

A função traumatolítica dos sonhos com o uso de drogas na toxicomania

The traumatolytic function of dreams by drug use in drug addiction

*Douglas Rodrigo Pereira**

Resumo

Neste artigo, tenho o objetivo de realizar reflexões sobre a natureza do sonho, com o uso de drogas na toxicomania. Por meio de fragmentos de um caso clínico, trata-se de articular os citados sonhos com as postulações de Ferenczi sobre a experiência onírica. É a função traumatolítica dos sonhos que será focada. Estaríamos diante de uma repetição elaborativa do trauma? A droga pode ser entendida como um elemento externo, que é incorporado nessa série de repetições em busca de elaboração? Percorro, sucintamente e de forma panorâmica, os seguintes pontos: 1) as teorias do sonho em Freud; 2) o trauma em Ferenczi e 3) a função traumatolítica dos sonhos.

Palavras-chave: Toxicomania. Trauma. Sonhos. Função traumatolítica dos sonhos. Ferenczi. Psicanálise.

Abstract

In this article, my objective is to reflect on the nature of dreams by drug use in drug addiction. Through fragments of a clinical case, it is a matter of articulating those dreams with Ferenczi's postulates about the dream experience. The traumatolytic function of dreams will be focused here. Would we be facing an elaborative repetition of the trauma? Could the drug be understood as an external element, embedded in this series of replications seeking for elaboration? I examine, briefly and in a panoramic way, the following points: 1) Freud's dream theories; 2) the trauma in Ferenczi and 3) the traumatolytic function of dreams.

Keywords: Drug addiction. Trauma. Dreams. Traumatolytic function of dreams. Ferenczi. Psychoanalysis.

* Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

A toxicomania é problema clínico significativo. Devido à sua importância, trata-se de um tema que tem merecido um estudo de analistas de diversas gerações¹ (ABRAHAM, 1908/1980; BALINT, 1968/2014; BERGERET, 1983; CHNAIDERMAN; 2013; CONTE, 2003; CRUZ, 2012; FERENCZI, 1911/2011, 1911b/2011; GURFINKEL, 1996, 2006, 2011; LE POULICHET, 1996, 2012; MELMANN, 2000; NOGUEIRA FILHO, 1999; PEREIRA; MIGLIAVACCA, 2014; RADÓ, 1933/1962; REZENDE, 1994; ROSENFELD, 1968, 1968b; SANTIAGO, 2001; SAVIETTO, 2011, 2012; SAVIETTO; FIGUEIREDO, 2013; TOROSSIAN, 2003). A produção psicanalítica sobre o assunto é consistente², mas compreender a toxicomania, assim como avançar em seu tratamento, ainda é um dos desafios da psicanálise (LE POULICHET, 2012).

Na experiência clínica com a toxicomania, constatamos o surgimento de um fenômeno recorrente: o sonho com o uso de drogas. Trata-se de sonhos, nos quais o uso de drogas é o elemento central. Em muitos casos, esses sonhos são vividos com uma forte carga afetiva e sensorial. Em meu trabalho, ao constatar a repetição deste tipo de sonho, uma questão começou a se constituir: na toxicomania, qual a natureza do sonho com o uso de drogas?

Gurfinkel (2006) tem um trabalho importante sobre o tema dos sonhos na toxicomania. Para o citado autor, na adicção à droga, os sonhos podem ser subvertidos, no sentido de serem manipulados e usados como uma forma de gozo onipotente pelo sonhador: haveria uma instrumentalização do sonhar, retirando-lhe a sua dimensão representacional e de elaboração. Assim, perverte-se a natureza do sonhar, e, neste sentido, a busca do adicto “(...) se aproxima daquela do pseudo-sonhador que ambiciona dirigir seus sonhos. *Há um gozo especial em dirigir, manipular e dominar*, habilidades em que o adicto é mestre e busca cada vez mais se aprimorar” (p. 292, grifo do autor). Com base nestas considerações, uma questão importante se apresenta: na toxicomania, os sonhos podem ser pervertidos e serem utilizados e controlados de maneira onipotente pelo sonhador? O citado autor nos mostra como o campo de pesquisa

¹ Vale lembrar que Freud enfrentou esse problema por quatro vias: 1) o seu interesse e estudos sobre a cocaína (1884/1999, 1896/1999); 2) as suas considerações psicanalíticas sobre a função da droga no psiquismo (1930/1996); 3) sua relação passional com o fumo; e 4) o seu vício e a morte de seu amigo Ernst von Fleischl-Marxow, a quem indicara o consumo de cocaína. Aliás, o amigo morto e a citada droga possuem um papel importante no fundamental sonho da Injeção de Irma. Para saber mais sobre a relação de Freud com a cocaína, remeto os leitores ao texto de Cesarotto (1989). Aos interessados nas considerações de Freud sobre as drogas, indico Gurfinkel (2011).

² Aos interessados numa compreensão das diferentes maneiras de abordar o tema pela psicanálise, sugiro os textos de Gurfinkel (1996, 2001, 2011).

sobre o sonhar e o sonho pode nos auxiliar na compreensão e no trabalho clínico com a toxicomania. De fato, este tipo de fenômeno clínico pode nos levar a melhor análise sobre a relação patológica do humano com o objeto droga.

Neste artigo, tenho o objetivo de realizar algumas reflexões sobre a natureza do sonho com o uso de drogas na toxicomania. Destaco a dimensão traumática dos sonhos, com base nas postulações de Ferenczi sobre a função traumatolítica dos sonhos (1934/2011). Para tanto, utilizo-me de fragmentos de um caso clínico e percorro, sucintamente e de forma panorâmica, os seguintes pontos: 1) as teorias do sonho em Freud; 2) o trauma em Ferenczi e 3) a função traumatolítica dos sonhos.

Além do desejo de ingerir a droga, não estaríamos diante da possibilidade de verificarmos como esse objeto é utilizado para atenuar os efeitos do traumático? Desta forma, a droga poderia efetivar-se como um elemento externo que é incorporado numa série de repetições em busca de elaboração? As considerações aqui expostas são tributárias da análise de Gondar (2013), em seu excelente artigo sobre *Ferenczi e o sonho*. Neste texto, a citada autora indica, claramente, o impacto clínico da traumatogênese na teoria dos sonhos. Em minhas articulações, utilizo-me de suas considerações.

Matheus³ e o crack

Matheus, 34 anos, é um homem educado e sério, com acentuados traços obsessivos: ambivalência, racionalizações excessivas, formação reativa e dificuldade em viver seus elementos hostis. Usuário de vários tipos de drogas, ele procura tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). Tem o objetivo “*de ficar limpo*”⁴. Relata uma vontade de controlar todas as situações de sua vida, sobretudo a relação com as pessoas. Para ele, perder o controle das relações era extremamente perigoso, pois imaginava que o outro poderia lhe despertar algum tipo de afeto intenso e incontrolável. Controlava para não se descontrolar; controlava para os outros não o controlarem. As mulheres lhe assustavam muito. Eram “*perigosas e traiçoeiras*”. Matheus sempre dizia que “*não era bom para viver essas coisas: nem tristeza, nem alegria*”. Sempre que vivia sentimentos intensos, emergia o desejo de usar crack.

³ Trata-se de um nome fictício. Informações pessoais que poderiam facilitar a identificação dos envolvidos foram omitidas.

⁴ Todas as falas de Matheus serão apresentadas em itálico.

Por essa razão, preferia se isolar das pessoas. Repetia: *“Estou tentando não sentir nada. Assim está melhor para mim.”* Seu objetivo era ficar limpo e não sentir nada que pudesse desestabilizar a sua economia psíquica. Seria isso possível?

Desde o início do trabalho, traçamos uma luta para não perdemos o controle: se, por um lado, ele tentava me controlar com relação ao tempo de atendimento e à condução do trabalho, eu, por outro, batalhava para não ceder à minha tendência em escutá-lo por um tempo muito maior do que o estabelecido. Sua fala era sedutora e planejadamente construída para que, quase perto do fim da sessão, presenteasse-me com algum material supostamente importante. Inicialmente, fui seduzido por esse modo de organizar o discurso, mas, com o tempo, percebi que se tratava de uma maneira de me controlar. Matheus falava muito, sempre contando sua história detalhadamente. Minhas intervenções não surtiam efeito algum. Ele as ouvia, parecia compreendê-las, mas logo voltava ao seu discurso organizado.

Certo dia, pergunto-lhe se ele sonhava. Responde-me afirmativamente. Em seguida, conta-me um sonho ocorrido na noite anterior. Trata-se de um sonho para o outro, endereçado ao analista? *“Estou na biqueira, sabe, e vou para lá para fumar crack e maconha. Não acontece muita coisa, só fico lá, sozinho, fumando e sentindo o gosto do crack.”* O sonho se apresentou para Matheus como algo concreto: não havia espaço para expressões simbólicas. Era um sonho impregnado de forte carga afetiva. Com a voz trêmula, ele me diz: *“Esses sonhos me assustam. Eu sempre acordo suado, com medo, pois fico com vontade de sair e ir usar crack. Mas estou 36 dias sem fumar.”* Esse espanto podia ser visto em seu corpo: ele se retraía e seu rosto ficava com um aspecto pálido. Disse-lhe que sonhar que estava usando crack não significava que ele estava usando crack em sua vida desperta. *“Esses sonhos me assustam porque me mostram que ainda tenho muita vontade de fumar o maldito crack. Me sinto culpado. Não quero isso para mim mais. Já chega! Não quero ter nenhuma recaída.”*

Durante o nosso trabalho, com a duração de apenas quatro meses, Matheus contou-me quatro sonhos. Eram sonhos brutos. Se por um lado haveria, aparentemente, uma pobreza de elementos simbólicos, por outro, com efeito, algum trabalho de elaboração está sendo realizado, pois, Matheus continuava sonhando. Havia força de vida para a produção dos sonhos e para que o trabalho de figurabilidade pudesse se constituir. Apenas no último sonho contado, foi possível identificar uma ampliação e modificação na qualidade dos processos oníricos.

Ando sozinho em uma favela perto de casa. De repente, surge um homem velho; coloco as mãos no bolso da calça, e, do nada, aparecem pinos de cocaína com várias pedras de crack dentro deles. Fico desesperado. Começo a correr. O homem desaparece, e, quando vou ver, a droga sumiu também. Do nada, estou no caminho da casa em que vivi com os meus pais. Estou machucado, como se tivesse usado muita droga, com as roupas sujas e rasgadas. Só que, para a minha surpresa, eu não tinha usado nenhuma droga. Quando chego em casa, meu irmão, que era criança no sonho, me olha e não me vê. Eu tento falar com ele, mas ele não me ouve e fala como se estivesse respondendo para o nosso cachorro, que está perto de mim. Minha mãe está na cozinha, e meu pai, lá fora, lava o carro. Ninguém me vê. Tento falar com minha mãe, mas ela nem me olha.

Quando lhe pedi associações sobre esse sonho, Matheus ressaltou a intensa carga afetiva que lhe invadia: novamente acorda, extremamente assustado. Contudo, apesar de susto, ele não ficou desesperado e com vontade de usar crack. “*Mas fiquei meio estranho com o fato de minha família não me enxergar e ver que eu existo.*” Digo que, diferentemente dos outros sonhos, nos quais a droga parecia ser o centro, neste, ao contrário, a relação com a sua família estava sendo focada.

Esse sonho nos possibilitou uma aproximação com aspectos importantes de sua história familiar. Em sua família, ele era visto como alguém sem grandes capacidades de autonomia na vida cotidiana. Acusava os seus pais de colocarem todas “*as fichas em seus irmãos*”. Sentia-se como se tivesse “*um trauma*”. Neste momento, ele começava a falar com uma voz mais baixa, como se quisesse me falar algo ao pé do ouvido, algum segredo. Disse-me: “*Você sabe como tenho dificuldades com as mulheres. Sabe como elas são perigosas para mim. Não confio nelas; são traiçoeiras. Não quero sentir nada por elas. Elas ficam escondendo o que querem realmente.*” Perguntei-lhe quais mulheres haviam mentido para ele. “*Minha mãe foi a primeira a mentir. Ela nunca foi confiável, nunca mesmo. Sempre foi muito dissimulada. Acho que isso me faz mal, não sei nem o que estou falando! Só sei que é assim que me sinto. É difícil sentir qualquer coisa.*”

Após uma sessão na qual ele me relatou sua decepção com as mulheres e a sua vontade de agredi-las, nunca mais retornou à instituição. Não atendeu ao meu telefonema. Semanas depois, soube que Matheus estava, novamente, usando crack.

O sonho em Freud: da realização do desejo ao trauma

O sonho é um objeto psicanalítico por excelência. Em “*A interpretação dos sonhos*” (1900/2013), Freud mostrou-nos como o sonho e os sintomas neuróticos se constituem de maneira similar: são realizações distorcidas de desejos inconscientes. Nesta obra, vemos como Freud, com base em sua autoanálise e em seu trabalho clínico com a histeria, construiu o seu primeiro modelo de aparelho psíquico. O foco de sua análise era a formação onírica: como os sonhos são produzidos e quais são os seus sentidos? Tratava-se de pensar na articulação entre diversos elementos que compunham os sonhos: desejos, censura, conflitos, sobredeterminação, restos diurnos, condensação, deslocamento, figurabilidade, sexualidade infantil, alucinação e identidade perceptiva. Freud, com essa articulação, estava construindo o inconsciente como uma máquina de processar e transformar esses elementos. Como bem afirma Menezes (2001), nesse modelo de inconsciente, o que é central é a mobilidade de investimentos dos traços mnêmicos da experiência de satisfação.

Se em *A interpretação dos sonhos* (1900/2013) o desejo é o motor da experiência onírica, anos depois, em *Além do princípio de prazer* (1920/2010), vemos Freud nos mostrar a existência de sonhos que não são realizações de desejos recalçados⁵. Os sonhos traumáticos recolocam a situação traumatizante no centro da vida psíquica. Em suas vidas despertas, no entanto, não estão interessados em pensar e reviver o trauma. Aliás, é provável que, conscientemente, prefiram evitar qualquer aproximação subjetiva com a experiência traumática. Não obstante, na vida onírica, retorna-se às vivências que nunca trouxeram nenhum tipo de prazer. Freud nos leva para o campo mortífero da enigmática pulsão de morte, das intensidades sem representações e da compulsão à repetição. Como bem nos mostra Ab’Saber (2005),

Neste nível, sobre a matéria psíquica dos sonhos, experiência universal, as noções associadas à pulsão de morte passam a ter imenso impacto, porque mudam mesmo a posição do analista diante de sua matéria mais cotidiana, a via régia para o inconsciente. O sonho que não realiza desejo, mas repete experiências

⁵ Em seu livro sobre os sonhos, Ab’Saber (2005) indica como o desenvolvimento do conceito de pulsão de morte teve relação direta com o sonhar do homem Freud e sua autoanálise tardia. Assim, tanto em *A interpretação dos sonhos* (1900/2013), com sua postulação do sonho como realização de desejo, quanto em *Além do princípio de prazer* (1920/2010), com a hipótese freudiana dos sonhos traumáticos e da pulsão de morte, vemos o papel desempenhado pelos sonhos na constituição da metapsicologia e da clínica de Freud.

desprazerosas, na tentativa de fazê-las ganhar elaboração e articulação com a vida mais ampla do psiquismo, é um sonho que, ao contrário de manter o sono, o rompe, como os sonhos das neuroses traumáticas mostram (p. 287).

Com efeito, a compulsão à repetição e a pulsão de morte modificam, substancialmente, o modo como analisarmos os sonhos. Os sonhos continuam submetidos ao princípio de prazer, mas outra dimensão fundamental é apresentada: a repetição do trauma como a necessidade de efetuar ligações das experiências que ainda não estão reguladas pelo princípio econômico de desprazer/prazer. Com isso, o trabalho analítico se torna ainda mais complexo: não trata mais de apenas possibilitar a passagem do inconsciente reprimido para o pré-consciente, mas, isso sim, possibilitar que a ligação do traumático seja possível.

Só depois de um enlaçamento (*Bindung*) bem sucedido é que poder-se-ia se estabelecer o domínio irrestrito do princípio de prazer (e de sua modificação em princípio de realidade). Enquanto isso não acontece, a tarefa do aparelho psíquico de processar (*bewältigen*) ou enlaçar (*binden*) a excitação teria prioridade, não em oposição ao princípio de prazer, mas independentemente dele e, em parte, sem levá-lo em consideração (FREUD, 1920/2001, p. 159).

A introdução da compulsão à repetição em 1914, em *Recordar, repetir e elaborar* (FREUD, 1914/2011), deu início às modificações na metapsicologia e na técnica analítica. Freud se vê obrigado a desconfiar de sua crença na recordação (GREEN, 2008). Entretanto, foi só em 1920 que houve uma transformação sistemática em seu pensamento.

Na conferência *Revisão da teoria dos sonhos* (1933/1996), Freud ressalta que o trauma traz consequências para a teoria do sonho. A repetição do traumático mostra-se surpreendente. “Que impulso decorrente de desejos poderia satisfazer-se retornando, dessa maneira, a essa experiência traumática tão desagradável? É difícil imaginar” (p. 36-67). Em seguida, ele continua a sua argumentação:

A fixação inconsciente a um trauma parece estar, acima de tudo, entre esses obstáculos à função de sonhar. Enquanto a pessoa que dorme é obrigada a sonhar, porque o relaxamento da repressão, à noite, permite que se torne ativa a pressão ascendente da fixação traumática, há um fracasso no funcionamento da sua elaboração onírica, que gostaria de transformar os traços

de memória do evento traumático em realização de desejo. Nessas circunstâncias, acontecerá que a pessoa não pode dormir, que ela desiste de dormir por medo de que falhe a função do sonhar. As neuroses traumáticas oferecem-nos aqui um caso extremo; mas devemos admitir que as experiências da infância também são de natureza traumática, e não há por que nos surpreendermos se interferências relativamente banais na função dos sonhos podem surgir também sob outras condições (p. 38, grifo nosso).

A fixação no trauma é o elemento que impede a experiência do sonho como realização de desejo. Além de toda a problemática envolvendo a neurose traumática, as experiências da infância podem ser, elas mesmas, traumáticas e nos colocar diante da necessidade premente de repetição do desprazer.

Como vemos, em Freud, existem dois momentos centrais da teoria do sonho: 1) o sonho como realização de desejo. Neste modelo, os processos de trabalho do sonho (condensação, deslocamento e figurabilidade) são centrais para compreendermos o sentido da formação onírica. A interpretação era a principal técnica que possibilitava a passagem entre representações inconscientes e representações pré-conscientes, numa articulação entre as representações de coisa e representações de palavras e 2) o sonho traumático como manifestação da compulsão à repetição e da pulsão de morte, além do princípio de prazer. Nessa última concepção, os sonhos se apresentam como uma forma de exigência de ligação psíquica das experiências traumáticas.

A modificação da concepção do sonho como realização de desejo, a teoria do narcisismo, a compulsão à repetição, o trauma e a pulsão de morte impuseram a ampliação do conhecimento sobre o sonho e o sonhar⁶.

O sonhar como acontecimento e experiência

Coube a outros analistas pensarem na experiência do sonhar em outras modalidades e registros do existir e sofrer humanos. Com o desenvolvimento de nossa disciplina, os analistas têm estudado, além do sonho em sua positividade, a impossibilidade de sonhar e seus efeitos para a vida psíquica. Trata-se, assim, de pensar no campo do negativo, de uma impossibilidade de sonhar ou do colapso do sonhar, como bem nos aponta Gurfinkel (2006).

⁶ Aos interessados no tema da relação entre sonho e sono, remeto-os ao livro de Gurfinkel (2006).

Ab'Saber (2005), por exemplo, é um autor que trabalha e discute de como a psicanálise possibilita a construção de um sonho que não podia ser sonhado. Trata-se de pensar e discutir a restauração ou inauguração da experiência do sonhar. Ferraz (2012), por sua vez, afirma que, no campo do estudo dos sonhos, temos que pensar nos elementos da constituição do próprio sonhar. Khan (1962/1984, 1963/1984, 1972/1984), em seus clássicos estudos sobre o sonho, ressalta a necessidade de compreendermos o sonhar como experiência, como vivência, como acontecimento. Para Pontalis (2005), a experiência do sonhar deve ser entendida antes de qualquer tentativa de interpretação de seu conteúdo do sonho.

O campo de estudo dos sonhos é amplo e está em desenvolvimento. Contemporâneo de Freud, Ferenczi (1934/2011) contribuiu, consistentemente, para a passagem do foco do conteúdo dos sonhos para a experiência do sonhar. As suas contribuições são fundamentais na história da psicanálise e no desenvolvimento do pensamento clínico. Com ele, como apresentarei, o sonho traumático se transforma e passa a ter um espaço fundamental na psicanálise.

Ferenczi e o trauma

O trauma é o tema central na obra de Ferenczi (1931/2011, 1932/1990, 1933/2011, 1934/2011). Para ele, a articulação entre os fatores exógenos e endógenos é primordial na constituição do psiquismo. Ferenczi não retira o peso da fantasia, mas, com base em suas experiências com casos complexos, que hoje teríamos dificuldades em colocar no rol das neuroses, acentua a centralidade das experiências intersubjetivas no psiquismo. Atendendo a estes tipos de casos, os quais não estavam inseridos num sofrimento baseado, essencialmente, num conflito psíquico, ele percebeu a necessidade de postular novos conceitos e noções, bem como propor modificações técnicas⁷.

Em uma nota de seu *Diário clínico* (1932/1990), Ferenczi explicita claramente a sua concepção do trauma.

⁷ Considerando o meu objetivo, não trabalharei as importantes contribuições clínicas de Ferenczi para prática analítica. Indico, panoramicamente, alguns elementos fundamentais de sua teoria: a importância do trauma na constituição psíquica e na psicopatologia, o papel das defesas de atomização e clivagem do Eu, a identificação com o agressor e a progressão traumática (1931/2011, 1932/1990, 1933/2011, 1934/2011). Aos interessados em leituras atentas da obra de Ferenczi, sugiro os trabalhos de Kupermann (2008) e Pinheiro (2016).

“Comoção”, reação a uma excitação externa ou interna num modo mais autoplástico (que modifica o eu) do que aloplástico (que modifica a excitação). Essa neoformação do eu é impossível sem uma prévia destruição parcial ou total, ou sem dissolução do eu precedente. Um novo Ego não pode ser formado diretamente a partir do Ego precedente, mas a partir de fragmentos, produtos mais ou menos elementares da decomposição deste último. (*Explosão, pulverização, atomização*). A força relativa da excitação “insuportável” determina o grau e a profundidade da decomposição do Ego (p. 227, grifo nosso).

A atomização ilustra bem o efeito da tentativa de sobrevivência psíquica advinda de um trauma (UCHITEL, 2011). O trauma sempre tem um caráter imprevisível e insuportável. Pinheiro (1995) afirma que temos dois tipos de grupos de traumas: 1) aqueles que proporcionam uma reestruturação psíquica, na qual o eu não foi atingido em sua integridade. A castração é um exemplo de um trauma estruturante e 2) experiências que, diferentemente do que ocorre no primeiro grupo, provocam uma desestruturação do ego, pois eles são vividos com intensa surpresa e impossibilidade de elaboração. Neste último modo do traumático, a própria existência e a capacidade de viver são afetadas. Mézaros (2011) elenca muito bem as características do trauma, em Ferenczi: 1) trata-se de um evento real; 2) que possui um valor a partir da experiência intersubjetiva; 3) possui elementos intrapsíquicos e interpessoais; 4) o fator patogênico mais forte é introjeção pela criança da culpa do adulto; 5) identificação com o agressor; 6) dissociação, fragmentação, como resultado do trauma e 7) condição pós-traumática: a existência de algum adulto que possa acolher e ajudar a criança, dando-lhe um sentido para as vivências traumáticas.

Em *Confusão de língua entre os adultos e a criança* (1933/2011), Ferenczi cita as seguintes formas de traumatizar uma criança: amor excessivo e forçado do adulto, punições demasiadamente severas e o terrorismo do sofrimento. Este último ocorre quando a criança é responsável por resolver conflitos familiares ou problemas afetivos dos adultos, sendo colocada numa posição de pais dos pais. Como bem aponta Sanches (2005), o trauma ferencziano tem três tempos: 1) a criança confia em um adulto; 2) esse adulto causa algum tipo de sofrimento grave à criança, despedaçando toda a confiança nele depositada e, o verdadeiro elemento traumatizante, é 3) o desmentido da vivência da criança. Com essa impossibilidade de ter sua vivência reconhecida pelo outro, pode haver uma cisão entre as partes do ego: uma parte sabe o que houve, mas nada sente e a outra parte, por sua vez, nada sabe do que efetivamente ocorreu, mas

sente o impacto dessa vivência. Em *Análises de crianças com adultos* (1931/2011), Ferenczi afirma: “O pior é realmente a negação, a afirmação de que não aconteceu nada, de que não houve sofrimento” (p. 91, grifo nosso). O ato de negar a experiência do que ocorreu com a criança, num sentido de apagamento da vivência e percepção subjetiva, possui uma força traumática intensa: o trauma possui um caráter insuportável e incompreensível. A importância do desmentido⁸ dá à concepção ferencziana uma originalidade, pois acentua a importância da relação intersubjetiva para o desfecho de uma fragmentação traumática. O desmentido deixa a criança às cegas em sua experiência afetiva intensa, não lhe dando contornos nem para confirmar o sofrimento em que ela vive. Daí, por exemplo, decorre a preocupação de Ferenczi sobre a insensibilidade do analista e a sua capacidade de retraumatizar o analisando. A possibilidade de a psicanálise ser iatrogênica é um de seus temas. Pode-se afirmar que o principal objetivo de Ferenczi é dar um destino possível ao traumático, possibilitando uma construção ou reconstrução psíquica. Trata-se, com efeito, de um trabalho de concepção da traumatogênese do psiquismo. Cito-o: “Ficarei satisfeito se tiverem colhido a impressão de que levamos em conta a traumatogênese, por tanto tempo negligenciada, poderia mostrar-se uma decisão fecunda não só no plano terapêutico e prático, mas também no teórico” (1930/2011, p. 29).

A função traumatolítica dos sonhos

Na concepção de uma traumatogênese, o trauma é elevado a um dos elementos constituintes da subjetividade. Na esteira de seus estudos sobre o trauma, Ferenczi (1934/2011) amplia formulação do sonho como realização de desejo e do sonho traumático como impossibilidade de vivenciar o sonhar⁹. O sonho traumático, o sonho da repetição do desprazer, teria a função de repetir o trauma para que, de alguma forma, fosse possível alguma espécie de elaboração. Sem dúvida, em Freud, um dos aspectos da compulsão à repetição é o de procurar alguma elaboração para a experiência traumática. Ferenczi, todavia, acentua ainda mais a importância dessa função de repetição do desprazer no

⁸ Para uma discussão sobre os efeitos do desmentido no psiquismo e seus desdobramentos para o campo social, indico o texto de Kupermann (2017).

⁹ Por causa de meu objetivo, não me será possível detalhar as diferenças entre Freud e Ferenczi em relação ao trauma. Aos interessados no assunto, remeto-os ao livro de Uchitel (2011). Para uma leitura psicanalítica baseada nas postulações de Ferenczi, indico Kupermann (2008).

sonho. Via de regra, a função fundamental do sonho é realizar “uma tentativa de levar acontecimentos traumáticos a uma resolução e a um domínio psíquico melhor” (...) (p. 128, grifo nosso).

Ele continua:

Não desejaria, portanto, que o retorno dos restos do dia e da vida no sonho fosse considerado o produto mecânico da pulsão de repetição, mas suspeito de que, lá bem atrás, temos a ação de uma tendência, que deve ser igualmente qualificada de psicológica, para uma nova e melhor resolução, em que a realização de desejo é o meio pelo qual o sonho conseguirá chegar a ela, mais ou menos bem (p. 128).

Mesmo o sonho de realização de desejo tem como função possibilitar que o psiquismo encontre melhor elaboração para a dimensão traumática da vida humana. Gondar (2013)¹⁰ afirma que, para Ferenczi, o sonho sempre tem o propósito curativo, pois visa, por meio da compulsão à repetição, promover a transformação e elaboração dos elementos traumáticos. Por meio da repetição compulsiva, os traumas podem ser elaborados. Trata-se da função traumatológica dos sonhos (FERENCZI, 1934/2011). Neste contexto, a compulsão à repetição é essencial porque, com ela, a situação traumática vai perdendo a sua força de choque; e, além disso, a repetição faz com que o trauma seja vivido ativamente pelo sujeito, efetuando a passagem de uma posição passiva para uma ativa. Como bem afirma Gondar: “com a passagem da passividade para a atividade, o sujeito busca se proteger do susto causado pelo entorno” (p. 31). Essas são concepções da compulsão à repetição que, em certa medida, estão presentes em *Além do princípio de prazer* (1920/2011). Freud, com a introdução da pulsão de morte e da compulsão à repetição, também afirma que o trauma possui um papel central nos sonhos, sendo a tendência ao prazer uma das dimensões dos sonhos, mas não a única. Entretanto, vemos Ferenczi ampliar e trabalhar, clinicamente, com as postulações freudianas: a função fundamental dos sonhos é a traumatológica e o sonho de realização de desejo é apenas uma modalidade de expressão desta função.

Gondar (2013) indica como, para Ferenczi, o sonho possui duas modalidades: 1) o sonho primário, que consiste numa repetição das impressões sensíveis, da experiência em si. Como bem acentua a autora, são sonhos com muitas vivências de sensações corporais e 2) a segunda forma do sonho, cha-

¹⁰ Para uma análise atenta do sonho em Ferenczi, indico a leitura do artigo de Gondar (2013).

mada de sonho secundário, consiste numa experiência na qual a repetição do trauma começa a ganhar força de imagens e já representa um certo domínio do traumático. Neste ponto, o processo de figurabilidade possui um papel essencial, pois, antes de pensarmos em deslocamentos ou condensações, temos que pensar na própria possibilidade de transformar as experiências psíquicas em imagens.

Em outras palavras: *a tendência à repetição do trauma é maior durante o sono que no estado vígil; no decorrer do sono profundo, a perspectiva de um retorno das impressões sensíveis não resolvidas, profundamente enterradas, muito veementes e, portanto, acompanhadas outrora de uma profunda inconsciência, é bem mais provável.* Caso se consiga estabelecer o vínculo entre essa passividade total e o sentimento de ser capaz de viver o traumatismo até o fim (ou seja, encorajar o paciente a repetir e a viver o evento até o fim, o que frequentemente só se produz após inúmeros fracassos e, no começo, de um modo apenas parcial), *então uma nova espécie de resolução do trauma, mais vantajosa, e até mais duradoura também pode produzir-se* (FERENCZI, 1934/2011, p. 130, grifo nosso).

Ferenczi, em sua atuação clínica, não recua diante da pulsão de morte e de seus desdobramentos; não recua diante da necessidade de escutar a criança presente no adulto, tampouco foge das regressões de seus pacientes. Neste sentido, podemos pensar que as concepções de Ferenczi sobre o sonho nos indicam um caminho para pensarmos na experiência do sonhar e repetitiva necessidade de transformar o trauma, colocando quem o sofreu em uma posição ativa diante do externo excessivo ou abandonador. Como Gondar (2013, p. 33, grifo nosso) bem acentua: “Não podemos dizer que, em Ferenczi, os sonhos sejam a via régia para o desejo inconsciente; eles são, *de fato, uma via régia e direta para alguma coisa mais primária, que forma a própria matéria prima da subjetividade: as impressões sensíveis*”.

Kupermann (2008b, p. 83-84) acentua muito bem o estilo do pensamento e da clínica de Ferenczi. As dimensões do sensível e do jogo são essenciais.

No estilo clínico que assim se constituía, as balizas passavam a ser não mais associação livre, princípio de abstinência e interpretação, porém associação livre, regressão e jogo (ou brincar – *Spielen* em alemão; *to play*, no inglês de Winnicott), indicando que a aposta principal do trabalho analítico recaía agora na qualidade do encontro afetivo que se estabelecia na transferência. O problema é que, ao se definir o *modus operandi* da clínica atra-

vés do encontro sensível entre analista e analisando, passava-se a exigir uma enorme disponibilidade afetiva do psicanalista, bem como uma ampliação dos limites estabelecidos para o campo transferencial.

Vemos que, com as postulações de Ferenczi, o caráter sensível dos sonhos é central, tanto em termos teóricos quanto em relação à técnica analítica.

Matheus retorna

Nos sonhos de Matheus, podemos circunscrever alguns elementos importantes. Qual a necessidade de ele, desde seus 12 anos, utilizar drogas para poder “viver melhor”? Com base nas postulações de Ferenczi (1931/2011, 1934/2011), o sonho de usar drogas não poderia ser pensado em outra chave: a droga não poderia ser consumida como uma forma de atenuar elementos traumáticos? Seu retorno nos sonhos não poderia ser essa tentativa de algum tipo de elaboração possível? Elaboração onírica que se iniciaria com os elementos brutos e sensíveis das experiências corporais até uma possível produção onírica, baseada na condensação e no deslocamento? Dito de outra forma: a droga seria uma espécie de veneno/remédio (LE POULICHET, 2012) capaz de produzir algum tipo de elaboração ou alívio para as vivências insuportáveis? De certa maneira, pode-se arriscar a dizer que a utilização da droga configuraria uma espécie de tentativa – claramente destinada ao fracasso – de realizar o trabalho de ligação dos elementos psíquicos brutos e sem contornos? Assim, a droga poderia efetivar-se como um elemento externo que é incorporado numa série de repetições em busca de elaboração. Conforme a citada autora, poderíamos pensar numa tentativa de cura paradoxal: intoxica-se para se livrar de uma intoxicação primeira – a intoxicação por um objeto insuportável? No sonhar e nos sonhos, o uso da droga poderia ser, justamente, uma tentativa de cura? Trabalho da função traumatológica dos sonhos?

No segundo sonho aqui apresentado, vemos o deslocamento da problemática da droga para a vivência de uma não existência no seio familiar. Matheus poderia estar me comunicando que as drogas funcionavam como remédio, diante da impossibilidade de sustentação da própria existência? Falta de sustentação dos objetos; falta de sustentação do corpo/psiquismo. É interessante como a qualidade dos sonhos de Matheus foi se transformando. Passamos de um mundo povoado de figuras e sensações brutas, relacionado ao crack, para um mundo de um contato bruto com um objeto primário não con-

fiável. A brutalidade e concretude estavam presentes, independentemente das formas de produção onírica. Ao final de nossos encontros, com efeito, a brutalidade também foi sentida por mim: o abrupto término de um trabalho que me parecia fecundo. Matheus volta ao crack; deparo-me com os limites e as frustrações decorrentes do trabalho analítico.

Matheus sempre usava crack sozinho: ele ficava “*doidão*”, trancado em seu quarto e em seu mundo. Relatava que gostava de ficar o dia todo fumando crack, com a sensação boa de estar conseguindo viver melhor. Ao término da “*brisa*”, ele se sentia extremamente fragilizado e impotente. Com isso, para conseguir suportar esse sofrimento, fumava mais uma pedra de crack. Haveria uma espécie de desmentido da vivência do pequeno Matheus? Como ele poderia viver os afetos, já que eles não eram recebidos pelo ambiente como uma experiência em si, mas como mentira e falsa vivência? Matheus falava sobre a sua dificuldade em confiar em si e nos outros. Não confiava no que sentia e vivia. Não confiava em seus afetos. Eram verdadeiros ou falsos? Sobre esse apagamento desconfiava das experiências, Pinheiro (2016) faz uma bela consideração:

O trauma, porém, faz um apelo momentâneo ao corpo. Seu único objetivo é apagar para sempre o acontecimento, cavando um buraco na própria história, afastando das trocas psíquicas uma parte de seu próprio eu. O sujeito que sofre um trauma mata uma parte de si próprio. O trauma pratica no sujeito um assassinato, no qual ele é, ao mesmo tempo, assassino e vítima (p. 148).

Neste contexto, caberia ao analista escutar o sonho pela via sensível, das experiências corporais e dos afetos. A possibilidade de sonhar deve ser reconstruída ou construída. Autores como Ab'Saber (2005) e Gurfinkel (2006) trabalham e apontam para essa construção do sonhar. Aqui, cabe pensarmos que, possivelmente, interpretações excessivas, ou silêncios demasiados, poderiam impossibilitar a construção e sustentação do sonhar. Será que um excesso de sentido do analista poderia ter um efeito iatrogênico? Não nos custa lembrar uma preocupação essencial de Ferenczi: não transformar a análise numa máquina traumatizante...

Considerações finais

Vimos como, a partir das perguntas iniciais apresentadas, emergiram outras, numa espécie de desdobramento contínuo. Estes sonhos podem se cons-

tituir como sonhos típicos na toxicomania? Qual o seu caráter comunicativo? Como escutar e trabalhar com estes sonhos? Com este tipo de sonho, é possível ampliarmos a nossa concepção sobre o sonhar como experiência de elaboração de elementos traumáticos, conforme vimos em Ferenczi (1934/2011)? Ademais, considerando-se as postulações de Gurfinkel (2006), a possibilidade de experiências pseudo-oníricas precisa ser considerada como forma de um não-sonhar na toxicomania. Temos, assim, um campo de estudo fecundo para a psicanálise.

Muitas perguntas; poucas respostas. Muitos caminhos; muitos sonhos – assim se deseja.

Autor

Douglas Rodrigo Pereira. Psicólogo, psicanalista, mestre em Psicologia Clínica/Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP).

E-mail: pereira.dougridro@gmail.com

Tramitação

Recebido em 01/08/2017

Aprovado em 05/10/2017

Referências

AB´SÁBER, Tales Afonso Muxfeldt. *O sonhar restaurado: formas do sonhar em Bion, Winnicott e Freud*. São Paulo: Editora 34, 2005.

ABRAHAM, Karl (1908). Las relaciones psicologicas entre la sexualidad y el alcoholismo. In: _____. *Psicoanálisis clínico*. Buenos Aires: Horme, 1980. p. 60-67.

BALINT, Michael (1968). *A falha básica: aspectos terapêuticos da regressão*. 2. ed. São Paulo: Zagodoni, 2014.

BERGERET, Jean. *Toxicomania e personalidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1983.

CESARROTO, Oscar. *Affair freudiano: os escritos de Freud sobre a cocaína*. São Paulo: Iluminuras, 1989.

CHNAIDERMAN, Miriam. Ruas/corredores em labirínticos encontros desencantados. In: FIGUEIREDO, Luis Claudio; SAVIETTO, Bianca Bergamo;

SOUZA, Octávio. *Elasticidade e limite na clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2013, p. 305-324.

CONTE, Marta. Necessidade-demanda-desejo: os tempos lógicos na direção do tratamento nas toxicomanias. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, Porto Alegre, n. 24, p. 41-59, 2003.

CRUZ, Marcelo Soares. *Reflexões sobre a relação entre a personalidade borderline e as adições*. 132 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

FERRAZ, Flavio Carvalho. Por uma metapsicologia dos restos diurnos. In: _____. FERRAZ, F.C; FUKS, L.B; ALONSO, S.L. *Psicanálise em trabalho*. São Paulo: Escuta, 2012, p. 27-40.

FERENCZI, Sandor (1911). *O papel da homossexualidade na patogênese da paranoia*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 179-197. (Obras completas Sándor Ferenczi, 1).

_____. (1911b). *O álcool e as neuroses*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 199-204. (Obras completas Sándor Ferenczi, 1).

_____. (1930). *Princípio de relaxamento e neocatarase*. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 61-78. (Obras completas Sándor Ferenczi, 4).

_____. (1931). *Análises de crianças com adultos*. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 79-96. (Obras completas Sándor Ferenczi, 4).

_____. (1932). *Diário Clínico*. São Paulo: Martins Fontes, 1900.

_____. (1933). *Confusão de língua entre adultos e a criança*. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 111-135. (Obras completas Sándor Ferenczi, 4).

_____. (1934). *Reflexões sobre o trauma*. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 126-135. (Obras completas Sándor Ferenczi, 4).

FREUD, Sigmund (1894). Sobre la cocaína. In: _____. *Escritos sobre la cocaína*. Barcelona: Anagrama, 1999. p. 91-122.

_____. (1896). La cocaína como médio para obtener un fin. In: _____. *Escritos sobre la cocaína*. Barcelona: Anagrama, 1999. p. 205-212.

_____. (1900). *A interpretação dos sonhos*. v. 1. Porto Alegre: L&PM, 2013.

_____. (1914). *Recordar, repetir e elaborar*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 193-209. (Obras completas, 10).

_____. (1920). *Além do princípio de prazer*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 162-239. (Obras completas, 14).

_____. (1930). *Mal estar na civilização*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 13-122. (Obras completas, 18).

_____. (1933). *Revisão da teoria dos sonhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 17-38. (Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud, 22).

GRENN, Andre. *Orientações para uma psicanálise contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago; São Paulo: SBPSP, 2008.

GONDAR, Jô. Ferenczi e o sonho. *Cadernos de Psicanálise-CPRJ*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 29, p. 27-39, 2013.

GURFINKEL, Décio. *A pulsão e seu objeto-droga: estudo psicanalítico sobre a toxicomania*. Petrópolis: Vozes, 1996.

_____. *Sonhar, dormir e psicanalisar: viagens ao informe*. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2006.

_____. *Adições: paixão e vício*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2011.

KHAN, Masud (1962). Psicologia do sonho e a evolução da situação psicanalítica. In: _____. *Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1984, p. 39-56.

_____. (1963). O conceito de trauma cumulativo. In: _____. *Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1984, p. 57-74.

_____. (1972). Uso e abuso do sonho na experiência psíquica. In: _____. *Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1984, p. 369-379.

KUPERMANN, Daniel. *Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

_____. Presença sensível: a experiência da transferência em Freud, Ferenczi e Winnicott. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, 41(75): 75-96, dez. 2008b.

_____. A “desautorização” em Ferenczi: do trauma sexual ao trauma social. In: _____. *Estilos do cuidado: a psicanálise e o traumático*. São Paulo: Zagodoni, 2017, p. 47-54.

LE POULICHET, Sylvie. Toxicomania: a invenção de uma autocronia. In: _____. *O tempo na psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1996, p. 105-120.

_____. *Toxicomanías y psicoanálisis: lãs narcosisdeldeseo*. 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu, 2012.

MELMANN, Charles. *Alcoolismo, delinquência, toxicomania: outra forma de gozar*. São Paulo: Escuta, 2000.

- MENEZES, Luis Carlos. A estrutura psíquica à luz da metapsicologia freudiana. In: _____. *Fundamentos de uma clínica freudiana*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2001.
- MÉSZAROS, Judith. Elementos para a teoria contemporânea do trauma. *Percurso: revista de psicanálise*, São Paulo, Ano XXIII, n. 46, p. 9-20, 2011.
- NOGUEIRA FILHO, Durval Mazzei. *Toxicomania*. São Paulo: Escuta, 1999.
- PEREIRA, Douglas Rodrigo; MIGLIAVACCA, Eva Maria. Aspectos da compulsão à repetição na toxicomania. *Cadernos de Psicanálise-CPRJ*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 30, p. 71-87, 2014.
- PINHEIRO, Teresa. *Ferenczi: do grito à palavra*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995. _____. *Ferenczi*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2016.
- PONTALIS, Jean-Bertrand. Entre o sonho-objeto e o texto-sonho. In: _____. *Entre o sonho e a dor*. Aparecida: Idéias e Letras, 2005, p. 33-73.
- RADÓ, Sandor (1933). El psiconálisis de la farmacotimia (afición a las drogas). In: _____. *Psicoanálisis de la conducta*. Buenos Aires: Horme, 1962, p. 73-88.
- REZENDE, Manuel Morgado. *Curto-circuito familiar e drogas: análise das relações familiares e suas implicações na farmacodependência*. Taubaté: Cabral, 1994.
- ROSENFELD, Herbert. Da toxicomania. In: _____. *Os estados psicóticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1968, p. 148-165. _____. Psicopatologia da toxicomania e do alcoolismo: revisão crítica da literatura psicanalítica. In: _____. *Os estados psicóticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1968b, p. 245-273.
- SANCHES, Gisela Paraná. *A psicanálise pode ser diferente*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- SANTIAGO, Jesus. *A droga do toxicômano: uma parceria cínica na era da ciência*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- SAVIETTO, Bianca Bergamo. Este (meu) corpo, a quem pertence? Considerações metapsicológicas e clínicas sobre a drogadição. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 45, n. 4, p. 57-68, 2011. _____. Transferência, transparência e transformação na clínica da drogadição. *Percurso: revista de psicanálise*, São Paulo, Ano XXIV, n.48, p. 49-60, 2012.
- SAVIETTO, Bianca Bergamo; Figueiredo, Luis Claudio. Elasticidade e limite na clínica da drogadição: por um pensamento clínico. In: _____. FIGUEIREDO, Luís Claudio; SAVIETTO, Bianca Bergamo; SOUZA, Octavio (orgs). *Elasticidade e limite na clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2013, p. 37-61.

TOROSSIAN, Sandra Djambolakdjian. Contribuições para a clínica psicanalítica com adolescentes usuários de drogas e toxicômanos. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, Porto Alegre, n. 24, p. 61-74, 2003.

UCHITEL, Myriam. *Neurose traumática: uma revisão crítica do conceito de trauma*. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.