvendo dentro dos pressupostos freudianos, bem como a relevância da mesma na clínica psicanalítica e condução técnica. Em seguida, descrevemos a respeito da toxicomania e a importância de levarmos em consideração os aspectos subjetivos envolvidos nesta situação. Por fim, a relevância da transferência neste cenário, levando em consideração a especificidade desta condução clínica a partir da teoria psicanalítica.

Freud (2010f) descreve a intoxicação como uma das formas paliativas de lidar com os sofrimentos existenciais, provocadas pela condição de castração do sujeito. Essa escolha do prazer levada ao extremo pode ser compreendida como um atalho para se evitar a realidade e o desprazer, uma recusa ao enfrentamento de uma realidade psíquica conflitiva para não ter de se haver com seu mal-estar. Essa tentativa de completude narcísica é um apaziguamento que o sujeito experimenta apenas momentaneamente. A longo prazo, tende ao dismantelamento da realidade psíquica e pulsional e pode provocar uma dissolução da condição de sujeito, sendo este reduzido a condição de objeto.

Pode-se verificar que o fenômeno da toxicomania, além de amplo e complexo, apresenta-se como um grande desafio para a psicanálise na contemporaneidade, demandando muito mais do analista para que a construção do campo transferencial seja favorável. Em decorrência da vivência de transferência direcionada à função materna, presente na relação objeto droga-sujeito, inicialmente, o analisando solicita, inconscientemente, que o analista ocupe o lugar de completude exercido, até então, pela droga. Neste contexto, se faz necessário o acolhimento e a manutenção de uma relação intermediária entre a falta e um novo recurso motivador do desejo para que o sujeito se aproprie da posição subjetiva.

É preciso que se opere uma mudança de posição subjetiva sobre as funções em que os circuitos afetivos e pulsionais tem se repetido, a fim de remediar o mal-estar. Faz-se necessário, portanto, intervir no sentido de deslocar o objeto droga da posição que se encontra na dinâmica psíquica do sujeito toxicômano para fazer emergir uma demanda singular a partir do fortalecimento do simbólico.

REFERÊNCIAS

CANDI, T. Construções da transferência. **J. psicanal.**, São Paulo, v. 41, n. 75, p. 207-218, dez. 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352008000200015&lng=pt&nrm=iso. acessos em 23 abr. 2023.

CHAVES, E. **Toxicomania e transferência**. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2006. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/8962/8962.PDF>. Acesso em: 22 fev. 2023.

CORRÊA, F. **Clínica, transferência e o desejo do analista**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia)-Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2017. Disponível em: <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/5793>. Acesso em: 23 abr. 2023.

COSTI, M. T.; KRAHL, S. O Fenômeno Transferencial na Clínica da Dependência Química. **Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade**, Porto Alegre, v. 1, n.14, p. 159-186, jan./dez. 2013. Disponível em: http://www.revistacontemporanea.org.br/revistacontemporaneaanterior/site/wp-content/artigos/edicao14/13_artigos_fenomeno_transferencial_Michele_Costi.pdf. Acessado em: 20 mar. 2023.

FERREIRA, A. V. S. Clínica psicanalítica da toxicomania: reflexões teóricas e manejos clínicos. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 212-226, jun./dez. 2019. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2819>. Acesso em: 23 abr. 2023.

FRANCES, Allen. **Voltando ao normal**: Como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle. Rio de Janeiro: Versal Editores, 2016.

FREUD, S. A dinâmica da transferência. *In*: FREUD, S. **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relato em autobiografia (“O caso Schreber”); Artigos sobre técnica; Outros textos**. São Paulo: Companhia das letras, 2010a. p. 100-110 (Obras completas, v. X).

FREUD, S. Recomendações ao médico que pratica a Psicanálise. *In*: FREUD, S. **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relato em autobiografia (“O caso Schreber”); Artigos sobre técnica; Outros textos**. São Paulo: Companhia das letras, 2010b. p. 111-122 (Obras completas, v. X).

FREUD, S. O início do tratamento. *In*: FREUD, S. **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relato em autobiografia (“O caso Schreber”); Artigos sobre técnica; Outros textos**. São Paulo: Companhia das letras, 2010c. p. 123-145 (Obras completas, v. X).

FREUD, S. Recordar, repetir e elaborar. *In*: FREUD, S. **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relato em autobiografia (“O caso Schreber”); Artigos sobre técnica; Outros textos**. São Paulo: Companhia das letras, 2010d. p. 146-158 (Obras completas, v. X).

FREUD, S. Observações sobre o amor de transferência. *In*: FREUD, S. **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relato em autobiografia**

(“O caso Schreber”); **Artigos sobre técnica; Outros textos**. São Paulo: Companhia das letras, 2010e. p. 159-172 (Obras completas, v. X).

FREUD, S. O mal-estar na civilização. *In*: FREUD, S. **O mal-estar na civilização; Novas conferências introdutórias; Outros textos**. São Paulo: Companhia das letras, 2010f. p. 9-89 (Obras completas, v. XVIII).

FREUD, S. O humor. *In*: FREUD, S. **Inibição, sintoma e angústia; O futuro de uma ilusão; Outros textos**. São Paulo: Companhia das letras, 2014. p. 262-269 (Obras completas, v. XVII).

LACAN, J. Intervenção sobre a transferência. *In*: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. p. 215-226.

LAMEGO, R. G. de J.; BRITO, L. C. Toxicomania: a droga, o sujeito e a psicanálise. **DOXA: Revista Brasileira de Psicologia e Educação**, Araraquara, v. 22, n. 1, p. 284–298, out. 2020. DOI: 10.30715/doxa.v22iesp.1.14134. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/doxa/article/view/14134>. Acesso em: 23 abr. 2023.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. **Vocabulário de Psicanálise**, 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2016.

MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR, 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.

QUINET, A. **As 4+1 condições de análise**, 12 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

SANTOS, M. A transferência na clínica psicanalítica: a abordagem freudiana. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 13-27, ago. 1994. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1994000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 abr. 2023.

SCHIMITH, P. B.; MURTA, G.A.V.; QUEIROZ, S.S. A abordagem dos termos dependência química, toxicomania e drogadição no campo da Psicologia brasileira. **Psicologia USP**, [S.l.], v. 30, [s.n.], p. e180085, ago. 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/psicousp/issue/view/11238>. Acesso em: 23 abr. 2023.

SERRETTI, M. A. T. Toxicomania: um estudo psicanalítico. **Mosaico: Estudos em Psicologia**, Belo Horizonte, v. 5, n. 2, mar. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/mosaico/article/view/6246>. Acesso em: 27 fev. 2023.

VIDIGAL, E. R.; GOMES, F. G. C. Considerações psicanalíticas sobre a transferência na toxicomania. **Uningá Review**, [S. l.], v. 25, n. 1, jan. 2016.

Disponível em: <https://revista.uninga.br/uningareviews/article/view/1733>. Acesso em: 27 fev. 2023.

ZIMERMAN, D. **Vocabulário contemporâneo de psicanálise**. Porto Alegre: Artmed, 2008.