

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO – UNICAP
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA – PRAD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LABORATÓRIO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL E PSICANÁLISE

FABÍOLA BARBOSA RAMOS DA SILVA

**Da droga ao tóxico: subversão do sujeito no percurso do internamento
voluntário.**

Recife
2014

FABÍOLA BARBOSA RAMOS DA SILVA

Da droga ao tóxico: subversão do sujeito no percurso do internamento voluntário.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Psicologia Clínica 14ª Turma – UNICAP, na linha de pesquisa Psicopatologia Fundamental e Psicanálise como requisito final para a obtenção do grau de mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Nanette Zmeri Frej
Co-Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Vilar Melo

Recife
2014

S586d

Silva, Fabíola Barbosa Ramos da

Da droga ao tóxico : subversão do sujeito no percurso do internamento voluntário / Fabíola Barbosa Ramos da Silva; orientador Nanette Zmeri Frej, co-orientador Maria de Fátima Vilar Melo, 2014.

181 f. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco. Pró-reitoria Acadêmica. Coordenação Geral de Pós-graduação. Mestrado em Psicologia Clínica, 2014.

1. Toxicomania. 2. Toxicômanos - Reabilitação. 3. Drogas - Abuso - Tratamento. 4. Psicanálise. I. Título.

CDU 159.9.072

Nome: Silva, Fabíola. B. R. da.

Título: Da droga ao tóxico: subversão do sujeito no percurso do internamento voluntário.

Dissertação apresentada ao Mestrado de Psicologia da Universidade Católica de Pernambuco, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Aprovado em ____/____/____.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Nanette Zmeri Frej

Instituição: Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP

Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Vilar Melo

Instituição: Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP

Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a Edilene Freire de Queiroz

Instituição: Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP

Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a Luiza Elena Bradley Alves de Araújo

Instituição: Faculdade Frassinetti do Recife - FAFIRE

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Adilson (*in memoriam*) e à minha mãe Marta, por concederem que, a partir do desejo deles, a minha vida fosse gerada.

Especialmente à minha mãe, pelo amor ilimitado e pela generosidade ao acompanhar meus passos no solo do mundo, incentivando minhas aventuras, apostando alto em minhas possibilidades.

A tio Sidraque, tia Nilda, tio Nivaldo, a minha prima Léa e meu priminho Matheus, pelo apoio e carinho constantes.

A João, que me ensina diariamente o exercício de leveza e vive comigo a experiência de um amor cúmplice e recíproco.

Aos sogros, Cristina e Gabriel, pelo afeto e incentivo.

A Ana Cabral, pela escuta implicada que me possibilita estar advertida e responder pelo meu desejo.

A Norma Flora que, com amizade e amor, tem sido minha parceira-irmã no curso da vida. Ela é uma parcela de bem do mundo que acende minha fé. Ousou ver coragem em mim, onde eu nem suspeitava, e se fez testemunha de minha metamorfose ambulante. Também contribuiu cuidadosamente fazendo a transcrição das entrevistas desta pesquisa.

Aos sujeitos que escuto no exercício da clínica, que tanto me ensinam e me incitam a seguir em formação.

A Manoel Ferreira, pela supervisão que sempre lança um novo olhar para as minhas questões da clínica. E pela generosidade da rica interlocução ao longo de todo esse projeto de mestrado.

Ao Instituto RAID, com sua equipe clínica composta por Dr. Evaldo Melo, Dr. José Carlos Escobar, Ana Marta, André Acioly, Carolina Barros, Carmela Fazio, Cristiane Cavalcanti, Daniele Rafael, Jacinta Caldas, Jayme Escobar, Joana Caldas, Marcela Rangel, Noemi Glasner, Raquel Queiroz e Rebeca Reffert, que acompanham e participam da minha formação, a partir da rotina institucional e no âmbito da clínica, compartilham da transferência de trabalho pela direção do tratamento na toxicomania pelo viés psicanalítico. E à equipe administrativa: Ana Maria, Ana Kilza, Cristina Luciano, Maria Suely Santos, Fernanda Maria, Helena Martins, Eneida do Nascimento, Severino Andrade, Fabio Silva e Wellington José, por dividirem o cotidiano sempre de forma amistosa. A todos os hóspedes; responsáveis por minha paixão pela clínica das toxicomanias, bem como, alimentam minha aposta nas intervenções dessa clínica, porque testemunho o caminho de novas possibilidades que tantos conseguem trilhar nesse percurso.

A Nanette Zmeri Frej, pela sensível orientação, acolhendo meu projeto de pesquisa e caminhando comigo nesse percurso.

A Mária de Fátima Villar Melo, pela co-orientação precisa, oferecendo uma leitura crítica e apresentando os caminhos para viabilizar a pesquisa.

A CAPES/PROSUP, pela bolsa de estudos que viabilizou financeiramente a realização desse mestrado.

Aos professores do mestrado da UNICAP que a cada disciplina deram nortes para minha formação de pesquisadora clínica, e ao Laboratório de Psicopatologia Fundamental, pelo campo fértil de discussões.

A Edilene Queiroz, pela participação na banca avaliadora desta pesquisa, bem como, pelas preciosas contribuições ao longo de todo o mestrado.

A Luiza Bradley, pela disponibilidade para compor a banca e pela aguçada leitura da pesquisa.

As amigas advindas com o mestrado, pérolas desse caminho de dificuldades e descobertas, especialmente: Julianne Gomes, flor rara, madrinha de afeto e companheira do bem viver; Paula Barros, inspiradora e amiga, que tanto admiro pelo percurso implicado, pela clínica

aguçada e pela coragem desbravadora; Edineide Silva, pelas risadas e trocas bacanas e repletas de cumplicidade; Sheila Speck, sempre um ombro amigo e um exemplo de determinação; Rebeka Gomes, pelo apoio e pela amizade extra universidade; Raquel Queiroz, Rafaela Paixão e Gabriela Catarino, pelas vivências cotidianas.

Aos amigos Débora Rocha, Denise Coutinho, Laura Oliveira, Rebeka Machado, Renata Neves, Felipe Pessoa e Thiago Cordeiro, amigos que desde 2008 têm sido uma mola propulsora na minha vida pessoal e profissional, contribuindo para a minha persistência em garimpar a psicologia clínica. Admiro cada um e nutro-me da amizade consistente e sólida que cativamos diariamente.

A Pedro Queiroz, João Marques e Maria Luiza por somarem-se a minha vida.

A Joana Caraciolo, Alan Moura, Sérgio Bruno, Danilo Moreira, Eva Carolina, Jobson Batista, Mentela Nogueira, João Marques, Julianne Gomes, Natália Rodrigues, Rodrigo Linhares, Paulo Pio, Danyelle Oliveira e Silvyane Vieira, pela amizade verdadeira, pelos momentos de descontração, pela alegria transbordante de nossos encontros.

A Juliana Lucena, incentivadora de meus projetos, cúmplice de vivências, querida a quem admiro e amo.

A Antônio Guilherme e Silla Cadengue, pela amizade e pelo afago ilimitado que o abraço deles contém.

Aos amigos do Sarau da Poesia, Danilo Lima, Polyanna Neves, Lilian Karine, Renata Neves e Alexandre Sales, por serem uma inspiração constante, admiro cada um, obrigada por tudo que temos podido compartilhar, por toda poesia que emana de vocês para a minha vida.

A Marina Pinheiro, por acompanhar meus primeiros passos na graduação e em sua transmissão docente incentivar-me pela empreitada clínica e acadêmica. Obrigada pela confiança e aposta.

A Naíde Teodósio, pelo incentivo, pelas trocas ricas e pela experiência no âmbito das pesquisas com usuários de drogas.

A Carina Lima, pela amizade preciosa e pelo exemplo de garra e perseverança diante da vida.

A Gi Vatroi, Vick Vitoria e Luna Vitrolira por toda arte e poesia que a amizade delas traduz e inspira.

A Cristiane Feitosa e Emanuela Santana, amigas da graduação, companheiras fraternas.

O fato de tirarmos as drogas da nossa vida não nos livra dos problemas do dia a dia, que não são poucos e que vão pintar sempre. Mas também quero dizer outra coisa: o fato de tirarmos as drogas da nossa vida nos permite viver plenamente coisas tão intensas quanto o amor verdadeiro, dure ele o tempo que durar, e também outros amores, o amor da família, o amor do trabalho, o amor da realização profissional, até o amor do ócio criativo. O amor de estar vivo e no comando de sua própria vida.

Estou bem agora, estou bem comigo mesmo, estou bem para que novas e boas coisas aconteçam novamente. Afinal de contas, é sempre assim na vida: não somos felizes nem infelizes o tempo inteiro, mas de cara limpa podemos, sem dúvida, enxergar melhor os cavalos selados que passam na nossa frente. E eles não ficam passando assim à toa!¹

¹ Texto construído por hóspede do Instituto RAID em 2008, durante internamento de alguns dias para manutenção do tratamento, após seis anos de abstinência do uso de álcool e cocaína.

RESUMO

Silva, Fabíola. B. R. da. (2014). *Da droga ao tóxico: subversão do sujeito no percurso do internamento voluntário*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Universidade Católica de Pernambuco, Recife.

Nesta pesquisa, a toxicomania não é sinônimo de dependência de uma substância psicoativa, e sim, é compreendida como uma relação intensa e exclusiva, em que o uso de drogas se estabelece também como uma função na vida psíquica. Este trabalho se propõe analisar os deslizamentos na demanda de tratamento por parte do toxicômano, ao longo do internamento voluntário. Tem como objetivos específicos: identificar as especificidades da entrada do toxicômano em uma instituição de tratamento; investigar os destinos da demanda no percurso do internamento; situar o modo de manejo do lugar institucional na prática clínica com toxicômanos; e articular os vieses do encontro - entre toxicômano e instituição - com o discurso em voga na pós-modernidade. O cerne da investigação é averiguar os efeitos singulares da escuta psicanalítica no âmbito institucional, em favor da subversão do sujeito. Se para o toxicômano a droga participa como uma destituição do sujeito, ao apresentar-se colado, falando de si, somente a partir do uso que faz da droga, a via indicada consiste em ofertar palavras. A direção do tratamento, ao buscar ouvir a função tóxica da droga, ao invés de tão somente ocupar-se com o uso ou não uso de uma substância psicoativa, pode possibilitar que o sujeito que atua com sua toxicomania encontre espaço para um deslize significativo, e que seja possível colocar em trabalho o seu modo de gozo. Portanto, uma instituição engajada na clínica da toxicomania precisa estar duplamente advertida de sua função: primeiro, esquivar-se do modelo de instituição consonante com os princípios pós-modernos, que exaltam o excesso de gozo e o apagamento do limite; e segundo, deve saber que é só ao preço de conseguir suportar o lugar do impossível que ela configura-se como um lugar possível de endereçamento. A pesquisa foi realizada no Instituto RAID, uma Organização Não Governamental, que segue a orientação psicanalítica em seu manejo clínico-institucional e trabalha na prevenção e tratamento de pessoas de ambos os sexos que, voluntariamente, optam por acompanhamento devido a problemas relacionados ao uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas. Participaram desta pesquisa, toxicômanos em tratamento, albergados integralmente na instituição. Por meio de entrevistas buscou-se percorrer os sentidos que a toxicomania evoca, e refletir as especificidades dessa Clínica. Na articulação com os casos é possível reconhecer a singular significação e representação do uso de drogas na toxicomania, um dos modos de lidar com o mal-estar ao investir no tóxico como solução real para a subjetivação. Tais deslocamentos promovidos pelo sujeito que se nomeia toxicômano e traz como queixa seu uso de drogas pode no curso do internamento voluntário consentir em perceber a função que o tóxico ocupa em sua vida psíquica, e implicar-se nisso. A voluntariedade no tratamento é um componente ético fundamental, na medida em que, somente a partir da disponibilidade de cada sujeito será possível a construção de novos itinerários para o seu próprio desejo.

Palavras-chave: 1. Toxicomania. 2. Internamento voluntário. 3. Psicanálise. 4. Instituição. 5. Pós-modernidade.

ABSTRACT

Silva, Fabíola. B. R. da. (2014). *From drug to toxic: subversion of the subject in the course of voluntary hospitalization*. Master Thesis. Graduate Program in Clinical Psychology. Catholic University of Pernambuco, Recife.

In this research, drug addiction is not synonymous with the dependence on a psychoactive substance, but it is understood as an intense and exclusive relationship in which drug use is also established as a function in mental life. This work aims to analyze landslides in demand for treatment by drug addiction over voluntary admission.

Its specific objectives are: to identify the specifics of the drug addict's entry into a treatment institution; investigate the demand of destinations in the accommodation of the route; place the management mode of the institutional place in clinical practice with drug addicts; and articulate the biases of the meeting - between drug addict and institution - with the discourse in vogue in post-modernity. The core of the research is to determine the natural effects of psychoanalytical listening at the institutional level, in favor of subversion of the subject. If to the addicted the drug participate as a dismissal of the subject, to be presented pasted, speaking of himself, only from his use of drugs, the way forward is to offer words. The direction of the treatment, to fetch hear the toxic function of the drug, rather than solely to mind with the use or non-use of a psychoactive substance, can enable the guy who works with his addiction to drugs find room for a significant slide, and that can be placed in work your enjoyment so. Therefore, an engaged institution in the addiction clinic needs to be doubly warned of its function: First, dodge the traffic in line with the institution's postmodern principles, which exalts excess joy and erasing the boundaries ; and second, should know that only to the price of standing in the place of the impossible that it appears as a possible place addressing. The survey was conducted in RAID Institute, an NGO, following the psychoanalytic in its clinical and institutional management and works in prevention and treatment of people of both sexes who voluntarily choose to join it because of problems related to abuse or addiction to alcohol and other drugs. Participated in this research, drug addicts in treatment, fully housed in the institution. Through interviews we tried to go the way that evokes addiction, and reflect the specificities of this Clinic. In conjunction with the cases it is possible to recognize the unique significance and representation of drug use in drug addiction, one of the ways of dealing with the discomfort to invest in toxic as real solution to the subjectivity. Such shifts promoted by the person who is named as abuse drug addict and brings his drug use and volunteer in the hospital, during the course can consent to realize the role that the toxic occupies in his psychic life, and get involved in that. The willingness in treatment is a fundamental ethical component, in that it only from the availability of each subject will be possible to build new itineraries for your own desire.

Key-words: 1. Drug addiction. 2. Voluntary internment. 3. Psychoanalysis. 4. Institution. 5. Postmodernism.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1: O CONCEITO DE SUJEITO PARA A PSICANÁLISE	18
1.1. O sujeito em questão	18
1.2. A raiz do sujeito nas tramas da teoria freudiana	20
1.3. Constituição do sujeito: o falo como operador	28
1.4. Sujeito, pedra angular da teoria lacaniana	32
CAPÍTULO 2. O SUJEITO TOXICÔMANO	39
2.1. Cenário social do uso de drogas: múltiplos discursos.....	39
2.2. Delineando o campo da toxicomania	42
2.3. O gozo em voga na toxicomania.....	47
2.4. Articulação da pós-modernidade com a toxicomania como um sintoma social	50
2.5. Diagnóstico diferencial nas toxicomanias a partir da <i>operação de farmakon</i>	61
CAPÍTULO 3. SOBRE O QUE A INSTITUIÇÃO INSTITUI.....	68
3.1. Introdução ao conceito de instituição.....	68
3.2. Chave de leitura da instituição a partir da lógica da sexuação.....	71
3.3. Percursos no internamento voluntário.....	76
3.4. Transferência e manejo clínico-institucional	81
3.5. Tipificação do internamento	87
3.6. Direção do tratamento clínico-institucional	90
3.7. Instituto RAID, apresentação de um modelo de tratamento	93
CAPÍTULO 4. METODOLOGIA E ESTRATÉGIA DE AÇÃO	100
4.1. Lócus da pesquisa e participantes	100
4.2. Instrumentos e procedimento de coleta de dados.....	101
4.3. Esquema da realização das entrevistas.....	101
4.4. Análise dos dados	101
CAPÍTULO 5. SUBVERSÃO DO SUJEITO NO INTERNAMENTO VOLUNTÁRIO	103
5.1. Entrevista 1.....	104
5.2. Entrevista 2.....	123
5.3. Entrevista 3.....	141
5.4. Entrevista 4.....	154
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	162
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	167
ANEXOS	178

INTRODUÇÃO

“*Não sonhes tua vida, vive teu sonho*”.²

Esta dissertação advém da experiência clínica da pesquisadora em um albergue terapêutico³ para tratamento às dependências. Formaliza-se a partir das falas dos hóspedes em tratamento nos grupos terapêuticos, das vivências no cotidiano institucional, das triagens e avaliações, da discussão dos casos com a equipe na supervisão, do acompanhamento psicoterápico em ambulatório.

No atual e controverso contexto sobre a direção do tratamento nas toxicomanias, assistimos, recentemente, a diversas iniciativas que apoiam a internação compulsória e a involuntária. Há um rumor social, por exemplo, sobre o uso de o crack ser uma epidemia e sobre a impossibilidade do usuário de crack aderir voluntariamente ao tratamento, justificando-se, portanto, o *furor curandis* da ação higienista que várias cidades brasileiras viveram e vivem.

No entanto, uma recente pesquisa sobre o perfil dos usuários de crack, no Brasil, realizada numa parceria entre a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e a Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, divulgada em setembro de 2013⁴ aponta que os usuários de crack são 0,8% da população brasileira, ou seja, aproximadamente 370 mil pessoas, o que desmente a existência de uma epidemia. Sobre a motivação para o consumo do crack/similares 55,2% dos participantes da pesquisa disseram ter vontade/curiosidade de sentir o efeito da droga, 26,7% dizem ter sido apresentado à substância por pressão de amigos e 29,2% dos entrevistados disseram que um dos motivos para início do uso da droga foram os problemas familiares ou perdas afetivas.

Ao utilizar esses dados sobre o perfil dos usuários de crack queremos advertir que o tema das drogas - tal como tratado pela mídia e é veiculado em algumas políticas públicas - serve a interesses que nem sempre são representativos da realidade, encontrada em pesquisas, e da vivência construída no âmbito da clínica com toxicômanos. Segundo a pesquisa do

² Provérbio alemão. Original: *Träume nicht dein Leben, lebe deinen Traum*. Referência encontrada em Rocha, Zeferino (2012).

³ Instituto RAID - Recife\PE, que consiste no lócus da presente pesquisa.

⁴Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil> acessado em 05/01/2014.

CEBRID (2005)⁵, é possível sinalizar ainda, que os problemas de saúde pública relacionados ao uso de substância psicoativa no Brasil continuam associados ao uso de álcool e tabaco, representando 38,3% e 18,4% respectivamente, o número de usuários que fazem uso mensalmente (CEBRID, 2005). E, a despeito de uma dependência química do crack, que é justificada em termos médicos devido ao alto poder dependogênico da substância, e não considera o aspecto relacional (sujeito-substância), vemos que, os usuários apontam motivações relacionais e subjetivas que estiveram presentes na busca pela substância (FIOCRUZ, 2014), e a clínica ratifica o quanto tais elementos seguem presentes no estabelecimento de uma dependência.

Em sua genealogia das drogas, Escotado (1994) lembra que a toxicomania era um conceito desconhecido até um século atrás, enquanto os tóxicos básicos e seu livre consumo existem há milênios. Lebrun (2009a, s/p) diz que “Não há dependência química que não seja fruto de uma interação malsucedida entre o contexto social em que o indivíduo está inserido e o seu trajeto singular desde a infância”. Assim, é premente se debruçar sobre o que a toxicomania pode dizer dos sujeitos e do social a que estamos submetidos.

Na perspectiva da teoria e prática psicanalítica, a toxicomania não é compreendida como uma categoria clínica específica, tal como o faz a Psiquiatria, que busca descrever a relação de dependência entre as substâncias psicoativas consumidas e a frequência do consumo para caracterizar um quadro nosológico específico. Conforme Santiago (2001) a toxicomania é efeito de um discurso. E interessa compreender na história produzida pelo sujeito e em sua articulação com o social, o que as manifestações toxicomânicas dizem dele.

Desse modo, os termos toxicômano e toxicomania, aqui utilizados por embasamento nos teóricos franceses, fazem referência à articulação dos usuários com o seu modo de viver e o uso de drogas, onde descrevem, frequentemente, uma relação de dependência e necessidade. Mais precisamente, a toxicomania, tal como Melman (1992) nos diz, e exploraremos adiante, é compreendida como um sintoma social. A cultura oferece objetos e significantes para lidar com o mal-estar social, entre eles, o uso de drogas.

Nessa perspectiva, sustentamos que o tratamento na modalidade do internamento voluntário possibilita ao toxicômano deslizamentos significantes em seu discurso no que diz respeito a sua queixa. Tal deslizamento é o depoimento na clínica da subversão do sujeito, ou mais precisamente, da sua emergência. Assim, aquele que se nomeia toxicômano e traz como queixa o uso de drogas marcado pelo prazer e pela dependência encarnada, pode consentir

⁵ Disponível em: <http://nute.ufsc.br/bibliotecas/upload/ildomiciliariusodrogaspsicotropicas.pdf> acessado em 05/01/2014.

num trabalho de análise que leve em conta a função que a droga ocupa em sua vida psíquica.

Ao sair do (curto-)circuito pulsional fechado com droga, o sujeito que, pela intoxicação tende a dessubjetivação, pode dar mostras de seu efeito. O sujeito que evanesce na fala do toxicômano pode atestar sua divisão subjetiva e apontar para a diferença entre a droga e o tóxico, tal como trabalha Le Poulichet (1990), e, desse modo, implicar o usuário no que diz de si enquanto identificado à toxicomania.

Ao decidir voluntariamente pelo internamento, ainda que sensibilizado por familiares ou outros, o toxicômano denota um mal-estar. Tem-se aí o desapontamento dele na relação com o tóxico que assumia o *status* de solução, e que reapresenta as falhas que são da ordem estrutural do sujeito, na medida em que - no ato de buscar um tratamento - ele diz experimentar dificuldades e prejuízos advindos da compulsão. A adesão ao internamento pode ser até mesmo uma tentativa de curar-se da compulsão pelas drogas, ou seja, voltar a fazer um uso onde os prejuízos psíquicos, sociais, familiares e profissionais não estejam colocados, e garantir a continuidade do gozo extraído nessa relação com as substâncias químicas.

A triagem para o internamento não tem por objetivo encontrar lugar para abstinência no discurso do toxicômano, e sim, verificar a disponibilidade que ele apresenta para produzir questões sobre seu mal-estar. Se, com o tóxico, ele se autorregula, medica seu corpo, tampona a falta constitutiva do humano, a sua entrada em uma instituição para tratamento pode lançar ainda que frágil, um apelo ao Outro. Pode ser o depoimento de quem não tem sabido como operar seu corpo tal qual uma máquina e relatam estar sendo surpreendidos por posições ambivalentes: drogar-se para viver / estar morrendo por se drogar.

Pretendemos investigar os deslocamentos que, segundo Conte (2003a), podemos traduzir como sendo o estatuto que a droga assume no discurso do toxicômano, que pode ir da necessidade à demanda; e da demanda ao desejo. Parece fundamental - para que tais deslocamentos surjam - que aconteça um trabalho implicado na transferência. Assim, tentaremos compreender como o manejo institucional, partindo do lugar que a psicanálise opera, que é o do Sujeito suposto Saber, a instituição esteja a favor do tratamento, fazendo aposta no advir do sujeito, mostrando assim, um saber marcado pela incompletude. O tratamento a ser percorrido nessa clínica não visa a uma eficiência ortopédica: corrigindo o desvio que o uso de drogas assume em nosso social, nem admoestando o usuário para o bem viver sem o acessório do tóxico.

Nesta dissertação, temos como objetivo geral analisar os deslizamentos na demanda de tratamento por parte do toxicômano ao longo do internamento voluntário. Para isto, definimos como objetivos específicos: identificar as especificidades da entrada do toxicômano em uma

instituição de tratamento; investigar os destinos da demanda no percurso do internamento; situar o modo de manejo do lugar institucional na prática clínica com toxicômanos; e articular os vieses do encontro - entre toxicômano e instituição - com o discurso em voga na pós-modernidade.

Para alcançar tais objetivos, iniciaremos delineando de que sujeito se trata no âmbito da psicanálise, ou seja, é como sujeito que um toxicômano será escutado. A concepção psicanalítica do sujeito supõe um sujeito dividido, constituído na linguagem e, portanto, marcado por um descentramento que compõe a vida humana.

Na sequência, a partir da revisão bibliográfica na perspectiva freud-lacanianana discorreremos sobre o que vem a ser a toxicomania, não a partir de formulações universais e categóricas, mas levando em conta que o saber para a psicanálise é a partir do caso a caso, da experiência clínica sustentada na transferência, e é dela que advém a possibilidade de discorrer sobre o modo de funcionamento dos sintomas, propor questões sobre o que neles o sujeito diz.

Já que o campo da pesquisa ocorre em uma instituição de tratamento, pretendemos definir o que entendemos por instituição, tomando desde a língua, primeira instituição do humano, às instituições criadas pelos homens e que regulam a vida dos sujeitos e a vida coletiva. Em seguida, descreveremos a instituição de tratamento, lócus da pesquisa, e proporemos refletir sobre as especificidades de seu funcionamento.

No que diz respeito tanto ao modo de constituição do sujeito, quanto ao funcionamento das instituições, essa pesquisa leva em conta o que opera no cenário pós-moderno. Empregamos o termo pós-modernidade e não contemporaneidade, em função dos autores trabalhados. Recorremos aos psicanalistas que têm lido no social a engrenagem dos sintomas, ditos novos, e buscamos apontar os desafios de se tornar um sujeito e de uma instituição funcionar levando em conta um modo de gozo que participa da fratura do laço social e não cessa de propor uma economia de exceção, a busca por um gozo ilimitado. Essa economia respalda-se numa tentativa de prescindir de um gozo fálico, de um gozo regulado pela linguagem, pelas bordas marcadas pelo significante. Esta esquiva é muito representativa do discurso em voga na toxicomania e, portanto, tão alusiva do quanto falar sobre o toxicômano é trazer inquietações que dizem respeito a todos, a um modo de ser humano que nem sempre coincide levar em conta ser sujeito.

Assim, seguiremos, em um percurso que visa articular teoria e prática. A partir de fragmentos das entrevistas com toxicômanos - internados voluntariamente na instituição pesquisada-, a última parte desta dissertação contemplará essa experiência, acentuando o que

for próprio à subversão do sujeito. Buscamos lançar luz no caminho muitas vezes opaco, que é essa clínica, mas testemunhando sua viabilidade, ou melhor, que ao toxicômano um tratamento pode representar vias, tantas e outras, que aportadas em seu desejo ele pode caminhar. Caminhante num jogo do viver que, ao contrário da adição expressa em seu sintoma - onde um a-mais é sempre reivindicado -, o jogo do sujeito propõe fluxo, deslizos, deslocamentos, nova modalidade de gozo. E o resultado nunca estático pode ser conduzido tal como nos diz a canção composta por Guilherme Arantes, metaforizando os desafios em voga nessa clínica:

Vivendo e aprendendo a jogar
Vivendo e aprendendo a jogar
Nem sempre ganhando
Nem sempre perdendo
Mas, aprendendo a jogar⁶.

⁶ Música “Aprendendo a Jogar” encontrada em <http://letras.mus.br/guilherme-arantes/46301/>, acessada em 04/12/2013.

1. O CONCEITO DE SUJEITO PARA A PSICANÁLISE

*um homem com uma dor
é muito mais elegante
caminha assim de lado
como se chegando atrasado
andasse mais adiante*
Paulo Leminski⁷

1.1. O sujeito em questão

Tendo em vista que o sujeito como substantivo assume os mais diferentes predicados no rol dos campos de conhecimentos, a saber: sujeito biológico, filosófico, histórico, cidadão, social, para citar alguns, é útil delinear-mos como a psicanálise compreende o sujeito, e a partir daí, precisar a importância de tal conceito na clínica psicanalítica.

Segundo Bloom (como citado em Escobar, 2006) a partir de Shakespeare há a construção do postulado de uma divisão subjetiva do homem, fracionando-o entre um ser objetivo e subjetivo, há o reconhecimento da existência do conflito psíquico. A psicanálise testemunha essa emergência e é neste campo que oferece “um instrumento de estudo e compreensão desta subjetivação e de sua interação com o mundo” (p. 218).

No auge da Modernidade, Freud subverte o cogito cartesiano que pregava o ‘penso logo existo’⁸ e defende um sujeito dividido entre o eu e o inconsciente. A teoria psicanalítica busca descrever como se opera esta divisão e qual seu valor, sustentando ser esta premissa o singular da vida humana.

A humanidade é uma construção condicionada à transmissão do corte operado pela linguagem - presente desde antes do nascimento. Desde o ventre, o filhote de homem é atravessado pelos sons de uma língua que é a porta-voz dos significantes daquela cultura, mas ele permanece por algum tempo como estrangeiro no território de seu nascedouro. Ali, no início, em seus primeiros meses de vida, o bebê é pleno em seu corpo, realiza-se nos cuidados que lhe são assistidos, goza de uma sensação de plenitude com o Outro materno, reina como “majestade”⁹ (Freud, 1914/1996).

⁷ Referência encontrada em: Leminski, Paulo. (2013). *Toda Poesia*. São Paulo: Companhia das Letras, p. 284.

⁸ Famosa frase de Descartes: "cogito ergo sum".

⁹ A expressão utilizada por Freud: “sua majestade o bebê” remete à revelação do narcisismo primário dos pais, outrora abandonado. É, portanto, através da criança que os pais revivem seu ego ideal que havia sido, de certa

Mãe e bebê indiferenciados na tentativa de ser uma unidade: a mãe responde ao chamado do seu filho, nomeia seu choro, cativa um estado de plenitude que diz respeito a satisfazer seu filho. A ilusão que constitui esse tempo ideal, no entanto, comporta falhas. À mãe é impossível atender todas as necessidades do bebê, expondo-o assim, à falta constitutiva de sujeito. Assim, a mãe marca um descompasso entre ela e seu filho, questiona-se sobre o que seu filho deseja e tenta oferecer o objeto pelo qual seu filho clama correspondendo-o assertivamente, mas nem sempre essa equivalência é possível.

Nesse ponto, o bebê que se mantinha na superfície dos sons das palavras de sua língua, recebe paulatinamente um convite: a linguagem é a via de acesso à humanização. Ela se dá ao preço de ser sujeito, ou seja, assujeitado à linguagem. Essa sujeição marca a perda do 'ser' de um bebê, que até então, experiencia os sentidos indiscriminadamente, pois o nome atribuído à experiência não coincide com esta última. No entanto, ao preço de perder a ilusão de uma experiência pura, mas conservando sua vida, a criança é vivida na linguagem, perde sua natureza animal, seu corpo é falado, há implantação do significante no corpo, nasce um sujeito, tal como a psicanálise entende e busca operar.

A operação dessa divisão não advém de um ponto pacífico, ao contrário, instaura a tensão que é motor da vida. Estando submetido às leis da linguagem e obrigado a articular seu desejo nela, a criança assume-se também como sujeito desejante, insatisfeito, arraigado à possibilidade de retorno ao estado supostamente pleno, outrora vivenciado e fadado a buscar revivê-lo, sendo, no entanto, sempre postergado pelas restrições que ser sujeito na linguagem o impõe.

A originalidade da psicanálise ao descrever a vida mental funda-se em interrogar a compreensão que se tinha da consciência, como regente da vida humana, e apresentar um sujeito dividido, uma atividade psíquica regida pela pulsão de vida e de morte, e os constantes esforços para atender a ambos os sistemas: consciente e inconsciente. Assim, existem ideias que causam sofrimento e dor e que serão afastadas da consciência, a fim de protegê-la, no entanto, nessa operação, enquanto o Inconsciente procura a satisfação pelo caminho mais curto e direto; o Consciente, regulado pelo princípio da realidade, é obrigado a desvios e adiamentos na procura da satisfação.

O psiquismo, portanto, foi descrito por Freud (1930/1996) como uma tendência a afastar-se das fontes de desprazer (sensações de sofrimento) e paralelamente, tende também a

forma, esquecido. É por essa revivescência de seu próprio narcisismo que a mãe assenta o bebê metaforicamente no trono real, e fica incumbida de servi-lo, ao mesmo tempo é ela quem traduz o que o seu filho deseja. A subjetividade da criança depende desse investimento que os adultos responsáveis por ela farão, ao se apresentarem como referências para transmissão da linguagem e da constituição do sujeito nela.

buscar recorrentemente o prazer. Na interação com o mundo externo e seus objetos, essa não é uma equação equilibrada, o humano defronta-se com o imperativo do princípio de prazer (satisfação das pulsões), e as contingências advindas do encontro com os objetos externos ao ego (princípio da realidade). A definição do que entendemos por sujeito, admite, portanto, que é próprio a todo sujeito: a divisão psíquica, a insatisfação, a busca pelo prazer e a tensão com o desprazer.

1.2. A raiz do sujeito nas tramas da teoria freudiana

No princípio do pensamento psicanalítico, Freud não falou explicitamente sobre o conceito de sujeito em sua construção teórica, no entanto, toda a obra freudiana não cessou de argumentar sua existência. É ele quem primeiro dá voz ao sujeito quando propõe a seus pacientes a associação-livre. Ao deixar de fazer uso da hipnose e pedir que quem chega conte as dores e angústias que lhe afetam, Freud acredita que uma verdade pode advir dessa narração, descentraliza o poder médico, onde se detinha o saber, e supõe que o outro sabe, mesmo sem saber, a dor que lhe acomete.

E aqui, Freud fertiliza o solo necessário para que Lacan elabore o conceito de sujeito do inconsciente como um operador no campo da linguagem. E embora, nunca tenha em sua teoria usado o termo sujeito tal como contemplamos aqui, Cabas (2009) reconhece em sua teoria a gênese desse conceito:

o sujeito é uma noção que atravessa, em toda a sua extensão, a obra freudiana. Em alguns momentos como uma referência implícita. Em outros, como um núcleo central. Mas, em todos os casos, como um fundamento clínico (p. 87).

Freud, portanto, é precursor e contemporâneo desse tema, por tratar da divisão psíquica e anunciar que “o eu não é senhor em sua própria casa” (1917/1996, p. 153), há aqui uma denúncia: ele apregoa quão ilusória é a segurança do homem cartesiano ao confiar estritamente em sua razão. Freud aponta que a motivação para as ações não estão nesse eu-centrado, mas encontra-se no inconsciente. Inconsciente este, que não é um lugar detectável, mas depõe uma nova lógica.

Deslocando o lugar da certeza, o pai da psicanálise apontou para um sujeito dividido entre o *eu*, identidade tomada pelo sujeito como si mesmo, e o *isso*, que insiste em escapar de qualquer controle e surge como lapsos, chistes, sonhos. O eu, de lugar da certeza – como fez crer Descartes com seu “[eu] penso, logo existo” – passou a lugar de desconhecimento do sujeito. Pois enquanto apegado à imagem narcísica, o sujeito não quer saber que aquilo que lhe escapa é justamente o que o constitui.

Aqui, podemos situar a primeira subversão a favor do sujeito feita por Freud. Ele demarca o campo para falar sobre a experiência humana, ou ainda sobre os seus atos, sem, todavia, lançar mão do conceito filosófico, existencialista ou racional que o seu tempo assim situava. Freud constata que os sonhos tinham um sentido e que o sonhador parecia estar submetido a uma dupla lógica. É assim que ele bordeia e dá nome a uma realidade inconsciente existente na vida anímica. Freud, nesse ato subversivo considerou a psicanálise responsável por produzir a terceira ferida narcísica na humanidade, tal como nos diz Garcia-Roza (2005), as outras duas feridas teriam advindo dos descentramentos produzidos por Copérnico e por Darwin.

A psicanálise se depara com os “não-sei-o-quê” relatados pelos analisantes e transforma esse material no fundamento de uma teoria analítica. E é dela que uma formulação do aparelho psíquico se esboça. Para compreender o funcionamento do aparelho psíquico, Freud debruçou-se com sua escuta sobre os sintomas neuróticos que tomavam corpo e voz em seu consultório, homem e mulheres apresentavam pistas sobre a etiologia dos seus problemas. As patologias neuróticas circunscrevem-se sobre uma plataforma íngreme e que Freud pôde interpretar como sendo da ordem do sexual. Ele considera (1907/1996) “a constituição psicosexual e certos males da vida sexual como as causas primordiais das perturbações neuróticas que são tão comuns” (p. 123).

Os conteúdos recalçados anteriormente e manifestos sob a forma da neurose apontavam para catexias da libido em construções ideativas e/ou experiências que se ocupavam de conteúdos da sexualidade infantil em sua gênese: “As teorias infantis a respeito do casamento, retidas com frequência pela memória consciente, têm grande significação na sintomatologia de doenças neuróticas posteriores” (Freud, 1908/1996, p. 201).

O trabalho do aparelho psíquico consiste em regular a quantidade de energia para que não seja excessiva, tendendo sempre à descarga. Ele é composto por instâncias e responde desde a percepção sensorial à ação motora. O armazenamento e as associações entre as percepções são feitas nesse aparelho após a recepção perceptiva, esses estímulos serão escritos como traços mnêmicos e ganham no interior do aparelho valor. Alguns chegam à

consciência, enquanto outros, devido ao seu conteúdo, sofrem ação da censura. Essa divisão do aparelho psíquico pode originariamente ser remetida ao fato de que por sua ação de evitar o desprazer e devido à memória dos recursos para isto, num dado momento, o bebê, por exemplo, sentindo o desconforto da fome, chora e recebe de sua mãe o alimento. O desprazer da fome é memorizado pelo aparelho, assim como a experiência de satisfação. Quando voltar a ter fome, um impulso psíquico buscará reproduzir alucinatoriamente a experiência de satisfação, que foi experimentada outrora.

A esse impulso psíquico Freud chama de desejo; e ao reaparecimento da percepção alucinatoriamente chama-se realização do desejo. No entanto, num dado momento, essa via de satisfação direta tende à frustração, na medida em que, o objeto reproduzido não é real e o estado de necessidade, a fome, por exemplo, permanece, mesmo alucinando-se o peito. Para proteger o aparelho da decepção posterior à alucinação, há a formação do ego, ou o que Freud descreverá como instâncias Ics e PCs-Cs¹⁰.

Assim é que determinado processo mental será recalado, embora busque acesso à consciência para satisfazer-se, mas por sofrer o ato da censura não atinge às exigências do sistema Pcs/Cs, devendo permanecer inconsciente devido à ameaça de desprazer que pode ocasionar fora desse estado inconsciente. O Pcs/Cs segue, todavia investindo em catexizar conteúdos do inconsciente, tendo como requisito só fazê-lo se puder inibir o desprazer associado. “Sua função deverá ser a de dirigir, através dos caminhos mais convenientes, os impulsos impregnados de desejo que surgem do inconsciente” (Garcia-Roza, 2005, p. 91).

Freud está delineando seu modelo do aparelho psíquico e fundamentando-o, não na procura do prazer, mas na evitação do desprazer. Ele atesta que é o desprazer advindo, de um acúmulo de energia, que faz o aparelho psíquico agir, mover-se. O objetivo, portanto, é repetir a experiência de satisfação que anteriormente produziu a experiência de satisfação, levando a uma diminuição da excitação, que foi sentida como prazerosa. (Garcia-Roza, 2005). Escreve Freud:

Uma corrente desse tipo no aparelho começando do desprazer e visando ao prazer foi por nós denominada “desejo” e afirmamos que somente um desejo é capaz de colocar o aparelho em movimento. (...). O primeiro desejo parece ter sido uma catexia alucinatória da lembrança de satisfação” (1900/1996, p. 636-37).

¹⁰ Inconsciente, Pré-Consciente e Consciente.

O processo que regulará o funcionamento psíquico vai desde a busca pela descarga da maneira mais rápida, procurando reinvestir as representações ligadas à experiência de satisfação de forma alucinatória, processo primário; até o escoamento para a descarga de forma mais controlada e investindo de maneira mais estável as representações, processo secundário (Garcia-Roza, 2005).

O que apreendemos daqui é que sempre a realização de um desejo está em jogo. E partindo dos sonhos, enquanto texto do aparelho psíquico, ou mais precisamente, o estranhamento que eles produzem quanto ao conteúdo e o que o sonhador não reconhece de si nele, temos o apontamento de que os sonhos são uma realização do desejo inconsciente. O sonho enquanto formação do inconsciente testemunha uma divisão psíquica. E os sonhos de angústia, que manifestam um desprazer ao sonhador, apontam para uma não coincidência entre a realização de um desejo e o prazer, é assim que a assunção do desejo aponta para a equivocidade, pois o reconhecimento de sua raiz inconsciente “obriga ao Eu – ao sujeito da consciência - admitir que “sou aquele que quer isso e não sabia” (Cabas, 2009, p. 39). Em seguida, esse autor vai sinalizar que o desejo inconsciente é - uma importante chave de leitura - um dos nomes do que chamamos sujeito.

E para se esgueirar pelo campo do que está em causa no psiquismo, é que Freud constrói o que ele vai chamar de uma teoria do pulsional. Em *Pulsões e Destinos das Pulsões* (1915/1996), Freud considera que a pulsão é um estímulo para o psiquismo e sublinha a forma como ela se apresenta na vida psíquica, que diferente dos estímulos fisiológicos - que vêm do exterior e atingem o organismo (tal qual demonstra em seu arco reflexo) – a pulsão, como um estímulo muito particular vem do interior do próprio organismo e expressa uma exigência constante de satisfação: “os estímulos pulsionais obrigam o sistema nervoso a renunciar a seu propósito ideal de manter todos os estímulos afastados de si, pois os estímulos de natureza pulsional prosseguem afluindo de modo contínuo e inevitável” (p. 147). A pulsão, portanto, apresenta-se como uma necessidade e exige uma satisfação. Sendo impossível a fuga aos estímulos pulsionais, a pulsão não pode prescindir de uma resposta motora e se apresenta constante e de modo complexo.

A pulsão é descrita “como representante psíquico dos estímulos que provêm do interior do corpo e alcançam a psique, como uma medida de exigência de trabalho imposta ao psíquico em consequência de sua relação com o corpo” (1915a/1996, p. 148). E Freud propôs a pulsão em quatro elementos: pressão, finalidade, objeto e fonte da pulsão.

Por pressão de uma pulsão, descreve seu fator motor, a soma da força ou a medida de exigência de trabalho que ela representa, adverte que toda pulsão é ativa.

A finalidade não visa à eliminação do estado de estimulação na fonte, pois se a pressão é constante, a eliminação não é possível. Assim, a finalidade será sempre a mais próxima e intermediária da satisfação, ou seja, a supressão de um estado de excitação, no entanto, a satisfação realizada é sempre parcial.

O objeto é o meio que a pulsão pode alcançar sua finalidade. É o elemento mais variável da pulsão, poderá ser substituído por um número infinito de outros objetos, e também pode ocorrer que um objeto sirva ao mesmo tempo à satisfação de várias pulsões. Esse objeto não precisa ser exterior, pode ser uma parte do próprio corpo. O objeto pode ser modificado ao longo dos destinos da pulsão, e esse deslocamento é fundamental no processo analítico.

A fonte é o processo somático que ocorre em um órgão ou em uma parte do corpo e que é representado no psiquismo pela pulsão. A fonte da pulsão é o corpo, mas ela só pode ser conhecida pelas finalidades da pulsão.

E neste ponto acompanhamos a leitura de Cabas (2009) a respeito do que ele considera como original em Freud, ao já demarcar desde os elementos da pulsão, não apenas a montagem pulsional, mas fundamentalmente articular - embora sem nomear enquanto tal - o que é próprio ao campo do sujeito:

Acontece que se o movimento pulsional tem por meta uma satisfação, um fim que é sempre alcançado mesmo quando a pulsão é desviada e inibida no seu curso -, e se esse fim consiste em uma ação específica que visa à supressão da excitação na fonte pulsional, então essa fonte é a causa material da montagem. Algo que já foi dito. Mas a novidade que ora se deduz é que a excitação tem o estatuto de um furo, na medida em que sua premência denota uma falta. Uma falta de satisfação. De tal modo que o mais importante, nesse contexto é ressaltar que a fonte passa a ter a função de um furo e a causa freudiana o estatuto de uma falta. No fundo, isso implica que, quando se trata da causa o que está em jogo é a falta. E que a falta é a causa do ato e, por extensão, que o furo é, no plano pulsional, o sustentáculo material do lugar do sujeito. Entende-se: na experiência freudiana (p. 60).

Essa noção da falta é constitutiva na elaboração que Lacan faz do sujeito apoiado na teoria freudiana e que trabalharemos mais adiante, e está sinalizada na interpretação de Cabas desde a função da fonte da pulsão. O psiquismo se constitui em torno de um furo, que não regulado pelo princípio da constância, mantém-se movendo em torno de algo que sempre

irrompe de dentro do organismo, uma fonte de excitações. O princípio de prazer visa primordialmente regular e evitar o desprazer.

Após esta diferenciação de pressão, meta, objeto e fonte, Freud distingue dois grupos de pulsões: autopreservativas e sexuais, tendo como ponto de partida uma finalidade biológica do aparelho mental. No entanto, faz aqui uma assunção importante: “A biologia ensina que a sexualidade não deve ser colocada em pé de igualdade com outras funções do indivíduo...” (1915a/1996, p. 130). Freud demarca a primazia do sexual por ser uma pulsão que atravessa o indivíduo e visa à preservação da espécie.

Freud diz que a investigação do que acontece no circuito pulsional (motor da vida psíquica) feita a partir da consciência, apresenta uma série de dificuldades que ele nomeia “insuperáveis” (1915a/1996, p. 131), e nisto já aponta para uma divisão entre o consciente e outra coisa, e expõe que é a partir da psicanálise que é possível acessar algo das pulsões. Nas entrelinhas desse dito, podemos inferir a especificidade da psicanálise como a única que leva em consideração a divisão psíquica, e daí, ter condições de se aproximar do que opera nas pulsões.

Sobre a natureza das pulsões, ainda no supracitado texto, Freud diz que elas são numerosas, advêm de fontes orgânicas diversas, inicialmente atuam independentes e alcançam uma síntese a posteriori. Freud ressalta que o que há de comum a cada pulsão é a finalidade de obter prazer do órgão. É quando consegue uma síntese ao responder ao estímulo da fonte e satisfazendo-se parcialmente, que a finalidade é alcançada. E é só a partir daí que a pulsão pode ser colocada a serviço da função reprodutora.

Mais uma vez, Freud subverte, atestando que o campo da psicanálise é o pulsional e não o biológico. De modo que o homem vai ser regulado pela exigência de satisfação das pulsões em primeiro plano, e pode ou não responder às exigências de preservação da espécie, ou ainda, da autopreservação. Freud é categórico ao afirmar que na gênese das pulsões, elas estão ligadas aos estímulos de autopreservação, mas as pulsões subvertem estas últimas e após apoiarem-se nelas, gradativamente se separam e se dirigem para uma escolha objetal. O objeto, por sua vez, pode ser tanto uma parte do corpo, quanto um objeto externo do corpo, sendo sempre variável. O objeto visado pela pulsão não tem compromisso com a autopreservação, e Freud vai questionar - ao longo da sua teoria - sobre o que está em voga no circuito pulsional, a serviço de que ele se move.

Embora parte das pulsões permaneça associada à autoconservação, Freud diz que “em ampla medida” (1915a/1996, p. 131) os objetos das pulsões sofrem constante modificação. As pulsões com maior mobilidade de destinos serão chamadas de pulsões sexuais, e é sobre elas

que Freud se debruçará apontando os seus destinos. Freud não trata dos destinos da pulsão sexual, mas dos destinos do representante ideativo dessa pulsão, já que não se pode falar em “afeto inconsciente”; o que pode pertencer ao inconsciente é o representante ideativo a que o afeto estava ligado. Assim, as pulsões só se presentificam no inconsciente enquanto representadas pelo representante ideativo. Na interpretação de Cabas (2009), os destinos da pulsão visam fazer uma torção em torno da perda de objeto, é porque a pulsão contorna um furo da perda de objeto que ela nunca se realiza, e assim, produz estratégias para substituir o objeto a partir da transformação em seu contrário (reversão ao seu oposto); do reedirecionamento contra a própria pessoa (retorno em direção ao próprio eu); do recalque e da sublimação.

Ainda sobre os destinos pulsionais, no início, as pulsões encontram satisfação no autoerotismo e consistem no fato de a pulsão retornar em direção ao próprio ego e sofrer reversão de atividade para a passividade, dependente de uma organização narcisista do ego. Freud desenvolve a mudança de conteúdo que uma pulsão pode fazer e traz como exemplo a transformação do amor em ódio, e em seguida registra que a vida mental se rege por três polaridades: sujeito (ego) – objeto (mundo externo); prazer - desprazer; ativo – passivo.

Essas três polaridades da mente estão ligadas e descrevem os primórdios do psiquismo que se desenvolve inicialmente de modo autoerótico e equivalente ao narcisismo, sendo indiferente ao mundo externo. As pulsões visam estabelecer um ambiente de satisfação agradável nesse investimento sobre o ego, no entanto, como “consequência das experiências sofridas pela pulsão de autopreservação” (1915a/1996, p. 140), o ego experienciará estímulos pulsionais desagradáveis que apontam para a impossibilidade do organismo humano regular-se em si mesmo, e com constância, a partir do princípio de prazer. É assim que o psiquismo tende a projetar as experiências desagradáveis de si para o mundo externo e introjetar objetos do externo que se constituem como fonte de prazer para o ego.

Freud discorre como a vida psíquica é marcada por uma polaridade. Há uma tentativa constante do ego de buscar sempre satisfações agradáveis, conforto, segurança a partir da experiência de satisfação que é regulada pelo princípio de prazer, e assim, na polaridade sujeito – objeto, tudo que é agradável é identificado ao que é próprio ao sujeito, inclusive objetos externos incorporados. E as sensações desagradáveis são afastadas como sendo estranhas ao sujeito e, portanto, estão fora, no mundo externo, e nesse movimento de amar a si mesmo e odiar o mundo externo é que Freud dirá que tais sentimentos, amor e ódio, são ambivalentes posto que estão sendo dirigidos ao mesmo objeto, criam-se de partes deles mesmos, o ódio como original e o amor advindo dele. De qualquer modo, na teoria das

pulsões Freud ressalta que tais polaridades dominam a vida mental, e com isto, atesta a expressão clínica de um psiquismo dividido, e que a ambivalência componente nele aponta para assunção de um sujeito do inconsciente.

É assim que, ainda em 1915b, em outro artigo Freud descreve como necessária e legítima sua suposição do inconsciente e apresenta o seu modelo do Ics – PCs/Cs, instaurando a partir da teoria do recalque que tem dois sistemas psíquicos. A existência do inconsciente pode então ser atestada a partir dos sonhos em pessoas sadias e do sintoma psíquico: “nossa experiência diária mais pessoal nos tem familiarizado com ideias que assomam à nossa mente vindas não sabemos de onde, e com conclusões intelectuais que alcançamos, não sabemos como” (1915b/1996, p. 172).

Em "*Além do Princípio do Prazer*", Freud (1920/1996), constrói uma nova formulação. Até a publicação deste artigo, Freud explicava que o princípio de prazer regula os eventos mentais quando estes são submetidos a tensões desagradáveis, e que leva à redução da tensão e evitação de desprazer, logo produção de prazer. A partir desse novo texto, no entanto, Freud deixa de formular a dominância do princípio de prazer na vida mental, posto que sua vivência clínica no tratamento dos sintomas o fazia lidar com a compulsão à repetição, que, por sua vez, mobilizava excitações que não tendiam a evitar o desprazer, mas incitava-o. Freud, assim, descreve esse momento de sua teoria:

Contudo, chegamos agora a um fato novo e digno de nota, a saber, que a compulsão à repetição também rememora do passado experiências que não incluem possibilidade alguma de prazer e que nunca, mesmo há longo tempo, trouxeram satisfação, mesmo para impulsos pulsionais que desde então foram recalçados” (1920/1996, p. 31).

Essa noção resulta em uma reviravolta na teoria pulsional. Para Freud, a compulsão à repetição exprime a natureza conservadora da pulsão, ou seja, ela nada mais representa que a tendência ao retorno a um estado anterior de coisas. Não é ao desenvolvimento e à mudança a que se destinam as pulsões. Estas estão predestinadas, de formas diversas, a percorrerem um caminho de volta a um estado anterior, ao inorgânico.

Surge então uma nova proposição sobre a teoria das pulsões. As pulsões de vida e pulsões de morte (em lugar das pulsões do eu x pulsões sexuais) passam a conduzir o psiquismo. As pulsões de morte, opondo-se às de vida, “empurra” o organismo para o estado inanimado, para a morte, com o intuito de restaurar esse estado anterior de coisas; enquanto

que as de vida tendem a um prolongamento da vida.

A vida é vista como perturbadora do equilíbrio perfeito, encontrado apenas no mundo inorgânico. Freud diz que: “não conhece exceção o fato de que tudo o que vive morrer por razões internas, tornar-se mais uma vez inorgânico, seremos então compelidos a dizer que o objetivo de toda a vida é a morte” (1920/1996, p. 49).

Assim, segundo a leitura de Freud, feita por Garcia-Roza (2004), o conceito de pulsão de morte introduz o caos pulsional, representa a queda da hegemonia do princípio de prazer - aportando um além que é disjuntivo, destrutivo. E Lacan (1964/1998) acrescenta que “a pulsão divide o sujeito e o desejo, o qual só se representa pela relação, que ele desconhece, dessa divisão com um objeto que a causa” (p. 867).

Assim, em nosso percurso para delinear o estatuto do sujeito para psicanálise, vimos na trilha do conceito de pulsão, em Freud, que ele chamou de sua mitologia, componente de sua metapsicologia, que o sujeito é “uma enunciação da sua obra” (Cabas, 2009, p. 92) e ainda com este autor, podemos anunciar:

Se o sujeito freudiano for “algo”, esse “algo” é a repetição. A repetição d’Isso que se impõe. Donde o sujeito se define em relação ao Isso. Significa que não existe por si. Sua chance (mas para tanto é necessário um trabalho analítico) é advir ali onde Isso era. A tal ponto que se fosse “alguém” e se apresentasse falando na primeira pessoa, ele – o sujeito freudiano - diria: “Isso Sou” (p. 93).

1.3. Constituição do sujeito: o falo como operador

Passaremos à formulação de Lacan, que propõe a dialética de desenvolvimento de uma criança a partir de uma tríade: mãe – falo – criança. Onde o falo é o termo proposto em alusão ao aparelho genital masculino, mas que se desprende de tal imagem biológica, “o falo é essencialmente o símbolo da ausência do órgão (...) significante da falta, marca numa relação de palavra, o lugar do objeto perdido” (Lévy, 2008, p. 39-40). Na teoria psicanalítica, ao longo do desenvolvimento da sexualidade infantil, o falo assume a primazia e é efeito do processo de castração, formulado por Freud. Deter-nos-emos no conceito de falo para fazer a interlocução com a falta como marcador de um lugar operativo na constituição do sujeito.

Freud descreve o momento lógico em que algo importante se opera, quando meninos e meninas são confrontados com a diferença sexual. Dessa confrontação, as crianças são impelidas a criar teorias, sobre as quais Freud atesta: “Estou convicto que nenhuma criança (...) pode evitar o interesse pelos problemas do sexo nos anos anteriores à puberdade” (1908/1996, p. 191).

Ao trazer que a vivência da diferença sexual acarreta um conflito, Freud ilustra-o:

Se a satisfação do amor no campo do complexo de Édipo deve custar à criança o pênis, está fadado a surgir um conflito entre seu interesse narcísico nessa parte de seu corpo e a catexia libidinal de seus objetos parentais. Nesse conflito, triunfaria normalmente a primeira dessas forças: o ego da criança volta as costas ao complexo de Édipo. (...) As catexias de objeto são abandonadas e substituídas por identificações” (1924/1996, p.196).

A castração incide na teoria sexual da criança, é um corte simbólico que põe em destaque uma angústia diante da constatação da diferença entre os sexos e dá realce para a separação entre a mãe e a criança. Em linhas gerais, Freud (1924/1996) descreve “a diferença essencial de que a menina aceita a castração como um fato consumado, ao passo que o menino teme a possibilidade de sua ocorrência” (p. 198). Suárez (s/a) ocupa-se desta temática e trata do núcleo de onde advém essa diferença

para o menino, o processo lógico do complexo de Édipo termina quando ele assume as consequências da ameaça de castração, ou seja, quando assume as consequências da ameaça da perda do órgão. Já para a menina, é através do descobrimento dessa falta e, fundamentalmente, do descobrimento da falta na mãe que se abre para ela a porta do complexo de Édipo. Assim, a menina freudiana deve separar-se de sua mãe e orientar-se em direção ao pai (s/p).

Assim, se para os meninos a mãe segue como objeto de amor a vida inteira, as meninas são marcadas por possibilidades diferentes na vivência de sua feminilidade. A lógica do masculino pode ser ilustrada em referência ao mito do pai da horda primitiva. Os homens, em seu percurso linear no Complexo de Édipo, constituem-se abdicando da mãe enquanto objeto de desejo para preservar seu órgão sexual, mantendo-a como objeto de amor, assim como na horda, o laço fraterno entre os filhos - que mataram o pai – conserva-os vivos, desde

que todos os filhos abduquem de ocupar o lugar do pai morto sob a ameaça de desembocar no mesmo destino do pai. Nós daremos uma atenção mais detida à importância desse mito e suas consequências quanto à estruturação do social, mais adiante, na seção sobre as toxicomanias.

Por ora, queremos ressaltar que desde Freud e na leitura de Lacan, há no estudo da sexualidade infantil uma lógica. No mito construído por Freud, temos a proposição de um pai que goza de todas as mulheres. É ele que, estando fora, sendo excluído, dá a possibilidade de que haja um conjunto de homens. É quando morto, nos diz Freud (1913a/1996) que o pai advém numa lei ainda mais rigorosa, e um interdito é instaurado para organizar o social, o laço entre os filhos e entre os filhos e o mundo.

Nessa ilustração Freud metaforiza o que regula a vida em sociedade. Toda ela, composta por homens e mulheres, está inscrita na função que insere o simbólico, inscrevendo o sujeito no mundo humano.

É ao permitir ser representado por palavras que o sujeito aparece e desaparece. Desse mesmo modo, o sujeito só o é, no não-ser. O sujeito afigura-se como uma suposição, posto que a cada declaração por ele feita, esse dito usurpa-lhe o lugar, é substituído por um significante e assim, o sujeito desaparece. (...) A linguagem divide o sujeito, ele só se constitui enquanto dividido. Ele só nomeará seu desejo na linguagem, ele é o que a linguagem possa dizer dele (Silva, 2009, p. 07).

Embora o feminino e masculino estejam nesta função, a inscrição se dá diferentemente para cada um e não é relativa ao sexo biológico, nem tampouco a gênero, tratam-se de posições. Os homens, a partir da referência do masculino inscrita pelo pai da horda primitiva, constituem-se estruturalmente como um conjunto, na medida em que sua constituição assenta-se sobre uma exceção, estão todos na ordem fálica, possuidores de pênis e tementes à Lei do pai morto.

Quanto à especificidade do feminino, Freud atesta outra ordem em voga e se desconcerta diante do que ele nomeia de rochedo da castração para as mulheres:

O fato de a menina reconhecer que lhe falta o pênis, não implica absolutamente, que ela se submeta a tal fato com facilidade. Pelo contrário, continua a alimentar, por longo tempo, o desejo de possuir algo semelhante e acredita nessa possibilidade durante muitos anos (1932/1996, p.125).

As mulheres não têm, portanto, lei geral que as contemple, que faça delas um conjunto. O percurso da feminilidade é diverso do masculino.

Assim, com o Édipo e com a castração, inscreve-se no sujeito o primeiro interdito que o priva de ser-ter o falo (objeto de completude), e o faz assumir o falo como significante da ausência a quem estará referido e, portanto, lançado na cultura. A relação do masculino com o feminino, nessa mesma cultura, frente à clivagem psíquica, segue afirmando esse interdito, isto numa impossibilidade de equivalência entre o que é um homem para uma mulher e vice-versa, porque estão frente ao seu desejo em referência distintas. O homem está todo na função fálica, enquanto as mulheres estão nela, enquanto não-toda.

Na passagem do infante ao falante algo foi perdido da relação com a mãe, que segue sendo atualizado na dimensão do social em todas as relações. Os humanos estão irremediavelmente aí postos: “a divisão que reside no coletivo não é outra coisa senão o vestígio da perda que, por causa da linguagem, afeta a todos nós e é o que apreendemos por meio da diferença dos sexos” (Lebrun, 2009b, p.155).

Na constituição do sujeito, a entrada do pai produz uma falta, devido à castração simbólica, negando o *status* de falo à criança frente a sua mãe, ficando o pai como representante do falo para a criança e, posteriormente, ainda nesta operação também o pai deixa de ser o falo, a fim que o falo passe a significante, significante de uma ausência. Desse modo, o falo não é um atributo que pertença a alguém, ele é um marcador de lugar, representando a falta que estrutura a subjetividade.

E é nessa passagem responsável pela clivagem da subjetividade que, segundo Garcia-Roza acontece “a inscrição a nível do¹¹ indivíduo daquilo que é constituinte do social” (2005, p. 217). E Lebrun (2009b) sublinha que a “castração nada mais é do que o preço a pagar, relativo à estrutura, para que do lado do Um como do lado do Outro¹², o falo guarde sua função de significante do todo, logo, de garantia do impossível” (p.75).

É fundamental, nesta seção, ratificar que na teoria psicanalítica o que conjuga a subjetividade é seu fundamento numa perda, numa falta, perde-se o falo, enquanto objeto. A

¹¹ A expressão “a nível do” é um erro comum em português. No entanto, como se trata de uma citação direta, mantemos conforme o texto.

¹² Outro é uma categoria da psicanálise lacaniana que fala de um “lugar anterior e exterior ao sujeito, que marca a sua determinação simbólica no mundo da linguagem. Se inicialmente os pais podem ocupar a função de Outro para a criança, este conceito por outro lado não se refere a uma entidade personificada. Se num primeiro momento este Outro se apresenta como “tesouro de significantes”, no advento da separação entre sujeito e Outro, a metáfora paterna edificará um Outro barrado, causando uma perda entre Outro e sujeito que permitirá a este constituir-se. Nisto o Outro marca uma alteridade em relação ao sujeito, donde diverge do “outro” (escrito em letras minúsculas) especular, visto que este, por estar na dimensão imaginária, refere-se ao semelhante” (Albuquerque, 2013, p.80).

primazia do falo a partir de Lacan aponta a diferença sexual, um não *rapport* sexual, que exige que homens e mulheres, ao invés de complementares, estejam submetidos a uma suplementariedade irreduzível.

A ordem fálica ao interditar, ao assegurar o lugar do impossível, dá acesso ao sujeito, enquanto submetido à ordem da linguagem e existente nela. Agora, não se trata mais de ser o falo, mas de ter ou não ter, na medida em que ninguém o detém. Esta assunção do falo como significante, sempre ausente, instaura a ordem do humano numa falta constitutiva comum a todos e ilustrada com o *status* de falantes, a natureza diferente e descompassada entre o dito e o dizer traduz a impossibilidade de que as palavras encerrem o objeto falado. Assim, o falar segue sendo necessário, embora incompleto. Daqui, já deixamos a advertência sobre um ponto que parece fracassar no toxicômano: a droga sobrepõe-se à palavra.

1.4. Sujeito, pedra angular da teoria lacaniana

Seguindo a trilha de Freud é que Lacan, em seu “Retorno a Freud”, fará do sujeito o âmago de toda a sua obra. Lacan (1954-55/1985) falou de um eu (*moi*) e de outro “eu” (*je*). Este último como o sujeito do inconsciente, causado por uma operação simbólica de introdução da criança no mundo da linguagem. Enquanto o eu (*moi*) é pelo que se reconhece o sujeito, como identidade de si.

Apoiado por diversos campos: linguística, sociologia, antropologia, matemática, física, artes em geral e filosofia, Lacan vai propor uma retomada da teoria freudiana, e avançará nela, encontrará na linguagem um modelo para a estrutura do inconsciente, bem como, irá escrever sua teoria sobre o sujeito. Em linhas gerais, a humanização é feita ao preço de ser sujeito. A linha tênue que demarca o animal humano de sua existência humana é atravessada pela imersão na linguagem.

Em seu Seminário 4, Lacan (1956-57/1995) nos diz que “Na experiência da Teoria analítica, a noção da falta de objeto é central, é a mola da relação do sujeito com o mundo” (p. 35). Claramente vemos a referência ao objeto que Freud anunciava ao definir que a pulsão se satisfaz sempre parcialmente, já que o objeto em causa perde-se nela. E assim, Lacan segue advertindo que “Não existe um objeto harmônico que encerre por sua natureza a relação sujeito-objeto” (p. 25). No próximo capítulo veremos que a toxicomania se funda exato nessa ilusão de que a droga pode ser esse objeto harmônico, contudo, como a própria clínica ressalta, é apenas uma ilusão de completude.

Seguindo sobre a constituição do sujeito, Lacan (1975/1992) nos diz que

existe inicialmente uma dupla decepção imaginária – localização pela criança do falo que lhe falta, depois, num segundo tempo, a percepção de que à mãe, a esta mãe que está no limite do simbólico e do real, falta também o falo. Segue-se o apelo feito pela criança a um termo que sustente esta relação insustentável (p. 81).

Para que tal decepção venha a ocorrer e marque para o sujeito o desencontro entre o que ele é e o que a mãe quer dele, é necessário que a mãe, como primeiro Outro do filho possa abrir mão de sua onipotência, admitindo a falta radical que lhe constitui, e assim, remeter-se à lei de um terceiro, que a prive do que ela não tem e jamais poderá ter, e seja também, para a criança, o caminho que possibilite a inscrição da lei. Mas para isso, a mãe precisa autorizar, dar valor a palavra do pai, deparar-se com sua castração e com a ilusão de que a criança é o seu falo.

É, portanto, em torno de uma falta que a subjetividade se organiza. E Lacan (1956-57/1995) escreve dessa não coincidência entre desejo e objeto, uma das propriedades do objeto e que é fundamental nesta dissertação: “O que é amado no objeto é aquilo que falta a ele – só se dá o que não se tem” (p. 153). E ele segue, localizando a organização em torno da falta como incidente na subjetividade, e registra que é na relação especular que o sujeito apreende, por volta dos seis meses de idade, “uma falta possível” (p.179), como descreveremos mais detidamente a seguir.

Lacan (1949/1998) trata a formação do eu a partir de uma experiência psíquica denominada de Estádio do Espelho. Ele apresenta essa experiência como um antecedente da função subjetiva. Aqui, a criança toma a imagem no espelho como sendo de si, identificando-se com ela. Ao reconhecer-se como uma imagem instaura-se o Eu (*moi*), de modo que o que nele há de mais verdadeiro é uma imagem, uma especularidade. Esse Eu é efeito do imaginário, a criança identifica-se com uma imagem como sendo ela mesma, sem o ser, assumindo uma virtualidade exterior (a imagem) como realidade. Antecipando para si a integração e unidade corporal, que, no entanto, se chocam com a imaturidade e falta de coordenação motora. Após alienar-se nessa imagem, a criança supõe ser o outro completo e busca identificar-se com ele, necessita que o Outro lhe legitime um lugar. Assim, é que se torna possível - para a criança - a passagem da identificação a uma imagem (eu-ideal) para identificar-se com seu semelhante (ideal do eu), alienando-se também nele.

Esse estágio aponta para a importância da identificação como “a construção de uma matriz simbólica onde o Eu se precipita em uma forma ideal. Contudo, primordial” (Cabas, 2009, p. 119). Vemos a estruturação do Eu a partir do Imaginário, pois é a partir da possibilidade do Eu assumir-se como um outro que o sujeito será erigido. É desse modo que Lacan (1954-55) nos diz “Logo que o próprio sujeito chega a ser, ele o deve a um certo não-ser sobre o qual ele ergueu seu ser” (p. 242).

A partir daqui, podemos pensar sobre a passagem do Imaginário para o Simbólico, não que este último já não estivesse presente no primeiro, pois estava – mesmo antes de nascer a criança já era falada pelos pais, e ao nascer está todo o tempo inserida num mundo de linguagem. No entanto, só após submeter-se à alienação é que o Simbólico se organiza como lei, que estruturará o sujeito. Para Vanier (2005), “a introdução do Simbólico lembra que toda a experiência se passa no campo da palavra e da linguagem” (p. 54).

Assim, “a escolha de sujeição é necessária para que o indivíduo advenha como um sujeito” (Fink, 1998, p. 72). E esta sujeição é a nossa alienação na e pela linguagem, e assim, o sujeito ‘aceita’ ser dividido e substituído, visto que sua alienação prescinde a sua aparição, ele não mais será visto, nem terá livre voz. Aparecerá nas vias do significante tal como Lacan (1960/1998) define “um significante é aquilo que representa o sujeito para outro significante” (p.833).

A cena analítica é o único campo da experiência em que o sujeito ek-siste¹³. É condição para ex-istência do sujeito, ser representado por palavras. Nelas, o sujeito aparece e desaparece. Desse mesmo modo, o sujeito só o é, no não-ser. O sujeito apresenta-se como uma suposição, posto que a cada declaração por ele feita, esse dito usurpa-lhe o lugar, é substituído por um significante, e assim, o sujeito cintila.

O sujeito lacaniano é tomado como um furo no discurso, e o que uma análise busca é “um Eu que assume a responsabilidade pelo inconsciente” (Fink, 1998, p. 66). É desse modo que o sujeito, em psicanálise, é sempre o sujeito do desejo. Ele é causado pelo desejo do Outro que lhe proporcionou ser sujeito. Admitir que o Outro deseja é garantir o lugar da falta necessária para a emergência do sujeito. É porque houve uma identificação e, portanto, a

¹³ “Ex-sistir quer dizer ocupar um lugar fora de, estar fora, estar de outro lado” (Suárez, 2006). Este termo trata da operação que ao entrar no campo da linguagem e do simbólico constitui a perda do ser (essência) do sujeito, sendo daí por diante, esse sujeito ultrapassado pelo que diz, marcado numa ex-sistência, e, portanto, irremediavelmente inapreensível. O que se tem do sujeito é sua fala, em psicanálise o sujeito é sempre o do desejo. É assim que Lacan vai marcar com Ek-istir - com k no lugar do x, para demarcar já na escritura a importância do sentido que atribui ao termo - o fundo do impossível que recobre o humano, que não é (ser), mas ek-siste. É um lugar que é outro, apresenta um extimo, uma existência separada.

criança falhou em sua função de suprir a falta do outro, e isso, porque o Outro mostra sua incompletude e castração, aqui se dá o processo de alienação e separação.

A alienação “é o ‘primeiro passo’ imprescindível para ascender à subjetividade, esse passo envolve escolher ‘o próprio desaparecimento’.” (Fink, 1998, p. 74). Ela é “essencialmente caracterizada por uma escolha ‘forçada’ que descarta o ser para o sujeito, instituindo em seu lugar a ordem simbólica e relegando o sujeito à mera existência como um marcador de lugar dentro dessa ordem” (Fink, 1998, p. 75). Na alienação, o Outro materno mostra sua incompletude, apresenta-se como sujeito desejante e, portanto, faltante e irremediavelmente também alienado na linguagem, “Aqui se constrói um lugar prévio do sujeito como efeito de linguagem, o sujeito se identifica com um significante” (Petri, 2003, p.59).

Já na separação “há uma tendência a sobrepor totalmente a falta da mãe e a da criança, o que significa tentar fazer com que seus desejos coincidam completamente” (Petri, 2003, p. 77), no entanto, aqui, o outro também é dividido, trata-se de um Outro barrado. E assim, a criança precisa de algo que nem está nela, nem no outro, mas é externa a ambos, e assim, demarca-se que seus desejos (mãe e bebê) são diferentes. A separação “acontece pelo encontro com a falta no Outro, falta veiculada no discurso, que não é outra coisa que o desejo” (Petri, 2003, p. 59-60).

Depois de um hipotético momento em que mãe e filho formam uma unidade, um terceiro há de vir para marcar a lacuna necessária entre eles, compor a tríade a partir da instalação de um nome – o Nome do pai. Se, ao contrário, a mãe não suportar essa falta, não assumir sua divisão, nem sair do engodo imaginário e fálico ela “impedirá a criança de articular o que quer que seja para além da demanda, em um para além do materno. A saída simbólica será bloqueada pela presença onipotente da mãe que intervém, no real, ao nível da necessidade” (Mannoni, 1998, p. 118).

O Nome-do-Pai substitui a ausência materna, aponta que o desejo da mãe está para além da criança, é regulado por uma lei. Para isto, uma operação se dá e podemos assim resumi-la: Inicialmente na relação com sua mãe a criança lhe é submissa, identifica-se com o objeto de desejo que a satisfaz, sob a forma de um engodo, a criança pretende ser o falo de sua mãe, assim como ela também admite. A metáfora paterna aponta tal engodo. Assim, o pai intervém como privador da mãe. No plano imaginário, ele a priva de ter o falo, a eficácia desse tempo depende daquilo que a mãe faz da palavra do pai. Trata-se aqui de uma relação com a palavra e não com o pai, isto é, com o Não do pai. Com o assentimento da mãe, como

mulher, o pai intervém e dá provas que possui o falo e que pode dá-lo à mãe, privando a criança de ser o falo.

Como resultado da metáfora paterna, inaugura-se o acesso ao Simbólico, a criança deixa de ser o objeto do desejo da mãe para ser sujeito. No entanto, a ordem simbólica já existia, já estava instaurada, vale salientar. É assim que o sujeito é efeito do significante, que o torna desejante e institui uma divisão (*Spaltung*) irreversível. Fink (1998) nos diz que “O resultado dessa substituição ou metáfora é o advento do sujeito como tal, o sujeito como não mais apenas uma potencialidade, um mero marcador de lugar no simbólico, esperando ser preenchido, mas um sujeito desejante” (p. 81).

O sujeito então só existe como um nome, enquanto o que a linguagem pode dizer. Ela não revela o seu ser, ela re (vela) ele mesmo: sujeito da enunciação, o *Je*, o sujeito que se perde, se trai, se assume num significante.

A fala trai o indivíduo e atrai o sujeito. A associação livre possibilita que o indivíduo tente se organizar em enunciados, e proporciona a emergência do sujeito. Elia (2007) nos diz:

Só a fala permite que o sujeito, que emergirá nos tropeços das intenções conscientes daquele que fala, possa, além de emergir nesses tropeços, ser reconhecido como tal pelo falante, que a partir desse reconhecimento, não será mais o mesmo porquanto terá sido levado a admitir como sua uma produção que desconhecia, mas que, ainda sim, faz parte dele (p. 23).

No tocante à sensação de estranhamento de si que o sujeito aponta no discurso, ela pode ser ilustrada nesse trecho: “às vezes também penso que não sou eu, pareço pertencer a uma galáxia longínqua de tão estranho que sou de mim. Sou eu? Espanto-me com meu encontro” (Lispector, 1998a, p. 36). É esse sujeito ultrapassado pelo que diz que marca a existência, e é por isso que não se busca a verdade, a não ser a do desejo do sujeito. A análise não se propõe chegar a nenhum lugar, nem tampouco a definir o sujeito, antes, como nos assegura Dunker (2008) ao citar Lacan, a “experiência psicanalítica deve ser capaz de inventar uma verdade, deve ser um acontecimento de *verdade* na vida de alguém” (p. 45).

O sujeito da psicanálise prescinde de toda e qualquer intenção de cura ou compreensão. Ao analista e àqueles que referenciam sua prática na teoria psicanalítica cabe estar junto em um mergulho criativo possibilitando que cada sujeito surja e se re-descreva em sua própria e singular verdade.

E esse caminho não nos leva a nenhum lugar definido a priori, a cada sessão, o sujeito surge e escapa, e por mais que fale, há sempre um fundo de real que limita o dito, e meia verdade surge a cada vez. E desse modo, ao falar de si, o que se é plenamente, ficará oculto para sua própria existência e nos confortamos nisso, pois sabemos que “não se conta tudo porque o tudo é um oco nada” (Lispector, 1998a, p. 63).

Não é fácil falar do sujeito, mesmo porque, dele só há a sua fala. O sujeito quem diz cintila, evanesce, e é essa mesma a condição para que ele ex-sista: apagar-se por trás de um significante. Não é possível enquadrá-lo, nem conceber o momento exato de sua emergência, pois ele aponta sua presença numa ausência, que lhe é posterior. É assim que Elia (2007) nos diz: “O saber sobre o sujeito não está alcance de todos, e não estará ao alcance de ninguém que não queira se dar ao trabalho psicanalítico” (p. 10).

É o estatuto de objeto que abdicamos ao advir, enquanto sujeitos de desejo, logo, é só essa nossa fala que resta como significante, enquanto som ao divagar sobre o estranho-conhecido que somos nós mesmos. Lispector (1998a), mais uma vez, pode nos contemplar com um belo trecho que se aproxima dessa compreensão psicanalítica: “Quem vive sabe, mesmo sem saber que sabe. Assim é que os senhores sabem mais do que imaginam e estão fingindo de sonsos” (p. 12).

Até aqui tentamos descrever o sujeito, em linhas gerais, apresentando-o como o do desejo, uma “falta inscrita na fala e efeito da marca do significante sobre o ser falante” (Chemama, 2004, p. 89). Ser desejante é a condição humana que insiste em buscar, através dos diversos objetos do mundo, alcançar a satisfação.

Valas (2001) esclarece sobre o estatuto do desejo:

quanto mais o sujeito avança no caminho da realização do seu desejo, mais ele sofre os efeitos da sua destituição subjetiva, e mais é confrontado com a fragmentação dos seus objetos. (...) O ato desejante, sempre a renovar-se, é portador de um desejo novo conquistado do não-realizado que é, em Lacan, a própria definição daquilo que insiste no inconsciente (p. 16)

Ser sujeito, portanto, é ter que haver-se com a falta fundamental e com as dificuldades em desejar a satisfação das pulsões, quando estas, por sua vez só são reconhecidas na linguagem e impossíveis de alcançarem satisfação. Tal como tentar assenhorar-se da própria sombra, a satisfação de um desejo está sempre um passo à frente, escapando para outro nome e lugar. O sujeito, no entanto, guiado pelo momento mítico de unidade e satisfação plena,

vivenciada com o Outro materno, não cansa de seguir o rastro do desejo, dirigindo-se aos objetos em busca de ser Pleno.

É importante reter dessa seção, a compreensão de que, na escuta clínica a toxicômanos estamos partindo dessa concepção de sujeito até aqui formulada. A escuta visa a um sujeito do desejo, marcado por uma divisão e, portanto, apresentando em seus sintomas uma verdade particular, no entanto, assimilável a partir de um trabalho de análise.

2. O SUJEITO TOXICÔMANO

Quem deseja, mas não age, gera a pestilência.
William Blake¹⁴

2.1. Cenário social do uso de drogas: múltiplos discursos

Há uma patente inquietação e rumor social sobre o tema do uso de drogas e da dependência química. Os meios de comunicação atuais veiculam informações a respeito do crescente aumento do uso de drogas e exaltam a preocupação quanto aos prejuízos daí advindos. Apontam este uso e abuso de drogas como propulsor do aumento na criminalidade, desagregação dos jovens e desajustes familiares.

No plano político, contemplam-se recentes e maciças campanhas governamentais que visam prevenir, frear e tratar a disseminação das drogas, alertando para os fatores de risco decorrentes desta, entre os quais, estão a dependência química e os prejuízos sociais, afetivos, psicológicos, econômicos e familiares, para os envolvidos.

Ao contrário do que postula o senso comum vigente, o uso de drogas não é um fenômeno recente, acompanha a história da humanidade. Todas as sociedades das quais se tem registro lançaram mão das drogas dentro de seus costumes e hábitos (Bucher, 1991). Este autor verifica ainda que, o sentido do uso de drogas é extremamente variável conforme o tempo e a cultura envolvida. Desse modo, ponderamos que o contemporâneo uso de drogas, embora pertença a uma evolução histórica, traz consigo uma marca própria e singular sentido. O estatuto da droga hoje se erige como um discurso, sendo necessário verificar sua sintaxe e função a fim de compreendê-lo.

Esse discurso, no entanto, tem diversos desdobramentos, desde a ênfase no estudo sobre as propriedades químicas das drogas e sua interação com o organismo humano, passando pela concentração - nos aspectos psicológicos do usuário de drogas - até a defesa do contexto social onde o uso se dá. Todos estes fatores são apontados - isolados ou associados - como indicadores importantes na justificativa da avassaladora expansão e repercussão do uso de drogas. Acreditamos, no entanto, que o fato de a preocupação com o abuso e dependência de drogas marcar-se como uma constante na formulação de políticas públicas aponta o quanto

¹⁴ Blake, William. (2006). *Quatro visões memoráveis*. Lisboa: Antígona.

a relação com a toxicomania não é apenas um sintoma individual, mas é um sintoma que se articula com o social.

Acompanhamos diversas tentativas de lançar respostas: no âmbito político estadual surgiram ações como o *Plano de Ações Sociais Integradas de Enfrentamento ao Crack*¹⁵, e nacionalmente, acompanhamos o engajamento e articulação da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, tanto com outras secretarias quanto ensejando novas políticas nesse campo, tal como o recente programa Federal *Crack, é possível vencer*¹⁶.

É inegável que, com o desenvolvimento dessas medidas tem havido um maior reconhecimento da necessidade de tratamento, pesquisa, educação e prevenção no tocante ao uso de drogas, contudo, acompanhamos o que diz Silveira (2007) quando adverte que

Alguns programas formulados hoje em dia ainda estão voltados apenas para o real do corpo biológico. Algumas vezes também para as questões sociais e culturais, mas, em geral, não levam em conta os aspectos psíquicos e seus efeitos sobre o corpo. Não levam em conta que no ser humano se trata de um corpo banhado pela linguagem e atravessado pela pulsão, um corpo erógeno e não apenas um corpo orgânico (p. 23).

Aqui, há um realce para pensar as políticas não apenas em seu caráter assistencial, mas que também, nelas seja contemplada a singularidade: o sentido que o uso de drogas, por exemplo, tem para cada sujeito. Esse quadro se apresenta de modo complexo e amplo. Portanto, a tentativa de definir os usuários de drogas como uma categoria, com um perfil e diagnóstico uniforme é equivocada.

O fortalecimento da rede pública de cuidados, assistência, saúde e atenção é um imperativo necessário. Tais ações e preocupações têm mantido a perspectiva do direito dos cidadãos, ao disponibilizar oferta de tratamento e ocupar-se com a ressocialização dos usuários de drogas. No entanto, é preciso não perder de vista que o estabelecimento do

¹⁵ Plano de ação do governo de Pernambuco lançado em 25 de maio de 2010, com o objetivo de combater os problemas decorrentes do uso do crack, compreendendo-o como um fenômeno social recente, devastador e ainda pouco estudado nos meios acadêmicos. O plano contém 18 temas principais, abrangendo 3 conjuntos de ações distintos: Prevenção social e repressão qualificada; Proteção e tratamento; Inclusão sócio-produtiva. Mais informações em: http://portalsocial.sedsdh.pe.gov.br/sigas/drogas/arquivos/nota_tecnica_crack.pdf acessado em: 07/01/2014.

¹⁶ É o programa lançado pelo Governo Federal com a finalidade de prevenir o uso e promover a atenção integral ao usuário de crack, bem como enfrentar o tráfico de drogas. Tem por objetivo aumentar a oferta de serviços de tratamento e atenção aos usuários e seus familiares, reduzir a oferta de drogas ilícitas por meio do enfrentamento ao tráfico e às organizações criminosas e promover ações de educação, informação e capacitação. Mais informações estão disponíveis em: <http://www2.brasil.gov.br/crackepossivelvencer> acessado em: 07/01/2014.

tratamento é de outra ordem. Nesse aspecto, assinalamos a diferença entre o cidadão (sujeito de direitos) e o sujeito (do inconsciente).

Rinaldi (2006) nos diz que, após a reforma psiquiátrica, uma dimensão política sobre a segregação - no modelo manicomial - norteou o paradigma da desinstitucionalização e corroborou para a construção de um dispositivo de atenção psicossocial “que tem por objetivo a recuperação da autonomia e do poder de contratualidade dos sujeitos afetados pelo sofrimento psíquico, com o objetivo de reinseri-los na vida social” (p. 142). É na tensão entre clínica e política que a autora ocupa-se com a diferença entre sujeito e cidadania. Embora o tratamento seja proposto ao cidadão, e caiba ao Estado assegurar a existência de dispositivos de tratamento, é importante ressaltar que a direção do tratamento se dá por outra via: é o sujeito que se disporá ou não, neste percurso, e “Tal posição deriva de uma ética que se orienta não pelo bem, mas pelo desejo, e que se funda na aposta de que ali há um sujeito que poderá emergir como resultado de um trabalho clínico” (p. 146).

Para essa formulação, é preciso deixar em suspenso a perspectiva que pensa o usuário de drogas como cidadão. Enfatizando outra lógica: não há relação direta entre o serviço e\ou programa que trabalha com a redução de danos¹⁷ ou abstinência na dependência química e a eficácia terapêutica. Destarte, é preciso sinalizar que o termo eficácia terapêutica traz um complicador no que diz respeito à direção do tratamento. Não há consenso quanto ao sucesso que uma terapia, uma análise, ou um internamento pode produzir. Há programas que tomarão a abstinência, como modulador para atestar alguma eficácia, no entanto, tomamos aqui um caminho que não precisará sucessos ou eficácia, mas que se ocupará de acompanhar a significação que a droga assume na vida psíquica de um sujeito, e quais destinos ele pode construir ao falar da função do tóxico.

No que tange ao social, não será a repressão ao uso de drogas que, isoladamente, trará diminuição no quadro de vulnerabilidade social a que estão submetidos os usuários de drogas, principalmente das ilícitas. Faz-se necessário averiguar a compreensão da história que o sujeito atribui ao seu uso de drogas. É mister que ele assinta em questionar seu uso e considere se este é ou não um problema para ele, podendo assim, trilhar em busca de um ‘o que fazer?’ de seu uso de drogas. Sabemos, no entanto, que nem sempre um pedido de tratamento vem a partir do próprio sujeito. Nas psicoses, por exemplo, dificilmente é o usuário quem identifica problemas com o uso. No entanto, seja formulado a partir dos outros

¹⁷ Conjunto de ações individuais e coletivas, médicas e sociais, dirigidas a minimizar os efeitos negativos associados ao consumo de drogas, considerando-se as condições jurídicas e culturais do momento. Essas ações aceitam a inevitabilidade de um dado nível de consumo de drogas na sociedade, define seu objetivo primário como reduzir as consequências adversas desse consumo.

ou dele mesmo, é necessário que o pedido para tratamento contenha espaço para fazer questão ao sujeito sobre sua relação com a vida, e ele decidirá trilhar a revisão de seu uso de drogas e o que de alguma forma elas falam dele e de seu modo de viver.

Nessa vertente, é sempre a noção de sujeito que serve como operador. A psicanálise não se reporta ao indivíduo, pessoa ou cidadão. Silveira (2007) esclarece essa condução ao afirmar que,

É comum o discurso na área da saúde tomar o usuário como objeto de cuidados e de disciplinamento do corpo sem levar em conta o sujeito. Mas é constatável que a exclusão ou foraclusão do sujeito das práticas em saúde tem efeitos iatrogênicos ainda maiores sobre a pessoa que adoeceu e sofre, bem como sobre o coletivo da população, que acaba cristalizando sintomas epidemiologicamente constatáveis nos atendimentos em saúde mental. O sujeito da saúde não é uma unidade bio-psíquico-social, mas um sujeito produzido pela linguagem e que se relaciona a estes elementos. O sujeito é descentrado, o inconsciente o constitui, o sujeito da saúde é atravessado pelo inconsciente, não reconhecê-lo é causa de (maior) morbidade (p. 25).

Conduzir a escuta clínica nesses moldes é estar atento à dinâmica psíquica no ato do encontro com a droga. Neste trabalho, interessa-nos não todo e qualquer uso de drogas, mas um uso caracterizado pela compulsão e dependência. Assim, como os usuários não podem ser demarcados fixamente, os usos de droga também são diversos. Encontra-se na literatura sobre o tema um uso descrito como: arriscado, de múltiplas drogas, disfuncional, experimental, nocivo, recreativo e social, segundo a classificação de Seibel e Toscano Junior (2001). No entanto, o recorte para este estudo, trata da toxicomania, terminologia francesa que designa dependência de drogas.

2.2. Delineando o campo da toxicomania

Falar em toxicomania no âmbito da Psicanálise é considerar que a relação do sujeito com a droga está para além dos efeitos de uma substância psicoativa no sistema nervoso central. Grossi (1996) argumenta que “o estatuto da droga se modifica e está cada vez mais distante da realidade das sociedades primitivas. Atualmente a droga faz parte de uma

infindável lista de objetos de consumo, postos para o sujeito [...]” (p. 123). Essa declaração nos faz supor uma compreensão diferenciada do uso de drogas, interroga-nos sobre o lugar que assume na vida do sujeito e sobre a função que desempenha.

Essa concepção nos faz admitir que o cerne da causalidade da toxicomania não se restringe exclusivamente às propriedades químicas constituintes das drogas, mas, relaciona-se com o contexto do sujeito e também com seus aspectos subjetivos e psicológicos atrelados à disponibilidade das drogas para o consumo.

Em psicanálise, encontramos várias formulações teóricas sobre a dinâmica da toxicomania. Conte (2003a) nos diz que elas podem ser sintetizadas em dois campos:

De um lado, os que associam a toxicomania a um meio de entrega a um fluxo maternal, no sentido de resgate fusional primitivo. E, de outro lado, os que associam a toxicomania, desde o início, como uma defesa, uma forma de ortopedia, que funciona justamente onde a operação da metáfora paterna ficou prejudicada (p. 44-45).

Acompanhamos essa autora no tocante à presença dessas duas posições na clínica, e articularemos nesta dissertação a compreensão original de Le Poulichet (1990) e a leitura que Conte (2003a) faz dessa compreensão, bem como a trilha apresentada por outros autores (Melman, Lebrun, etc.) para delinear o que está em voga na clínica da toxicomania, evocar os desafios para a escuta analítica aos sujeitos toxicômanos.

Uma pergunta constante na clínica é “por que as pessoas usam drogas?”. Para um esboço de resposta, e pretendendo uma distância do cunho moral, que muitas vezes serve de solução para ela, encontro em uma música uma direção para o que a clínica psicanalítica confirma como motivação para o uso de drogas:

Precário, provisório, perecível;
 Falível, transitório, transitivo;
 Efêmero, fugaz e passageiro
 Eis aqui um vivo, eis aqui um vivo!
 Impuro, imperfeito, impermanente;
 Incerto, incompleto, inconstante;
 Instável, variável, defectivo
 Eis aqui um vivo, eis aqui...
 E apesar...
 Do tráfico, do tráfego equívoco;
 Do tóxico, do trânsito nocivo;

Da droga, do indigesto digestivo;
 Do câncer vir do cerne do ser vivo;
 Da mente o mal do Ente coletivo;
 Do sangue o mal do soro positivo;
 E apesar dessas e outras...
 O vivo afirma firme afirmativo
 O que mais vale a pena é estar vivo!
 É estar vivo
 Vivo
 É estar vivo
 Não feito, não perfeito, não completo;
 Não satisfeito nunca, não contente;
 Não acabado, não definitivo
 Eis aqui um vivo, eis-me aqui.¹⁸

Parece óbvio, mas as pessoas usam drogas porque estão vivas, e porque viver é uma tarefa repleta de desafios. A exemplo, Freud (1930/1996) ilustra:

A vida, tal como a encontramos, é árdua demais para nós; proporciona-nos muitos sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis. A fim de suportá-la, não podemos dispensar medidas paliativas (...). Existem talvez três medidas deste tipo: derivativos poderosos, que nos fazem extrair luz de nossa desgraça; satisfações substitutivas, que a diminuem; e substâncias tóxicas, que nos tornam insensíveis a ela. Algo desse tipo é indispensável (p. 83).

Freud, ainda no mesmo texto já apontava a intoxicação como uma fuga do desprazer, um dos métodos mais interessantes de evitar o sofrimento.

O serviço prestado pelos veículos intoxicantes na luta pela felicidade e no afastamento da desgraça é tão altamente apreciado como um benefício, que tanto indivíduos quanto povos lhes concederam um lugar permanente na economia de sua libido. Devemos a tais veículos não só a produção imediata de prazer, mas também um grau altamente desejado de independência do mundo externo, pois sabe-se que, com o auxílio desse “amortecedor de preocupações”, é possível, em qualquer ocasião, afastar-se da pressão da realidade e encontrar refúgio num mundo próprio, com melhores condições de sensibilidade (p. 86).

¹⁸ Música “Vivo” de Lenine, disponível em: <http://letras.mus.br/lenine/119264/> acessado em: 15/01/2014.

Aqui, temos demarcada uma função de defesa contra o desprazer e uma busca pela felicidade marcando a motivação para o uso de drogas. Segundo interpretação de Queiroz (2001), a atividade científica, a religião e a intoxicação são as três medidas paliativas para alívio do mal-estar na cultura. E infere a importância do uso de drogas na sociedade: “Esse método de evitar o sofrimento leva o organismo a buscar satisfação e processos psíquicos internos, com o propósito de tornar-se independente do mundo externo e, além disso, proporciona sensações prazerosas” (2001, p. 10).

A toxicomania apresenta-se como um sintoma social, efeito de uma mutação cultural no discurso em voga¹⁹ e do imperativo de consumo, esta compreensão contrapõe-se com a ideia da toxicomania enquanto patologia ou desvio da norma vigente. Estamos de acordo que,

cada sujeito dito toxicômano apresenta sua particular relação com o objeto droga dentro de sua estrutura. Segue-se dizendo que em cada caso atendido, mesmo abarcando a queixa em relação à droga, ainda é o sujeito estruturado pela linguagem quem aparece. Parece que para a psicanálise o toxicômano é figura que não existe (Raíces, 1992). Porém, em relação a este mesmo termo destacado, em sua atividade clínica o psicanalista, que por um lado não se depara com a toxicomania como algo que existe *per se*, encontra-se por vezes diante de um sujeito que resume sua identidade nas questões referentes àquilo que envolve o uso de drogas. Ele apresenta-se como um toxicômano, fato que deve ser entendido pelo analista como próprio do campo das identificações (Gianesi, 2005, p. 131).

Assim, pretende-se, nesta pesquisa, percorrer os efeitos de sentidos que a toxicomania evoca, bem como, interrogar a direção de tratamento em suas especificidades na Clínica Psicanalítica. Esse trabalho ocupa-se com a subversão do sujeito, ou seja, com a aparição de um sujeito de desejo naquilo que a apresentação como ‘toxicômano’ visa obturar.

Em todos os tempos, as drogas ocuparam um lugar social, são um recurso legitimado na cultura, o que as distingue são os fins do uso e sua classificação como lícitas ou ilícitas. O uso de drogas acompanha a história da humanidade com fins; religioso, festivo, terapêutico (Escohotado, 1994). No entanto, ao longo do tempo, o uso de drogas tem sido marcado pelos excessos e por trazer prejuízos nos diversos segmentos da vida dos usuários. Como é feita

¹⁹ Melman, Charles. (1992). Alcoolismo, delinquência, toxicomania: uma outra forma de gozar. São Paulo: Escuta.

essa transição, há uma mudança no *status* da droga que corrobora para a evidência da toxicomania, como sintoma atual?

É interessante notar que o discurso psicopatológico das drogas é também um discurso utilitário, corrobora com os valores capitalistas, em que se valoriza a força de trabalho e dividem as pessoas entre quem produz e quem não produz, assegurando que todos possam ser consumidores. Em um discurso onde o capital conduz as relações, quem não é “útil” é posto à margem, não contribui, logo ameaça esse mesmo sistema. Temos, portanto, questões econômicas em voga.

As drogas são postuladas como ameaçadoras à saúde e à segurança, representam o mal, são capazes de deformar o caráter humano e corromper a sociedade. Traduzir o uso de drogas a partir desse prisma é uma visão recente e maniqueísta, podemos situar a partir da Revolução Industrial e, mais fortemente, a partir dos anos sessenta, quando as drogas são apresentadas como “uma negação do sistema produtivo” (Corso, 1996, s/p), ou uma tentativa de se dispensar do mundo laboral.

Ao mesmo tempo em que a toxicomania é marginal, ela é também um dos caminhos possíveis na sociedade de consumo. Ser consumidor de drogas responde ao ideal social de consumir. No entanto, neste trabalho não nos estenderemos ao questionamento sobre a preocupação que o discurso social tem sobre a capacidade produtiva do toxicômano, e sim, nos ocuparemos em compreender a incidência que tal uso de drogas tem na subjetividade dos sujeitos.

Lebrun (2009b) descreve o toxicômano como representante e produto desse mal-estar que, sob a lógica do discurso capitalista não cessa de tentar negar o estatuto do sujeito do desejo. Mais adiante nos debruçaremos sobre o que um sintoma social engendra e como se organiza. Por ora, queremos precisar que a toxicomania é aqui compreendida como uma “relação intensa e exclusiva, na qual o uso de drogas já se tenha estabelecido também como uma função na vida psíquica do toxicômano” (Conte, 2003, p. 9-10). À luz da psicanálise, podemos pensar: o que o toxicômano apresenta, não é a dependência de uma substância psicoativa, e sim, que há um valor tóxico representado na droga. E por tóxico Le Poulichet (citada por Conte, 2003, p. 56) define a “transformação de um produto consumido tomando para si uma função na vida psíquica”.

É na função, que a toxicomania será interrogada na direção do tratamento. Se, para o toxicômano a droga participa como uma destituição da subjetividade, ao apresentar-se colado, falando de si somente a partir do uso que faz da droga, a via de tratamento indicada, portanto, consiste em “ofertar palavras, onde reina silencioso o gozo mortífero que faz calar o sujeito

(...) interrogue os seus significantes ao invés de assujeitar-se a eles” (Lima, 1996, p. 95-96).

2.3. O gozo em voga na toxicomania

O gozo, conceito psicanalítico elaborado por Lacan, mas que teve elementos centrais já presentes no campo freudiano, refere-se ao desejo inconsciente e se opõe ao prazer. Enquanto o prazer - regulado pelo princípio de prazer - visa reduzir as excitações do psiquismo, diminuindo ao máximo possível as tensões, o gozo é referido como um aumento da tensão, uma tensão máxima.

No texto “Além do Princípio do Prazer” Freud (1920/1996) já falava da existência na vida psíquica de uma tendência irresistível à repetição que, contrariando as leis do princípio de prazer, mantém uma relação paradoxal, que pode ser assim descrita: “o trabalho do inconsciente, implica o gozo; e o gozo é a energia que se desprende quando o inconsciente trabalha” (Nasio, 1993, p. 33).

Como seres falantes, sabemos que não só somos constituídos na linguagem, mas somos atravessados por ela. A linguagem modifica o corpo e é a responsável por inscrever o corpo biológico dando-lhe a dimensão de um corpo pulsional. É assim que o conceito de sujeito, diferente de indivíduo (aquele que não se divide) carrega a divisão; o sujeito é habitado por uma linguagem que o significa, marcando sua ex-istência não naquilo que sabe de si, no que responde como sendo seu desejo, mas apresentando-se numa fala equívoca. Ao produzir sonhos, atos falhos, sintomas, chistes, teremos a aparição dessa divisão: um humano que pretender ser cognoscente, consciente de si e de seus atos, mas é surpreendido com a dimensão subjetiva que irrompe marcando outra cena, o inconsciente estruturado como uma linguagem, ou ainda, o inconsciente é um saber estruturado como uma linguagem (Lacan, 19955-56/1985).

Desde a Interpretação dos sonhos, Freud (1900/1996) atestava a diferença entre o conteúdo manifesto no sonho e o conteúdo dos pensamentos latentes. Apresentava-nos sentidos diversos que seus pacientes e ele mesmo atribuíam no relato do sonho e na significação que alcançavam dele. Assim, os sonhos podiam ser lidos, mas não como simples charadas, ou apresentando uma relação de equivalência fixa entre alguns termos. Cada elemento do sonho parecia ser tomado de sentido absolutamente particular e histórico para cada sujeito, e, como se não fosse o bastante, ainda estava submetido a um ponto indecifrável, tal como Freud (1900/1996) descreve em seu sonho da injeção de Irma, onde diante do

encontro com a sexualidade não há uma representação que seja adequada.

É assim que, apoiado na teoria do sonho de Freud, Lacan observa uma analogia entre o funcionamento dos processos inconscientes e o funcionamento da linguagem (Dor, 1989). E ele segue esse caminho a partir das contribuições dos estudos da linguística estrutural - notadamente influenciado pela produção de Saussure e Jakobson. Lacan questiona a função de comunicação dada à linguagem, em que o significado mantinha uma relação de oposição com um significante. Assim, em termos bastante sintéticos, um signo linguístico incluía um conceito (significado da palavra) e uma imagem acústica (marca física do som, significante), sendo esse signo o elemento estrutural da linguagem tal como Saussure definiu.

Lacan - apoiado na experiência analítica - dirá que é o significante que governa o discurso do sujeito e advertirá quanto à tentação de tomar o significado como guia da escuta. Ele faz da escuta ao significante, dos constantes deslizes entre um e outro na cadeia significante, a possibilidade de emergência de um sujeito, entre os significantes.

Lacan (1953/1998), no texto “Função e Campo da Fala e da Linguagem em Psicanálise”, diz que tudo é significante na experiência analítica, e que será pela via da palavra que o sujeito pode nomear seu desejo, buscando a completude do seu ser, pois o desejo é correlato das leis da palavra. E depois em “A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud” (1957/1998) reformulará sua elaboração compreendendo que nem tudo é significante, e que o desejo não está submetido às leis da palavra, e sim, da linguagem, e que quanto mais se avança na tentativa de realizar o desejo, mais ele se fragmenta.

Se algo escapa ao significante, temos a dimensão do gozo introduzida, ele é definido como o que “é o mais estranho e o mais íntimo ao sujeito, mas estando fora do significante, isto é, no real” (Valas, 2001, p. 28). E podemos assim sinalizar sua emergência: “onde a fala fracassa, aparece o gozo” (Nasio, 1993, p. 12). É nesse tropeço que a linguagem será tomada pela psicanálise, no equívoco, na diferença apresentada pelo significante no dizer em detrimento ao dito. Há um furo, há uma falta que impossibilita a plenitude do ser, sendo homem que fala, está-se irremediavelmente destinado a tentar-se fazer humano na linguagem a partir do significante, e ao mesmo tempo, acometido de uma impossibilidade de tudo dizer. Há o significante que apoia a premissa de um inconsciente estruturado como uma linguagem, mas há também o gozo. O gozo, para a psicanálise, é uma noção complexa que se situa na intricação da linguagem com o desejo (Chemama, 2007).

O gozo é sem significante, um lugar vazio, não pode ser representado, embora seja sempre sexual. O gozo é sempre sentido no corpo e Lacan caracteriza três estados do gozar: O gozo fálico, submetido ao recalque, ligado à linguagem; o mais-gozar, que é um gozo residual

nas zonas erógenas, excedente, que aumenta a tensão interna estimulando-as permanentemente; e o gozo do Outro, que é um gozo que o sujeito supõe no Outro, um incesto impossível, um lugar impossível, um gozo máximo (Nasio, 1993). Quanto ao gozo do Outro, a tentativa de operar com ele, de dirigir-se para além dos limites da satisfação é mortífera para o sujeito. Lacan propõe o desejo como a única defesa que pode se arvorar contra o gozo. O desejo humano deseja seguir desejando, ele é indestrutível, a satisfação de um desejo “é primeiramente uma satisfação subjetiva, independente de sua realização efetiva em um prazer de órgão (...) o desejo tem sempre uma polaridade sexual” (Valas, 2001, p. 12). O desejo, portanto, expressa o pertencimento do sujeito no universo simbólico, mediatizado pela linguagem e em busca do reconhecimento do Outro.

Nas toxicomanias, temos um corpo colocado em evidência. Conte (2003a) nos diz que “(...) existem várias formas de estar em relação com o desejo e o gozo, dependendo do estatuto que o corpo ocupa na vida psíquica” (p. 50). É na inscrição do significante no corpo que os trajetos pulsionais vão sendo construídos, que é possível construir uma imagem desse corpo, assim como atestar um furo. O corpo vai sendo assumido na linguagem. Le Poulichet (1990) diz que o que permite dar consistência ao corpo, demarcá-lo, é a voz e o reconhecimento do Outro, essa operação delimita bordas que limita o gozo do Outro e realiza zonas erógenas. No recurso ao tóxico, há uma particular suspensão do sujeito, uma parte do corpo fica aberta ao gozo, não há uma distância necessária para que seja possível produzir o desejo na falta do Outro, e “Quando o sujeito não consegue constituir-se a partir da falta e do desejo do Outro, ele se cola na identificação com o objeto parcial: torna-se o peito ou o excremento do Outro, cristalizando-se nesses significantes” (Conte, 2001, p. 51).

Encontramos no toxicômano uma fragilidade na inscrição simbólica e uma tentativa de contornar o próprio corpo, de ausentá-lo de significantes, autonomamente, tal como no gozo do Outro. No entanto, sendo o gozo do Outro impossível, o toxicômano não goza de seu encontro com a droga, mas precisamente da situação de falta. O corpo fica escravizado, torna-se instrumento, máquina a ser operada a qualquer custo, no entanto, a realização do gozo se dá na privação da droga, e tal paradoxo pode assim ser descrito: (...) o toxicômano, inicialmente, busca a droga para libertar-se das tramas do desejo do Outro e acaba por ficar preso à droga, enquanto Outro real, absoluto, fica na posição de escravo, sem a possibilidade de poder usufruí-la. Fica a serviço do gozo do Outro, de forma sacrificial” (Conte, 2001, p. 54).

Santiago (2001) assegura a toxicomania como paradigma das novas formas de sintoma, pois esta “evidencia o lado autístico do sintoma (...) é um modo de gozar pelo qual se tenta prescindir do Outro” (p. 14). Na mesma direção, Melman (1992) afirma que as

toxicomanias são um sintoma social e diz que com elas “temos o que merecemos” (p. 05).

O toxicômano escamoteia a falta, rege-se por um imperativo de gozo. Há uma similaridade entre esta subversão do Outro na toxicomania, assim como a pós-modernidade subverte a exceção. No entanto, em ambos, apesar da tentativa de forjar a completude e denegar a alteridade, “a despeito da crise que a atingiu, a autoridade é, continua e continuará a ser uma questão de fala” (Lebrun, 2009b, p. 122). O estatuto de sujeito dividido e sem garantias no campo do Outro não será superado, a falta sempre esteve e está posta, o que importa na pós-modernidade é analisar como operar com a falta, nesse tempo em que se nega sua função estruturante.

Na revisão da literatura, a toxicomania caracteriza-se por uma identificação do sujeito ao objeto droga. E, tendo em vista o crescente uso, é preciso considerar quais são as especificidades desse nosso tempo, que torna a droga um atrativo frenético para os sujeitos contemporâneos. No laço social, o sujeito busca um objeto que mais se aproxime de uma completude para responder com ele as exigências pulsionais. Benetti (1996) elucida que na toxicomania “O recurso à droga aparece então, como saída da angústia frente ao desejo do Outro, com o fim de afastar-se dele, de não ter que se haver com ele” (p. 16).

2.4. Articulação da pós-modernidade com a toxicomania como um sintoma social

O que é próprio à pós-modernidade, segundo Lebrun, é que “Ninguém contestará que nosso social está, atualmente, profundamente modificado (...)” (2004, p. 13), quando falamos do tempo não é possível circunscrever precisamente, ao longo da história o que distingue uma época da outra. Houve transformações e, a partir de alguns marcadores é que é possível apontar o que fez a transição entre os períodos, sem que, no entanto, os traços de um tempo deixem de se perpetuar em seu sucessor.

Compreender a história de forma estanque não beneficia as construções e produções humanas visto que, há uma relação lógica, para além de cronológica. Cada tempo, seu valor. E, no tempo, há as transformações que lhe são correspondentes, levando-se em conta os atravessamentos atemporais que marcam todos os períodos do que contamos e construímos como sendo a história humana.

É assim que, ao falar da pós-modernidade neste trabalho, situa-se todas as travessias que os dias atuais carregam: marcas primitivas, medievais, modernas e pós-modernas. Ao mesmo tempo em que conservamos a herança do tempo. Lebrun (2009b) assinala que são

características fundamentais do nosso tempo, as mutações; entre elas, a inversão que produz a prevalência do individual em detrimento do coletivo, realidade nunca antes vivida no seio da história humana. Ele alerta para o lugar-de-exceção que cada vez menos encontra referência, sendo sobrepujado pelo democratismo e pela horizontalidade de lugares. Uma sociedade que é marcada pelo apagamento da diferença, que produz cada vez mais o afastamento do impossível, pela incessante busca de plena satisfação e prazer. Temos um discurso que deixa parecer que o impossível é uma possibilidade e, quando tal impossível não é alcançado sobrevém o sentimento de impotência, que, no entanto, é um engano, é um desvio de suportar que o impossível é estruturante, demarca lugares e fronteiras ao apresentar limites.

O lugar-de-exceção para esse autor é trabalhado em referência ao modo como a vida coletiva se organiza. Lebrun toma como base a formulação de Freud no texto “Totem e Tabu” (1913/1996) e faz contraponto com o “Moisés e o Monoteísmo” (1939/1996). A horda primitiva, apresentada em Totem e Tabu, vivia sob a regência de um tirano que possuía todas as mulheres e expulsava os filhos homens. Constituindo-se como um Um que, pela força, predomina sobre todos e impede que eles tenham um lugar na horda. Esta situação é insustentável, tanto que no mito, esse Um onipotente é morto pelos filhos que, unidos, tornaram-se mais fortes que o pai. A partir desse assassinato, poderiam ter acesso às mulheres da horda. No entanto, para evitar o mesmo destino do pai, os filhos se organizaram e estabeleceram a lei que interdita a cada um a posse de todas as mulheres. Instituem como consequência a lei da interdição do incesto e do assassinato do animal totêmico, representante do pai na horda. Desse modo, para que a vida coletiva exista, será necessário que cada componente do grupo, não tendo todos os seus desejos satisfeitos, possa conviver com os outros que também observam a obrigação de renunciar à totalidade de satisfação.

Como contraponto ao mito do pai da horda, Lebrun coloca outro texto de Freud. Trata-se de “Moisés e o monoteísmo” onde faz referência a um líder que não possui todos os poderes, mas é alguém que tendo um lugar diferenciado, organiza a unidade de um grupo social sob o seu comando. Lebrun (2009b) atesta que “O pai fundador da Lei desaparece em favor de um traço diferencial, de um *ao-menos-um*²⁰, daquele sobre quem podemos nos apoiar para que possamos formar um grupo. É preciso, com efeito, *ao-menos-um* elemento que seja identificado como exterior a um conjunto para que esse conjunto possa se constituir” (p. 97). Esse lugar-de-exceção está apoiado na estrutura da linguagem, na medida em que o que

²⁰ É o Um ex-sistente que vai dar consistência ao conjunto. Se não há um diferencial temos a indiferenciação. Se partimos de um conjunto completo, é ao preço de uma inconsistência. (Lebrun, 2009b). O autor mantém o grifo deste termo em itálico no seu texto, bem como, manteremos aqui.

constitui o humano é sua submissão ao que a palavra pode dizer dele. No entanto, a palavra nunca corresponde à coisa que é dita, esse intervalo entre o dito e o dizer rerepresenta sempre uma diferença de lugares irrevogável que é efeito da primazia do significante cuja inscrição constitui o sujeito.

O que se assiste é mais do que características peculiares. Não se trata de avaliar se os valores e organização social de hoje são melhores ou piores que os antecessores, e sim, de enxergar a lógica operante nas novas produções de subjetividade. Sobre a passagem da modernidade para a pós-modernidade sublinha-se

O Outro de ontem encobria duas entidades que devemos hoje distinguir: sua existência substancial e sua necessidade lógica. O que a modernidade chegou a nos livrar é da existência substancial do Outro mas não de sua necessidade lógica. Quando se pretende desembaraçar de sua necessidade lógica, passa-se para a pós-modernidade (Lebrun, 2009b, p. 28).

Aqui o autor disserta sobre como a autoridade antes, substancializada no modelo vertical, fazia funcionar o lugar do terceiro, marcava a diferença de lugares, tinha-se a força do simbólico personificada no rei, no chefe, no papa, havia uma orientação patriarcal. Esse modelo e seus excessos tirânicos foram desbancados pela modernidade, o estatuto da ciência irrompe como verdade deslegitimando o saber da tradição.

É como se até antes disso, cada um fosse marcado pela diferença de lugar, havia um lugar preestabelecido a ser ocupado, uma lei a qual todos deviam se subordinar e sustentar. Havia a crença no Um, no todo, ao mesmo tempo em que, o lugar de autoridade e de exceção era legitimado, bem como, a necessidade de valer-se dele ainda que com temor a ele.

Deserdar as gerações pós-modernas da herança substancial que o Outro assumia, não deveria equivaler a desertar o solo da alteridade e do lugar de exceção, no entanto, há uma confusão entre a função essencial que o lugar-de-exceção ocupa na vida humana, e o funcionário, o intérprete que sustentou em seu próprio corpo tal função (substancialização do Outro).

Seguindo a marcha da desconstrução-construção, a pós-modernidade inaugura no campo da autoridade uma série de subversões. Antes de compreender o impacto dessas subversões, no tocante à vida coletiva, importa analisar a relação entre o funcionamento do sujeito e do social, e daí constata-se um ponto de estofo: o funcionamento psíquico está em articulação com o campo social, isso equivale a dizer, da infiltração contida na relação sujeito

- vida coletiva.

A teoria psicanalítica salienta que a constituição do humano, bem como, a organização do mundo social é efeito de uma perda, em uma operação que se realiza a partir da falta. Freud (1927/1996) descreve como a organização de uma civilização só é possível graças às renúncias individuais que são feitas em benefício desta. Lebrun (2009b) ratifica que “A subjetividade individual e a vida coletiva se fundam sobre a perda que as constitui” (p. 30).

É na interdição que Freud marca a passagem da natureza à cultura, do instinto à pulsão. Em seu texto *o Mal-Estar na Civilização* (1930/1996), aponta uma inter-relação entre a constituição e desenvolvimento da civilização e do indivíduo. Ele nos inquieta tentando encontrar em que medida o individual opera no processo civilizatório e, de igual modo, qual a contribuição da civilização no psíquico, constituindo-se numa tensão permanente.

Em todo o tempo, quando Freud fala dessa tensão, da ambivalência, da linha tênue e necessária que constitui o humano e a cultura, ele aponta que existe aí um impossível posto. Não há como reduzir tal tensão que mantém, dá forma e constitui o conjunto. Desse modo, podemos afirmar que a sociedade é tributária das renúncias às satisfações pulsionais e dos acordos pactuados na vida coletiva.

É, portanto, numa perda que o estatuto de sujeito é erigido. A psicanálise insere a questão do sujeito, ressaltando na economia psíquica o valor estruturante da falta e do impossível. Ser falante é estar subordinado à ordem da linguagem e, irremediavelmente, se fazer representar a partir dos significantes. O acesso direto aos objetos e ao sensível é perdido quando os sons e balbucios do infante cedem ao código da Língua. Assim, instaura-se a terceiridade, há uma imersão na linguagem que existe e é falada por outros antes do sujeito e que continuará existindo após ele.

O ato de falar testemunha um endereçamento ao Outro, uma “escolha forçada”²¹ da qual resulta a capacidade de nomear a sua demanda e marcar-se no coletivo dos humanos. Muito embora a entrada de cada sujeito na linguagem aconteça de maneira única, faz-se sempre ao preço de uma renúncia, que é coletiva, todos têm este preço a pagar: perde-se o ser como essência, para ser na linguagem. É a palavra que representa o sujeito no mundo. É devido à entrada singular na linguagem e à primazia do significante em detrimento ao significado que os sons e o sentido das palavras são apreendidos, escritos em cada subjetividade de modo particular. Esta assunção peculiar desmente o caráter de comunicação

²¹ Em referência ao que Freud (1913/1996) já nomeava de “a escolha da neurose” e Lacan (1973) segue tratando a “escolha forçada”, admitindo assim a determinação do inconsciente para a constituição do sujeito e da lógica de submissão à ordem da linguagem, onde é necessária uma perda para o filhote de homem tornar-se sujeito.

plena dado à linguagem, na comunicação há uma pretensão de usar as palavras para expressar o que se sente e poder ser compreendido pelo ouvinte. Todavia, os ruídos entre o dito e o ouvido são inerentes ao processo. O fato de usar as mesmas palavras não implica dizer a mesma coisa.

O paradoxo do humano é: ao aceitar pertencer a esta classe, operar a linguagem, depender do coletivo para fazer-se; e, ao mesmo tempo, conservar em si a face intraduzível e incompreensível de si. O sujeito é dividido, marcado pelo vazio, isto se evidencia tanto no fato de que as palavras não podem dizer tudo, quanto no que tudo o que é dito não poderá ser jamais integralmente compreendido. E esse estatuto não há como remediar, a cada asserção dita tem-se no dizer sua medida e sua consequência, há um hiato, que corresponde à diferença entre o enunciado e a enunciação. Nessa diferença, temos a divisão subjetiva demonstrada pela ex-istência no discurso do sujeito da enunciação, aquele que fala, e o sujeito do enunciado, aquele que significa. Isto é efeito do humano ser marcado pela instância do inconsciente que expõe a distância entre seu saber de si e seu não saber de si mesmo. O sujeito é limitado e subjugado à insatisfação, na medida em que a satisfação é sempre parcial e “cada palavra encontrada assinala e repete a perda do objeto satisfatório que ele teria podido encontrar, se ele não tivesse sido limitado pela língua” (Lebrun, 2009, p. 175).

Dito isso, é possível retomar as subversões em voga na pós-modernidade e refletir sobre as implicações que essa postura tem, ou seja, questionar em que medida o social e seus sintomas estão relacionados ao processo de subjetivação. Lebrun (2008a) fala de uma mudança radical, ou ainda, de uma série de mutações no laço social. Esse laço social, fala da articulação do campo do sujeito com o campo do Outro, esses são dois lugares que, no entanto, se articulam, fazendo com que falar de sujeito só seja possível a partir de um lugar que é Outro, e o Outro é estabelecido em relação ao sujeito. Este campo é instaurado a partir de um lugar de exceção, uma terceiridade, nele, atesta-se a presença de um gozo fálico marcado pela castração e por uma falta fundamental.

O que a castração faz é remeter o sujeito a uma condição inegociável, “é saber que não se pode abrir mão do seu desejo e nem se pode deixar de reconhecer que não há saber algum sobre o gozo” (Mendonça, 2010, p. 73). Assim, com o Édipo e com a castração, inscreve-se no sujeito o primeiro interdito que o priva de ser-ter o falo (objeto de completude), e o faz assumir o falo como significante da ausência a quem estará referido, ratificando o seu lugar na cultura.

Elia (2007) nos diz sobre isto que “Para a psicanálise, portanto, a falta é o que nos faz sujeitos *na* cultura, não *da* cultura, pois não somos meros efeitos da cultura, já que esta

carece, tanto quanto o sujeito, de ser compreendida a partir dos fatos de estrutura que lhes conferem inteligibilidade” (p. 49). Na modernidade, havia uma consonância com esse sujeito atravessado pela linguagem e constituído a partir da falta “enquanto perseguíamos o diálogo com a figura do *ao-menos-um*, com o lugar de exceção (...) ratificávamos um mundo marcado pelo que nos escapava” (Lebrun, 2009b, p. 36-37). É assim que a pós-modernidade, marcada pelo neoliberalismo e pela tecnocracia, sustenta-se numa esquiva à condição operante no falante e na vida coletiva e da qual pretende veementemente se desafiançar. É, portanto, o ataque à falta o que há de original nessa transição. Essa evidência nos faz ponderar quanto aos resultados que daí emergirão, bem como, refletir sobre este processo invertido em voga.

A falta atualiza a realidade psíquica e a realidade social, infiltradas como são. O contrário disto, ou seja, relativizar essas polaridades, emancipar-se do lugar lógico da exceção “conduz à necessidade de uma exclusão real, mortífera, porque ela rompe, de fato, o laço social (...)” (Lebrun, 2009b, p.161).

Pellegrino (1983) aponta como se dá essa passagem da operação de uma falta no sujeito e o conseqüente laço do sujeito com o social:

A criança, na vicissitude edípica, tem que renunciar às suas pulsões incestuosas e parricidas. Tem que renunciar, portanto, à onipotência do seu desejo e ao princípio do prazer, adequando-se ao princípio de realidade. Essa renúncia se faz em nome do temor, subordinado ao amor. A solução do complexo de Édipo implica um pacto – uma aliança - com o pai e com a função paterna. Ora, num pacto, sob a égide da concórdia, ganham os dois lados: No Édipo, com o acordo, ganha a sociedade, representada pelo pai e pela família, e tem que ganhar a criança. O pacto edípiano implica mão dupla, um toma lá, dá cá. A criança perde, mas ganha. Em troca da renúncia que lhe é exigida, tem o direito de receber nome, filiação, lugar na estrutura de parentesco, acesso à ordem do simbólico, além de tudo o mais que lhe permita desenvolver-se e sobreviver - vivendo. A criança tem que receber do Édipo, as ferramentas essenciais que lhe permitam construir-se como sujeito humano. Com isto, ela ama e respeita o pacto que fez e, nesta medida, fica preparada para identificar-se com os ideais e valores da cultura à qual pertence (p. 04).

No entanto, o que temos hoje é uma fratura do pacto edípico e que tem ressonância no laço social. Os sujeitos recusam a instância terceira, “pensam que o laço social pode

organizar-se sozinho, a partir deles mesmos” (Lebrun, 2008a, p. 39). O entodamento descrito por Lebrun (2008a), como emergente desse tempo, diz da não existência de uma subtração de gozo do individual em favor do coletivo. Não há reconhecimento de uma legitimidade assegurada a partir de um lugar de exceção. E Pellegrino (1983) nos diz ainda que “A ruptura com o pacto social precipita, com grave frequência, a ruptura com a Lei da Cultura” (p. 07).

Lebrun (2008b) diz:

A incompletude era a maneira pela qual ontem, coletivamente – via hierarquia, de *hieros*, consagrado e de *arca*, *aliança* -, a perda de gozo necessária ao *falasser* era-lhe atribuída. Hoje é pela linha da inconsistência – portanto por meio de redes, de mundos diferentes, da ausência de norma válida para todos, dos questionamentos das certezas mais comuns, da pluralidade de opiniões – que ela deverá poder apreendê-la (p. 94-95).

O pós-moderno ancora-se num discurso, que Lebrun (2004) precisou ser uma tentativa de dessimbolar²². Há um levante para um gozo mortífero e ilimitado que não leva em conta uma dívida com a vida coletiva. O discurso da ciência visa à Verdade, comprovar, afinar dizer e dito, apagar o equívoco, dirimir qualquer ruído, buscando coincidir o sujeito e seu desejo, há uma promessa de realização dos desejos. A ciência visa à objetividade, tentando dela retirar/fazer assepsia de toda subjetividade. E a psicanálise se dirige a um sujeito dividido, divisão esta, que a ciência tenta negar. Os efeitos do discurso da ciência, ao longo desses quatro últimos séculos, vêm se consolidando, e entre eles, Lebrun (2004) destaca uma recusa ao lugar-de-exceção, prevalece o imperativo a um mundo sem limite.

Antes, uma lei era veiculada na estruturação do sujeito, uma lei que lhe precede: transmitir o interdito. O mundo de hoje leva às últimas consequências a tentativa de desvencilhar-se dessa incumbência, prega que o impossível não existe. Isto é transmitido nas promessas advindas do estudo genético; é divulgado na mídia através da oferta de objetos para trazer a completude; a felicidade e demais sentimentos é hoje substância, comportada em potes, frascos, carros, cápsulas.

O mundo sem limite libera o sujeito de sua implicação com sua condição humana. Lebrun, extensivamente, tem escrito e ouvido nesse social esse fenômeno da mutação e interroga sobre o alcance disto na subjetivação. Atesta uma nova modalidade frente ao ser

²² Toma este termo de empréstimo de Marcel Gauchet.

sujeito em que o interdito necessário não vem mais do Outro, mas é o próprio sujeito que precisa se interditar.

Nas redes sociais uma notícia²³ ilustra algo do que está em voga no social: foi eleita a palavra do Ano 2013 pelos editores dos Dicionários Oxford da Inglaterra. A palavra é "*selfie*" e foi definida como "uma fotografia que uma pessoa tira de si mesma, geralmente com um *smartphone* ou uma *webcam* e que depois descarrega numa rede social na Internet". A palavra, que existe desde 2002, teve seu uso na Internet aumentado como nenhuma outra palavra – 17.000% – no último ano.

O excesso de autorretratos parece ir além de um apelo narcísico, é análogo a uma tentativa de autorreferência prevalente no que Lebrun (2008a) vai chamar de perversão comum. E o que é específico aí, segundo ele, é que passamos de um modo de funcionamento neurótico - que instaurava uma dívida simbólica, uma perda na ascensão à humanização, logo, a marca da incompletude - para, uma organização social que nega a incompletude, ou seja, admite-se enquanto sujeito sem pagar o preço da subjetivação, sem consentir na subtração de gozo e na diferença de lugares que nos constitui humanos. Ao dispensar o outro para dar o enquadre da cena da foto, e assim optar por fazer o registro num flash imediato e instantâneo, o "*selfie*" prescinde do outro, ele é fruto apenas da manipulação do instrumento fotográfico. Nos milhares de autorretratos espalhados nas redes sociais tem-se uma semente do que opera quando "o sujeito não se dobra mais à necessidade irreduzível de passar pelos outros para existir enquanto sujeito" (2008a, p.103), ao contrário "buscar sempre mais gozo parece servir de ideal ou em todo caso propor-se como uma oportunidade" (2008a, p.104).

É como se fosse possível, a cada indivíduo, autorregular-se, não ter que se estabelecer por ordens vigentes, com a única premissa de não perturbar o outro, ou até mesmo fazer contato com o outro, já que não se está com, no sentido de companhia. O que há é uma massificação, um conjunto que visa ao "entodamento", ou seja, é um tipo de "economia na qual a subtração de gozo – em outras palavras, toda limitação ao gozo – parece ter sido retirada do programa" (Lebrun, 2008a, p.213). Assim, há uma diferença no que faz a ligação entre os humanos, passando da fundação a partir da falta, que reconhece a exceção como estruturante, para "um coletivo sem lugar de exceção reconhecida e em que o conjunto dos membros vêm-se por isso gregarizados, presos na massa. Vale dizer, estão organizados em torno de uma renegação de incompletude" (Lebrun, 2008a, p.145).

Ora, se "aprender a língua é uma operação que assinala tanto a elaboração de um

²³ Disponível em: <http://tecnologia.uol.com.br/noticias/redacao/2013/11/19/popularizada-por-autorretratos-selfie-e-eleita-a-palavra-do-ano.htm> Acessado em: 23/11/2013.

psiquismo singular como a participação na vida coletiva” (Lebrun, 2009b, p. 175), o que podemos inferir dessa insistência em não suportar a diferença de lugares: mas, antes lutar em nome da suposta democracia para que, cada vez mais, os sujeitos sustentem sua singularidade por si mesmo sem que nada tenham com o coletivo?

A perversão comum atual se traduz exatamente em fazer transparecer nesse novo regime social de completude e inconsistência²⁴ que “tudo se passa com se” o menos-de-gozar não fosse mais obrigatório e cada sujeito pode valer-se de si mesmo sem passar pelo campo do Outro, ou seja, viver sem constituir-se no laço social e, desse modo, prioriza-se o gozo. É nesse engodo, ao colocar um fetiche no lugar, devido à falta, que o modo de funcionamento pode ser lido como perverso, sem que, no entanto, a estrutura psíquica dos sujeitos em questão, ou, neo-sujeitos, seja a perversão.

Esse neo-sujeito é descrito como aquele que “reivindica poder escolher a partir de si mesmo (...) visa ainda mais encontrar-se numa relação de mostração, podemos supor que é porque desconhece e, portanto recusou – sem querer - a perda implicada pela representação” (Lebrun, 2008a, p.218), “só a relação com o excesso vem lhe dar um sentimento de realidade” (p.219). A marca aqui, é que na relação com as coisas, esse sujeito não se relaciona a partir da perda de objeto, há uma ranhura na inscrição da falta, de modo que a relação se passa como uma adição de objeto, um imediatismo que ignora a separação, o desprendimento do objeto, que é o trabalho para representar e que é, por sua vez, mola para advir o desejo. Antes, para o neo-sujeito, há a prevalência do gozo frente ao desejo, e uma colagem do objeto ao sujeito que nessa aderência impede seu trabalho de subjetivação.

O que está em ação, no social, é o não reconhecimento da alteridade, já não há um imperativo, ou antes, um empuxo desse social na solicitação de concessão de gozo por parte do sujeito a fim de garantir o laço social. Ao contrário, encontramos no discurso social atual e nos enunciados tecnológicos uma “objeção à necessidade de qualquer subtração de gozo, ao desmenti-la, e a no mesmo golpe fechar-se na crença de que há meio de não se servir da instância paterna” (Lebrun, 2008, p.261). Tudo se passa como se a metáfora não fosse mais necessária, e o sujeito pudesse se esgueirar pelo campo da metonímia sem confrontar-se com a angústia advinda da subjetivação. É como se estivesse em voga um imperativo de desassujeitamento, enobrece-se a dimensão das individualidades e o direito à satisfação possível, negando, nesse ínterim, as invariantes da língua e o mal-estar²⁵ que nos constitui.

²⁴ Ao contrário do regime social da modernidade que se encontrava num discurso incompleto, porém consistente (Lebrun, 2008a).

²⁵ Freud (1930) ao falar sobre esse mal-estar, atesta: “(...) não podemos deixar de ficar impressionados pela

Desviando do coletivo, evitando pagar qualquer coisa pelo reconhecimento na via do Outro, desagua-se no gozo e, por consequência, na morte do sujeito, já que “a divisão que reside no coletivo não é outra coisa senão o vestígio da perda que, por causa da linguagem, afeta a todos nós” (Lebrun, 2008a, p. 155).

Lebrun (2009b) mais uma vez assegura que

A visibilidade da prevalência do lugar do *ao-menos-um* desapareceu. Mas a prevalência do lugar persiste. Já não podemos contar com o fato de herdar a autoridade de quem ocupava o lugar de exceção, mas isso significa dizer que cada um deve agora assumir – mesmo que parcialmente – essa autoridade, sem apoio na tradição (p. 121).

Esse autor apresenta, assim, uma alternativa de revisão da lógica em voga na Pós-modernidade, e se essa retificação não for investida, segue descrevendo o destino do sujeito contemporâneo que, “sem nada a pagar como preço ao coletivo, ele não poderá mais ser reconhecido pelos seus, e não terá mais outro destino a não ser se confortar em gozo-total mortífero, sem perda, sem falta, e, pois,... sem desejo” (Lebrun, 2009b, p. 252).

É nesse ponto que encontramos uma convergência entre os efeitos da lógica pós-moderna no social e nos sujeitos: a recusa da falta, a esquiva a um gozo não-todo - referido à lógica do gozo fálico-, que faça bordas, que faça falar. Ao invés disto, temos de um lado, sujeitos em busca de um objeto capaz de assegurar a plena felicidade, e do outro, há o social disponibilizando prateleiras repletas de objetos *a*²⁶. Nesta encruzilhada, penso o toxicômano, enquanto uma das possibilidades deste sujeito pós-moderno, tal asserção se coaduna com o que nos diz Laurent (2011) “na busca do prazer e de suas formas de felicidade há sempre rondando um mais além e um mais além mortal. Essa é uma experiência nova, uma experiência de nossa civilização” (p. 63-64).

Aqui podemos retornar à toxicomania como um sintoma social, ou como a verdade da nossa sociedade, tal como Melman (1992) enuncia. Ela é produzida neste cenário em que um novo modo de gozar se torna legítimo, ela representa bem o funcionamento de um gozo autoerótico do qual nada se deve ao Outro. O toxicômano encontra-se “por um fio” no laço

semelhança existente entre os processos civilizatórios e o desenvolvimento libidinal do indivíduo” (p.103).

²⁶ Conceito introduzido por Lacan o objeto *a* é o objeto causa do desejo. Ele é condição para existência do sujeito desejante. Não se trata de um objeto apreensível na realidade, ao invés disso, esse objeto é a marca de uma perda operada na constituição do sujeito, onde o objeto é para sempre perdido e para sempre buscado, mas nunca satisfeito. O objeto *a* é o ponto de junção dos três registros (Real, Simbólico e Imaginário), ele é a causa da divisão do sujeito (Chemama, 2007, p. 278-279).

social, repudia todo dever fálico, e isto diz respeito não só à singularidade do sujeito, mas a essa mutação no laço social.

As toxicomanias, no plural, dizem de uma relação diversa, muito particular e intensa que o sujeito tem com a droga dentro de sua estrutura. Elas apontam um ideal onde procuram uma sedação possível da dor e, em particular, da dor de existir (Le Poulichet, 1990). Em sua autobiografia, Burroughs (2013) fala do seu vício em drogas pesadas (*junky*). Quando perguntado sobre o porquê de usar entorpecentes ele responde: “preciso de *junk* pra levantar da cama, pra me barbear e tomar café. Preciso de *junk* pra me manter vivo” (p.43).

Essa clínica ocupa-se não com as drogas (substâncias psicoativas), mas com o tóxico (a função que tais substâncias exercem na vida psíquica do toxicômano). As toxicomanias se ancoram no ideal da sociedade de consumo. Le Poulichet (1990) propõe uma operação realizada pelo toxicômano chamada *operação de farmakon*²⁷, como meio de constituir um aparelho psíquico autônomo e de modelar um corpo novo dentro de uma dimensão alucinatória onde não se inscreveria nenhuma perda. Tem-se nessa operação as condições para o desaparecimento do sujeito, na medida em que ele se debate com algo que não suporta em sua realidade simbólica, o toxicômano se apaga como sujeito para não viver um sofrimento considerado intolerável.

Freud (1930/1996) já falava da eficácia da intoxicação como um “amortecedor de preocupações” que torna possível “afastar-se da pressão da realidade e encontrar refúgio num mundo próprio, com melhores condições de sensibilidade” (p.86). E Conte (2003a) nos diz que “quanto mais o ato de drogar-se visa prescindir do Outro, tanto mais o toxicômano está afastado de referências terceiras, da inscrição simbólica, das normas e da lei. Indo mais adiante, o fundamental nesta ruptura é a denúncia que o toxicômano faz em relação às falhas nos laços sociais, fazendo-se testemunha, através de seu sintoma, dos imperativos encobertos e contidos no discurso social dominante” (p.34).

O objeto na toxicomania é real e a adição aparece como sintoma maior. O gozo que a caracteriza é um gozo Outro, sem limites nem bordas. Ao abordar a constituição do sujeito, no primeiro capítulo, vimos sua fundação na falta; é a partir do desencontro entre a imagem no estádio do espelho e a busca de reconhecimento no olhar do Outro que um furo é inscrito na imagem. A própria imagem, sede do eu, é um outro, externo ao sujeito e, portanto, inapreensível; e o Outro, enquanto tal, também figura como um lugar de onde será possível caminhar apenas à sombra de seu desejo. É assim que um corpo pulsional, e não apenas

²⁷ A escrita em itálico é fidedigna às formulações de Le Poulichet (1990) e Conte.

biológico, recebe as inscrições significantes e é capturado pela linguagem. No entanto, o que está na base das montagens da toxicomania, segundo Le Poulichet (1990), é a *operação de farmakon*, que desafia a castração, enquanto estabelece-se como um circuito de tratamento da dor narcísica que não recorre ao encontro do Outro.

2.5. Diagnóstico diferencial nas toxicomanias a partir da *operação de farmakon*

Segundo Le Poulichet (1990) o *farmakon* em sua etimologia, desde Platão, guarda uma ambiguidade como aquilo que é veneno e que também pode, ao mesmo tempo ser remédio. Assim, o uso de droga por ser apreendido nessa ambivalência. Uma toxicomania, no entanto, não será definida a partir do *farmakon*, mas a partir da *operação de farmakon*, essa é a condição para o seu estabelecimento, produz especificidades: “(...) as toxicomanias (...) engendram uma satisfação alucinatória do desejo. A *operação de farmakon* põe o corpo ao abrigo de toda diferença: o dia e a noite do corpo não são mais que uma mesma superfície contínua e todo efeito de ruptura resulta anulado”²⁸ (p. 59).

Essa operação representa um cancelamento tóxico da dor e a restauração de um objeto alucinatório diante de uma falta de elaboração do corpo pulsional - quando se cristaliza identificado às pulsões parciais - temos aí uma perturbação na constituição do narcisismo devido a uma insuficiência simbólica. Essa é uma montagem paradoxal que visa neutralizar a castração. Em última instância, trata-se de apagar a divisão subjetiva, restituir um narcisismo absoluto.

Com o conceito de narcisismo, Freud (1914/1996) descrevia um tempo lógico na constituição do sujeito, onde a criança dedica amor a si mesmo, tomando-se como objeto (Chemama, 2007). É quando a energia sexual, a libido, parte do corpo e é investida primeiramente de um modo autoerótico em partes desse corpo, demarcando estas partes como objeto das pulsões parciais. Aqui, há um encontro entre o narcisismo primário da criança e a remanescência do narcisismo dos pais, que inscrevem para a criança significantes, buscam dizer quem ela é, dão reinado a ela.²⁹

No entanto, solapada pelo complexo de castração e a conseqüente exigência simbólica, a libido é investida numa imagem do eu. A criança é confrontada com a não coincidência da relação entre ela e sua mãe, é-lhe apresentado um ideal que está fora dela, sofre uma ferida

²⁸ Tradução livre, do espanhol para o português, feita para este trabalho.

²⁹ Alusão à majestade do bebê que Freud descreve como o lugar dado a criança por seus pais.

narcísica pois o si mesmo dela não é suficiente para garantir o amor da mãe. A mãe castrada, portanto, faltosa demanda para além da criança, apresentando a possibilidade de que ela identifique-se não mais com os objetos parciais de seu próprio corpo, mas dirija-se a um ideal, uma imagem, que é tomada como outro. Aqui “(...) se opera o reconhecimento de uma incompletude que desperta o desejo de recuperar a perfeição narcísica” (Nasio, 1997, p. 51).

Lacan identifica que “O eu não é outra coisa senão a captação imaginária que caracteriza o narcisismo. O estágio do espelho está situado no próprio nascimento do eu” (Nasio, 1997, p. 59). É assim que, indo do eu ideal - cravado no imaginário - onde habita o próprio reflexo, a criança estabelece uma relação dual, rivalizante e até mortífera com o semelhante que o simbólico implicado na linguagem e representado na palavra da mãe e na metáfora paterna que o ideal do eu é introjetado. Um terceiro, neste momento o pai, inscreve - se colocando do externo frente ao desejo da mãe e da criança – um campo para o desejo, um apontamento de que é preciso reconhecer o outro, identificar-se com ele para, a partir daí, encontrar um lugar onde é possível ser amado, desde que certas exigências sejam satisfeitas. É essa terceiridade que atesta uma falta na relação imaginária de completude entre a mãe e seu filho. Uma falta que é rerepresentada à mãe como mulher e inaugurada no filho. É em torno dessa falta que o investimento no outro em busca de reconhecimento e amor dar-se-á no percurso de uma vida.

No toxicômano, no entanto, a despeito do trajeto pulsional, “a função terceira está prejudicada, a linguagem no corpo esvaecida e o próprio sujeito contorna seu corpo autonomamente” (Conte, 2003a, p.51). A *operação de farmakon*, ao contrário do narcisismo, tenta “anular artificialmente um corte constitutivo de ser falante e sexuado passa por uma sedação da dor e uma atividade alucinatória” (Le Poulichet, 1990, p. 72). É como se o toxicômano se debatesse com a divisão própria de ser sujeito, mas esta é alçada a uma dimensão intolerável, de modo que o apagamento do traço singular do sujeito é colocado em ato como tentativa, a partir da intoxicação. Assim se realiza uma suspensão temporária do sujeito, a *operação de farmakon* atua como dispositivo, anulando-o, há uma restituição ao corpo em lugar da falta estruturante, um objeto alucinatório para apagar as representações intoleráveis.

Freud (1905/1996) nos diz que: “Uma disposição eufórica, produzida endogenamente ou por via tóxica, reduz as forças inibidoras, entre as quais o senso crítico, tornando de novo acessíveis fontes de prazer sobre as quais pesava a supressão” (p. 123-124). É nesta dimensão alucinatória que o tóxico faz surgir um corpo novo, fora do marco simbólico e que visa fazer o desejo desaparecer, não o articulando com os significantes do campo do Outro.

Assim, o corpo do toxicômano assume um estatuto de máquina que será operada a partir do tratamento com o tóxico. A toxicomania se apresenta como uma tentativa de conservar algo do corpo. Apesar da diferença que a palavra, a sexualidade e a categoria de sujeito impõem na relação do sujeito com o Outro, assujeitando-o a este último, e exigindo uma relação que embora não seja composta pela reciprocidade é a condição de possibilidade para existência do sujeito. No entanto, na tentativa de não percorrer a via do Outro, a *operação de farmakon* “engendra um órgão alucinado para conservar uma máquina autônoma. Por isso a associação do abandono da droga a uma catástrofe narcisista onde o exterior aparece como uma ameaça permanente” (Le Poulichet, 1990, p.100). Há, aqui uma tentativa constante de operar um aparelho psíquico autônomo, que drible o processo de castração. Enquanto a identificação advinda do narcisismo surge a partir da falta, do trauma, uma parte do corpo é perdida em referência à triangulação edípica e à castração, na toxicomania organizam-se montagens que se referem a posições do sujeito na *operação de farmakon* que, a partir de agora, descreveremos melhor, conforme a formulação de Le Poulichet (1990), tratam-se das toxicomanias de suplência e toxicomanias de suplemento.

A toxicomania cumpre uma função. Le Poulichet (1990), com a *operação de farmakon*, aponta que, na relação dual que o toxicômano estabelece com a droga pode-se encontrar a toxicomania de suplência, onde se verifica uma intensa falência do Outro, uma fraca instância simbólica e o sintoma de uso de drogas sustenta um Sinthoma, organizando a vida psíquica do toxicômano. E há, ainda, a toxicomania de suplemento, que busca sustentar a imagem narcísica, e o uso de drogas tenta reparar uma falta constitutiva. A precisão diagnóstica, portanto, convoca à escuta apurada da função da toxicomania, e para cada montagem das estereotípias toxicomaniacas tem-se um enquadre terapêutico necessário e diferencial.

Conte (2003a) e Le Poulichet (1990) concordam que a toxicomania não é uma estrutura clínica específica, ao contrário, ela vai se apresentar com algumas peculiaridades na neurose, psicose e perversão, “(...) episódios toxicomaniacos descaracterizam a estrutura subjetiva do indivíduo, dificultando o resgate de traços singulares no meio de conturbadas manifestações que envolvem a família, perdas, atos delinquentes, entre outras” (Conte, 2003a, p. 58).

Essas autoras sustentam a hipótese de uma associação entre as toxicomanias e as formações narcisistas, o que significa dizer que, na toxicomania - tal como temos trabalhado aqui - há uma retirada dos investimentos libidinais do mundo que retorna sobre o eu do toxicômano, quando ele elege a droga como único objeto; e que a toxicomania transforma o

psíquico em afecção, ou seja, a divisão psíquica é tomada como patológica, e busca-se com o tóxico tratar a divisão inerente ao sujeito.

Nas montagens da toxicomania há uma tentativa de curar o psíquico de sua divisão fazendo apelo a uma solução real: a droga investida como objeto capaz de produzir a satisfação completa. A posição de suplência e a de suplemento não se excluem, elas podem alternar e se comunicam. As toxicomanias de suplência são estabelecidas para suprir um desfalecimento do Outro e, conseqüentemente, uma instância simbólica capenga, aqui se atesta ranhuras na operação do complexo de castração, de modo que, com essa montagem o sujeito busca “haver-se com o corpo da mãe quando não o mantém a distância uma interdição do pai” (Le Poulichet, p. 131). Pode servir bem à psicose onde também há uma tentativa de barrar o Outro não castrado, mas não é exclusiva dessa estrutura, porque na Suplência o sujeito se faz objeto do gozo do Outro apenas parcialmente, enquanto na psicose temos o corpo inteiro encarnando esse objeto do gozo do Outro.

Impasses identificatórios marcam essa posição onde o sujeito atesta uma falta de representação do seu lugar no mundo, não está remetido à cadeia significante, guarda algo do corpo, e assim mantem-se identificado com o objeto de gozo do Outro como uma resposta para tamponar a falta. A *operação de farmakon* é uma estratégia para resistir à invasão do Outro, a droga como significante real tenta proteger o sujeito de um fluxo do tipo materno.

As toxicomanias de suplência apresentam um corpo que não foi assumido e representado pelo Nome-do-Pai, exigindo, portanto, um manejo terapêutico levando em conta que essa engrenagem é uma forma de manter-se vivo, controlando o gozo do Outro. Também se aproximam dos quadros de melancolia no que diz respeito a uma identificação com o lugar de resto, uma busca por algo do simbólico que se inscreva onde o significante se mantém ausente. Aqui “(...) o lugar que ocupa o sintoma – uso de drogas – é de sustentação de um possível *Sinthoma*. Para isto, deve supor-se que, na falta de um elemento, o quarto elo do R.S.I. – o *Sinthoma*, o “tóxico” entra, então como suplência” (Conte, 2003, p.62).

Nas toxicomanias de suplemento, temos uma formação de próteses narcísicas que atraem e fixam as imagens, atuam como suplemento, apoiando a imagem narcísica (Le Poulichet, 1990), na busca de suspender o conflito psíquico e lidar com as discordâncias apresentadas na distância entre a imagem real e a imagem ideal que o sujeito tem de si. Com a *operação de farmakon* o toxicômano tenta driblar a castração - suspendendo o desejo anestesiando o sofrimento e buscando um *plus* fálico - e fazer da droga esse objeto *plus* para evitar o sofrimento (Conte, 2003). Enquanto um suplemento fálico imaginário essa montagem pode servir como automedicação de uma depressão de base, “Certos toxicômanos vivem um

estado depressivo antes que apareça seu dispositivo de adicção, este último constitui um meio de sair do vazio, ou melhor, de encontrar uma nova configuração” (Le Poulichet, 1990, p. 71).

Apresentaremos agora um esquema elaborado por Conte (2003, p. 72) que ajuda na apreensão do que move cada montagem, embora já tenhamos advertido da intersecção entre elas, mas pode ser um esboço útil na clínica, para situar a posição do sujeito frente ao uso do tóxico.

Toxicomania de suplência --- problemática frente à ameaça de ruína do Outro simbólico

Toxicomania de suplemento --- problemática fálica

--- problemática frente ao exercício de um saber que afirma e desmente a Lei

As modalidades de montagem no campo das toxicomanias, a partir das formulações de Le Poulichet (1990), são assim descritas por Conte (2003b):

a operação de farmakon cumpre uma função diferente, quando está orientada pela lógica da suplência ou pela lógica do suplemento. Em ambas, no entanto, ocorre um desaparecimento subjetivo e a reabsorção de parte da ameaça que produz a alteridade (para suplência) ou que produz a castração (para suplemento), respectivamente. Ocorre também uma suspensão do espaço-tempo, da memória e das marcas da história singular, bem como dos significantes que permitem a inscrição do corpo e da imagem próprios. Por isso, é tão importante, na abordagem clínica, recuperar a lógica de um tempo subjetivo através da construção. Já a angústia tem diferentes modulações nessa operação. Quando orientada pela suplência, a angústia é sinal do desamparo subjetivo, indicando algo da perda de objeto. Quando orientada pelo suplemento, a angústia é sinal da posição objetual do sujeito (p. 44).

É utilizando a *operação de farmakon* que a escuta pode se debruçar para ocupar-se com o que o sujeito apresenta de função em seu recurso ao tóxico. O convite à fala constitui-se como condição de possibilidade para o toxicômano lançar um olhar sobre si, implicar-se no que diz, e como consequência, abrir-se para a subversão do sujeito.

Na nomeação de sua dor, atravessado pelo seu não saber sobre o que lhe produz angústia e colocando a trabalho sua hipótese da droga como causa do seu mal-estar, o toxicômano pode consentir no trabalho analítico. Tal trabalho se ancora sustentando que o

sujeito fie-se numa cadeia de sons e sentidos que frustra, desafia e vivifica, tal como depõe Lispector (1998a): “É que agora sinto a necessidade de palavras (...)” (p. 10) e segue “Mas agora quero ver se consigo prender o que me aconteceu usando palavras. Ao usá-las estarei destruindo um pouco o que senti – mas é fatal” (p. 81). E assim se prescreve, ao contrário do que a perversão comum atesta, que no jogo do desejo é necessário perder para poder ganhar.

É assim que “a falta da droga” tantas vezes anunciada como o que ameaça fazer sucumbir o sujeito, dito toxicômano, pode - na clínica - ser o marcador de uma falta, uma perda, que em sua inscrição simbólica faz o trabalho analítico andar. Traz a aparição de um sujeito que pode começar falando de uma pedra (em alusão ao crack), mas já enuncia um anagrama, onde dessa *pedra* também se pode ler uma *perda*, de onde com palavras é possível caminhar na significação dos sintomas.

Apontaremos uma curiosidade que o escritor Ariano Suassuna relatou à revista Bravo³⁰ (2010) sobre sua viagem de avião à Feira Literária de Parati (FLIP) em 2005: “Lembrou que, ao longo do percurso, o avião sacolejou e uma das aeromoças, notando a aflição do ficcionista, cuidou logo de socorrê-lo. ‘O senhor está com falta de ar?’ inquiriu gentilmente. ‘Não, minha filha, estou com falta de terra!’” (p. 54). A metáfora de Ariano compreende bem a torção que um processo analítico precisa suportar perante as queixas que o toxicômano não cessa de fazer. Perante a falta da droga, relata que algo se destaca do seu corpo dantes imaginariamente pretendido completo.

Na ausência do objeto alucinatório da droga, o corpo não se modela na cadeia significante, a desintoxicação não reestabelece automaticamente um corpo marcado pela linguagem. Ao contrário disto, Le Poulichet (1990) usa a metáfora do membro fantasma ao tratar sobre a ausência da droga. Diante dessa falta do tóxico, o toxicômano sente como se um órgão lhe precisasse ser reestabelecido, recuperando sua completude. No entanto, a escuta advertida que essa falta reclamada responde a uma função, apresenta uma falha na relação do sujeito com o Outro, pode possibilitar abster-se de rivalizar com a substância quando se orienta exclusivamente para a abstinência do uso. É uma escuta que se ocupa com a aposta de deslize significante, que sublinha uma nova posição do sujeito na palavra, dividido por efeito da linguagem e não, somente, porque a droga lhe falta.

Lacan (1956-57/1995) diz que “Nenhuma satisfação por um objeto real qualquer que venha aí como substituto jamais consegue preencher a falta na mãe” (p. 180). Esta passagem remete a tentativa da mãe de estabelecer seu bebê como seu falo, utilizando-o como objeto

³⁰ Revista Bravo, nº 156, agosto de 2010.

real para reaver-se em plenitude. No entanto, no caso de ser neurótica, em seguida essa mãe reviverá a impossibilidade de satisfação nessa relação e assente na aposta de que seu filho advenha como sujeito a partir do desejo dela, e não mais como seu objeto de gozo. É desse engodo que se dessamarra a fixação em um único objeto, exigindo que seja real, visto que “Tudo que é real basta a si mesmo. Por definição, o real é pleno” (Lacan, 1956-57/1995, p. 224). Abre-se, então, a condição de responder sobre o desejo a partir do simbólico. Essa mesma aposta guia a clínica das toxicomanias.

Essa clínica lança questões que podem ser ouvidas quando o silêncio imbuído no ato de se drogar é interrompido pela fala do toxicômano, convidado a significar o seu ato. Os que se nomeiam ou são nomeados de toxicômanos, durante a entrada voluntária na instituição de tratamento, são interrogados sobre o que buscam. Apesar do relato de abuso ou dependência de drogas - que é o que referem como justificativa para buscar o internamento - são questionados sobre o que os mobiliza a endereçar-se a uma instituição para tratamento. Tentando ir além da queixa, desde a triagem, não é o uso de drogas que é visado, antes, a escuta diz respeito ao lugar da droga na vida psíquica, à função que a ela é empreendida pelo sujeito no curso de sua história de vida. As respostas que florescem são devolvidas como sendo sinal de um processo que se inicia. Assim, ao invés de reduzir a palavra aos enunciados do sujeito toxicômano, o exercício da escuta conduz à letra, ao pé da letra na enunciação, à dimensão inconsciente.³¹

Durante o processo terapêutico, o toxicômano relata efeitos atribuídos ao uso de droga que sobressaem em si: imediatismo, intolerância à frustração, dificuldade para ouvir, negação da autonomia das escolhas, etc. Esses realces, no entanto, não são tomados como sintomas específicos da toxicomania. A escuta baseada na ética da psicanálise, compreende que os aspectos da subjetividade e do comportamento imbrincados com a função do tóxico só têm importância se remetidos à história singular de cada um. Assim, é a uma implicação subjetiva, e não a um discurso colado à droga, que a intervenção institucional no tratamento de um sujeito toxicômano visa.

³¹ Referência ao que Lacan (1957/1998) trata como equivocidade da língua devido à primazia do significante. Sendo o Sujeito sempre excêntrico, atrelado enquanto ‘aparição’ à cadeia significante, a letra é compreendida como “suporte material que o discurso concreto toma emprestado da linguagem” (p. 498). Ou seja, a letra apontando para a dimensão inconsciente da linguagem.

3. SOBRE O QUE A INSTITUIÇÃO INSTITUI

*O que não sei fazer desmancho em frases.
Eu fiz o nada aparecer.
(Represente que o homem é um poço escuro.
Aqui de cima não se vê nada.
Mas quando se chega ao fundo do poço já se pode ver o nada.)
Perder o nada é um empobrecimento.
Manoel de Barros³²*

3.1. Introdução ao conceito de instituição

O trabalho sobre a instituição, não visa aqui, descrever um lócus específico, não se trata de falar de um lugar assentado com paredes e coberto por um telhado. Em sua etimologia, instituição vem do latim *institutio*, do verbo *instituere* – trata-se de uma disposição, de uma arrumação, de uma instrução (Lebrun, 2009b). A instituição diz respeito a uma malha primeiramente simbólica que regula a vida humana, torna mesmo possível a sua existência.

Kaës (1991) define instituição “como sistema de vínculo do qual o sujeito é parte interessada e parte integrante” (p. 03), e mais adiante complementa que ela “é o conjunto das formas e das estruturas sociais instituídas pela lei e pelo costume: a instituição regula nossas relações, preexiste e se impõe a nós, ela se inscreve na permanência” (p. 06). Somos estruturados pela instituição, é nela que nos tornamos falantes e advém desta a possibilidade de encontrarmos vias para lidar com nosso desejo.

A instituição faz um amálgama importante no conceito de sujeito, traçando aí a existência de duas ordens presentes e complementares. Desde Freud (1914/1996), víamos a sua insistência em falar da dupla existência do indivíduo quando ele é um fim para si mesmo, mas também está submetido a uma cadeia, ainda que não voluntariamente, mas não podendo prescindir dela. Temos, portanto, o cenário do social, bem como da estrutura psíquica enquanto interdependentes.

Em outro texto que já trabalhamos no primeiro capítulo, Freud (1930/1996) fala do marco para a existência da civilização sedimentado numa renúncia pulsional, quando o homem troca uma parte da felicidade possível por uma parte de segurança, assim, fica

³² Barros, Manoel. (2013). *Poesia completa*. São Paulo: Leya, p. 318.

explícito que sem uma subtração pulsional nenhuma civilização seria possível. É a partir de um interdito, que pode ser tomado como um golpe de violência quanto a um impedimento na realização de desejos, mas que é também dele que o desejo pode seguir suscitado. Podemos resumir tal funcionamento com Kaës (2002): “Como não afirmar, depois de “Totem e Tabu”, que as instituições são um produto da comunidade de renúncias à realização direta dos objetivos da pulsão (...)” (p. 13).

Para demonstrar essa ambivalência presente entre as relações coletivas e as relações individuais, queremos ilustrar através de uma parábola que, em 1851, o filósofo alemão, Arthur Schopenhauer, expôs chamando-a de “a parábola do porco-espinho”:

Durante uma era glacial muito remota, quando parte do globo terrestre esteve coberta por densas camadas de gelo, muitos animais não resistiram ao frio intenso e morreram indefesos, por não se adaptarem às condições do clima hostil. Foi então que uma grande manada de porcos-espinhos, numa tentativa de se proteger e sobreviver, começou a se unir, a juntar-se mais e mais. Assim, cada um podia sentir o calor do corpo do outro. E todos juntos, bem unidos, agasalhavam-se mutuamente, aqueciam-se, enfrentando por mais tempo aquele inverno tenebroso.

Porém, vida ingrata, os espinhos de cada um começaram a ferir os companheiros mais próximos, justamente aqueles que lhes forneciam mais calor, aquele calor vital, questão de vida ou morte. E afastaram-se, feridos, magoados, sofridos. Dispersaram-se, por não suportarem mais tempo os espinhos dos seus semelhantes. Doíam muito... Mas, essa não foi a melhor solução: afastados, separados, logo começaram a morrer congelados.

Os que não morreram voltaram a se aproximar pouco a pouco, com jeito, com precauções, de tal forma que, unidos, cada qual conservava certa distância do outro, mínima, mas o suficiente para conviver sem ferir, para sobreviver sem magoar, sem causar danos recíprocos. Assim suportaram-se, resistindo à longa era glacial e sobreviveram.³³

A existência da civilização ratificada pelas instituições que a compõem, carrega em seu seio uma busca incessante por essa distância ideal descrita na parábola, onde também, a vida humana seja possível. Essa tentativa de distância ideal requer a abdicação de um bem-

³³ Adaptação do texto disponível em: <http://www.recantodasletras.com.br/mensagensdeamizade/3768663> acessado em 10/04/2014.

estar pleno, para suportar conviver com os desconfortos advindos da alteridade, no entanto, usufruindo da segurança e convivência em sociedade. Ao contrário da parábola, essa convivência não se dá sem ferimentos e mágoas, não se trata de um bem-viver, mas de um conviver, apesar do mal-estar.

Portanto, quando Freud nos diz que,

A natureza associal das neuroses tem sua origem genética em seu propósito mais fundamental, que é fugir de uma realidade insatisfatória para um mundo mais agradável da fantasia. O mundo real que é assim evitado pelos neuróticos, acha-se sob a influência da sociedade humana e das instituições coletivamente criadas por ela. Voltar as costas à realidade é, ao mesmo tempo, afastar-se da comunidade dos homens (1913/1996, p. 85-86).

O autor assegura que, embora produtora de angústia e desprazer, a vida em sociedade e nas instituições é condição para ser sujeito. A garantia do lugar do impossível, de um limite, parece fazer girar a roda da estrutura do sujeito e o código do social.

No entanto, autores contemporâneos (Bauman, Lebrun, Melman) vêm apontando uma mudança na dinâmica social e o reflexo desta nos sujeitos. O cenário demarcador de uma transição que está em trânsito pode ser assim ilustrado:

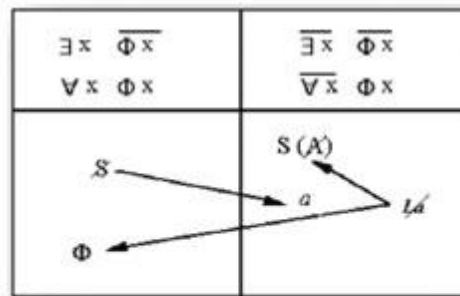
Até há pouco tempo, a massa moderna era industrial, proletária, com idéias e padrões rígidos. Procurava dar um sentido à História e lutava em bloco por melhores condições de vida pelo poder político. Crente no futuro, mobilizava-se para grandes metas através de sindicatos e partidos ou apelos nacionais. Sua participação era profunda (basta lembrar as duas guerras mundiais). A massa pós-moderna, no entanto, é consumista, classe média, flexível nas idéias e nos costumes. Vive no conformismo em nações sem ideais e acha-se seduzida e atomizada (fragmentada) pelos mass media, querendo o espetáculo com bens e serviços no lugar do poder. Participa, sem envolvimento profundo, de pequenas causas inseridas no cotidiano - associações de bairro, defesa do consumidor, minorias raciais e sexuais, ecologia. A esta mudança, os sociólogos estão chamando deserção do social (Santos, 2006, p.89-90).

3.2. Chave de leitura da instituição a partir da lógica da sexuação

A mutação social deixa a trilha para investigar os efeitos na subjetividade dessa nova forma de viver em sociedade. E, se até aqui vimos Freud em seus textos ratificar em linhas gerais que “A oposição entre a psicologia individual e a psicologia social, ou psicologia das massas, que pode nos parecer, à primeira vista muito importante, perde muito de sua acuidade se a examinarmos a fundo” (1921/1996, p.123). No entanto, uma mudança no social pode ser verificada, tal como Lebrun (2009b) evoca. O destaque, anteriormente, era de uma estrutura social que, em consonância com o estatuto de sujeito, lidava com o limite, com a concessão de gozo individual frente às exigências do coletivo, e hoje, visa livrar-se da incompletude que lhe é estrutural.

Até bem pouco tempo, com efeito, o social estava organizado conforme o modelo religioso, ou seja, reconhecia como evidente um lugar de transcendência e imaginava uma perda necessária – uma subtração de gozo – *via* este lugar de exceção, *via* o lugar do *ao-menos-um*, aquele que Deus ocupava, mas, conseqüentemente, também aquele de quem quer que o ocupasse – rei, chefe, pai, mestre – que por isso estava à altura de exercer sua autoridade. Esse modelo foi paulatinamente enfraquecido tanto pelo discurso da ciência como pelos avanços triunfantes da democracia e se encontra hoje pulverizado sob a pressão do neoliberalismo. Recentemente – digamos, desde a queda do Muro de Berlim – tudo se passa como se tivéssemos nos livrado não somente da transcendência, mas no mesmo movimento do transcendental (Lebrun, 2009b, p. 37).

Esse autor ainda toma o esquema da sexuação de Lacan (1971, citado por Lebrun, 2009b, p.149) para falar que do gozo estabelecido na posição masculina e na feminina, surgem dois arranjos do laço social absolutamente diferentes.



Nota. Reproduzida de *Le Séminaire, livre 20 – Encore*, de J. Lacan, p. 73. Copirraite 1975 pela Éditions du Seuil.

Figura 1. Fórmulas quânticas da sexuação. 34

Com esse esquema, Lacan buscava dar continuidade a questão posta por Freud “O que quer uma mulher?”. Apoiado nos estudos sobre a linguagem, Lacan admite que, por sermos falantes, há uma diferença radical e irreduzível, a que, na nossa condição de humanos, jamais poderemos nos desembaraçar. A impossibilidade de comunicação adequada e bem compreendida é vetada aos falantes, assim como na relação entre homens e mulheres não é possível estabelecer um conjunto único.

A fórmula acima representa duas possibilidades de se fazer laço social. Trabalharemos apenas a parte superior da fórmula. No lado superior esquerdo Lacan escreveu as fórmulas: $\exists x \overline{\Phi x}$ (existe ao menos um homem para quem a função fálica não incide) e $\forall x \Phi x$ (para todo homem é verdadeiro que a função fálica incide). Diz respeito aos homens entre si, onde é preciso que haja *ao-menos-um* que esteja estabelecido como exceção para que o conjunto dos homens seja um universal. Essa é uma metáfora ao Pai da Horda, já explanado aqui anteriormente. Havia um pai tirânico, que possuía todas as mulheres, colocando-se como exceção, visto que interditava aos filhos tal acesso, portanto, de um lado temos o *ao-menos-um*, que é o pai, e do outro, o todos, os filhos, isto permite delinear o conjunto dos homens. E no desfecho do mito temos a condição do pacto fraterno de que nenhum filho jamais ousará dispor das mesmas regras do pai, temendo receber a morte como o fim destinado a ele. Os filhos, portanto, precisam assumir que há uma exceção que lhes permite viver no coletivo.

No lado superior direito, ilustrado através da primeira fórmula: $\overline{\exists x} \overline{\Phi x}$ (não existe x para quem a função fálica não incide) e $\overline{\forall x} \Phi x$, onde não é possível estabelecer o conjunto das mulheres (para não-toda mulher é verdadeiro que a função fálica incide). Aqui, trata da forma das mulheres se relacionarem entre si, não há nenhuma exceção fundando uma regra, elas não podem ser tomadas como um conjunto fechado, elas habitam uma abertura em que

³⁴ Disponibilizado por: <http://www.scielo.br/img/revistas/epsic/v16n2/a02fig01.jpg> acessado pela última vez em 07/02/2014.

cada uma, uma a uma é que compõem a classe das mulheres. É por isso que não existe A mulher, como um universal. E é assim que Lacan falará da não existência de relação sexual, porque homens e mulheres em seus distintos modos de gozar nunca fazem Um, eles se relacionam em uma assimetria. Assimetria esta que não é conjugada pela anatomia do sexo, mas pela submissão à linguagem. Embora as fórmulas da sexuação apontem modelos referentes a homens e mulheres, isso não inscreve uma divisão por sexo, trata-se da apresentação de diferentes modos de gozo, em que homens e mulheres podem estar estabelecidos em qualquer um dos lados da fórmula.

No capítulo dois, quando apontamos uma mudança no social, vimos o que há de original na pós-modernidade, bem como, as subversões no funcionamento social, quando faz crer que não é necessário levar em consideração o lugar da exceção como fundamental para a existência do social. Retomamos isto agora, a partir da fórmula da sexuação, porque Lebrun (2009b) faz dela uma chave de leitura para escrever a impossibilidade de fazer Um entre homem e mulher também atingindo o coletivo. E é neste ponto, que queremos fazer uma leitura do funcionamento social e, conseqüentemente, das instituições. Esse autor nos diz que “a divisão que reside no coletivo não é outra coisa senão o vestígio da perda que, por causa da linguagem, afeta a todos nós e é o que apreendemos por meio da diferença dos sexos” (p. 155).

Dizer que o laço social anterior à pós-modernidade podia ser descrito sob a lógica da posição masculina, que ocupa o lado esquerdo no esquema da sexuação formulado por Lacan, quer dizer, que o interdito referente à constituição da subjetividade era ratificado pelo demarcado lugar para o impossível na vida coletiva. Em Freud, vimos que o desamparo humano é a condição da existência da humanidade, que a tensão na realização das satisfações é o modo de acesso ao simbólico, esse é o preço a pagar pela ordem linguageira. Assim como, o pai gozador da horda que tinha acesso a um gozo ilimitado era insustentável, pagando por isto com sua vida, é exatamente o interdito que viabiliza a vida. O gozo fálico, este relativo à castração, faz frente ao gozo infinito, ao gozo Outro. Tem-se aqui os modos de gozar referentes ao masculino e ao feminino, e para cada qual há possibilidades e conseqüências.

Vimos de um tempo que fazia empuxo ao gozo fálico - remetido à linguagem, à incompletude da língua - para trabalhar em prol do entodamento³⁵ - um laço social sem subtração, que busca apagar a diferença de lugares que havia entre Pai e filhos na horda

³⁵ Expressão de Lebrun (2009b) para designar essa mudança no laço social em que há uma passagem do funcionamento do lado esquerdo – um mundo incompleto e consistente – para um funcionamento do lado direito, que, por não ser marcado pela incompletude da exceção, pretende-se completo e inconsistente.

primitiva, mas que ilustra também a distância entre o que o dito e o dizer expressam, assentem para a falta que o falo, enquanto significante, testemunha.

Se há lugar para a exceção, há, dialeticamente, ausência e presença, inclusão e exclusão. É nesta díade que há simbólico, já que a palavra como Lacan expõe é a morte da coisa, ao mesmo tempo em que a vivifica. Relativizar essas polaridades, emancipar-se do lugar lógico da exceção “conduz à necessidade de uma exclusão real, mortífera, porque ela rompe, de fato, o laço social (...)” (Lebrun, 2009b, p.161).

É nesse ponto que se identifica o germen das novas patologias (transtornos alimentares, estados limites, toxicomania, depressão, etc.). Há um mal-estar próprio à vida em civilização, bem como, na relação do sujeito com os objetos. Assim, o laço social também se apresentará sob tensões desse mal-estar.

Já tratamos aqui que a linguagem é a sede da submissão do sujeito, é a castração que possibilita essa entrada, porque se institui um imperativo de incompletude diante do qual o falar será possível. O sujeito habita essa errância, as palavras dizem dele, tocam-no e o apagam num mesmo ato: “Falar supõe, pois, ao mesmo tempo falar as palavras dos outros e consentir no vazio entre as palavras. Ao fazer isso, é no mesmo movimento que eu existo como singular e que participo do coletivo” (Lebrun, 2009, p.177).

Quando do social há o apelo para o apagamento da diferença, da exceção, isto se faz com riscos: indo na contramão do que institui o singular e o coletivo da vida humana, que é a estruturante falta. Esse movimento é compreendido como mais próximo do gozo infinito da feminilidade, sua ausência de conjunto, sua falta de referência a um terceiro com quem dialogar. Não é que antes vivia-se estanque na posição masculina da fórmula da sexuação de Lacan, e agora ancora-se na posição feminina. Os problemas se derivam da tentativa de dissolver o paradoxo, de dispensar uma das posições do laço social.

É então que, na sua Clínica da instituição já tão delineada neste trabalho, Lebrun (2009b) retoma de Lacan uma formulação rica “Dispensar o pai, com a condição de servir-se dele” e aqui, remexe o caldeirão do desafio de reinventar a vida coletiva. Não se trata de negar ou frear as mudanças em voga no social, mas está advertido da impossibilidade de livrar-se da responsabilidade da simbolização, é nela que habita a ausência e a fala, é dessas bordas que eu e outro são dois lugares, permitindo o social, dando limite à pulsão.

Desde a metáfora paterna, em que o pai apresenta o terceiro, é ele quem livra a criança da bocarra da mãe, livra do pretense transativismo indefectível que mãe e criança constroem. O pai coloca em xeque a comunicação, a compreensão plena que a mãe deduz do filho, autorizando-se a dizer quem ele é para ela. O pai diz à criança que a mãe não tem todos os

significantes. Atualiza-se nesta função que o pai executa em um nível individual a transmissão do que habita na linguagem e no coletivo. Servir-se do pai, ou seja, usufruir dessa barra que ele lança exige ainda, não se colar no pai como portador dos tais significantes não-contidos na mãe. Ser sujeito é servir-se do pai, remeter-se à ordem fálica, à ordem significativa, “por pai é preciso entender a exceção necessária” (Lebrun, 2009b, p.197). Ao mesmo tempo, que é também preciso dispensar-se dele, ou seja, dispensar de ser engolfado no pai como ancoradouro das certezas, visto que o pai deve apontar para o caminho dos significantes e seus deslizes.

No social, a repercussão de se conduzir no lado direito, ou seja, no laço social organizado pelo gozo feminino é que as mulheres são contabilizadas como uma-a-uma, abre para uma individualidade que não dá prevalência ao coletivo. Há um tempo, as sociedades se organizavam determinando o que os sujeitos seriam, demarcava seu lugar no social em forma de pirâmide, já a travessia atual para uma democracia possibilita a cada um situar-se no social, não há predefinições sobre a posição a ser ocupada, todos podem ser tudo. Abrir a porta das possibilidades na trilha individual não é equivalente a livrar-se da prevalência do coletivo.

Como representantes desse social, as instituições têm também acompanhado tal operação. Lebrun (2009b) nos alerta quanto à fraca autoridade que vigora nas instituições que trabalham para o declínio das pirâmides da gestão e abraçam o modelo das redes. Há um desejo incessante de paridade, onde não há chefe, nem mestre: assentam coordenador, gerente, mas nada há que faça referência ao terceiro, que convoque a evidente castração a que, como falantes estamos submetidos. Ao invés disso, fazem-se instituições horizontais, autocráticas, todos têm vez e voz e não há diferença no estatuto da fala entre eles, prima-se por desenvolver uma compreensão clara entre os membros das equipes, sem levar em conta os ruídos inerentes à comunicação. Assim, ainda para este autor, a boa instituição seria aquela que conserva a diferença de lugares, que em seu funcionamento testemunha o lugar do terceiro. O desafio num trabalho institucional é continuar apresentando a exceção, mantê-la como necessária.

Portanto, uma instituição que trabalha com toxicômanos precisa estar duplamente advertida de sua função: primeiro, esquivar-se do modelo de instituição consonante com os princípios pós-modernos; e segundo, deve saber que é só ao preço de conseguir suportar o lugar do impossível que ela se configura enquanto um “espaço que, ao instituir e delimitar fronteiras, constitui-se como lugar possível de endereçamento” (Barros, 2009, p. 17)

Se no tocante à autoridade, a pós-modernidade subverte, a instituição em seu trabalho deve inverter: “É ao contrário, a dimensão do impossível, do real que a instituição se encarrega assim de instaurar. E somente pode haver vida coletiva ou política porque esta

impossibilidade é levada em consideração” (Lebrun, 2009b, p.25). Para esse exercício, a instituição fará intervenções que levem em conta também o imaginário e o real, e não apenas o simbólico.

Quando falamos de instituição, necessariamente precisamos nos remeter à primeira, a qual, como sujeitos, estamos submetidos, que é a linguagem. A partir daí todas as outras instituições que assentaremos e sob as quais seremos regulados devem apontar para a continuidade do exercício que rege simultaneamente coibições e possibilidades para que haja vida coletiva.

A relação entre o toxicômano e uma instituição de tratamento pode servir como possibilidade de o sujeito investir na instituição enquanto Outro, desde que seja levado em conta o Outro enquanto barrado³⁶. Deste encontro, faz-se aposta de que o sujeito, para além da queixa por usar drogas ou de suas dificuldades para recuperar-se dos prejuízos, já na entrada do tratamento veicula uma demanda, sempre para além da “necessidade” e aportada no desejo. E quanto à instituição, esta pode posicionar-se frente ao toxicômano a fim de possibilitar o imperativo de gozo Outro que ele demanda, um deslize a outro gozo, fático “gozo linguageiro que implica a castração (...) assinala a impossibilidade da comunicação adequada e da transparência, que nosso tempo invoca com toda a vontade” (Lebrun, 2009b, p. 150). Atribuindo valor à fala, é que é possível “fazer passar pelo inconsciente o sujeito toxicômano (...) para que um novo sujeito possa advir: sujeito do desejo e não assujeitado às drogas” (Grossi et al, 1996, p. 128).

3.3. Percursos no internamento voluntário

Ao buscar uma instituição para tratamento, por diferentes motivações, surge um apelo, há um endereçamento, há algo que causa o deslocamento. No entanto, primeiro, é preciso ratificar com toda ênfase que um tratamento para toxicômanos não se dá apenas, nem exclusivamente, no âmbito de um internamento. Em nossa prática, testemunhamos diversos modos de se relacionar com as drogas, e mesmo nos casos mais graves quanto à impossibilidade de redução ou abstinência do uso de drogas e com agravos à saúde e qualidade de vida associados, tem sido possível conduzir ambulatoriamente e ir percorrendo

³⁶ Conforme aponta Petri (2003): Na alienação “o sujeito escolhe forçosamente se fazer representar nos significantes do Outro, o que o torna alienado em relação ao seu ser. (...)” na separação, “que é o resto da operação de alienação. A separação acontece pelo encontro com a falta no Outro, falta veiculada no discurso, que não é outra coisa que o desejo.” (p. 59-60).

uma abertura para o desejo em voga nas toxicomanias. Contudo, nestes casos, assim como em outros de diferentes patologias, salientamos dificuldades no estabelecimento da transferência, irregularidade na assiduidade às consultas e grande resistência para retomar a história pessoal, além de uma contínua repetição na descrição dos usos e abusos das drogas.

Porém, nessa dissertação devido à experiência clínica que temos e da necessidade de debruçar-nos sobre os efeitos desse tipo de intervenção, refletiremos sobre o internamento voluntário.

Sobre o porquê internar, Freud (1888) traz duas justificativas para os casos de neurose histérica, segundo Garcia-Roza (2005):

O primeiro consiste no afastamento do paciente de seu ambiente familiar, considerado por ele como gerador de crises, e sua internação num hospital. A internação teria como objetivo mais imediato uma mudança de ambiente, afastando, dessa maneira, a possibilidade de as crises serem deflagradas pela expectativa ansiosa dos familiares; e, em segundo lugar, a internação criaria condições ideais de observação e controle das crises (p. 35).

Apesar do contexto histórico e do equívoco quanto à etiologia da histeria, esse argumento de Freud, em favor do internamento, é interessante por sublinhar o fenômeno de crise como sendo um divisor de águas, e definir a necessidade de um internamento. Octave Mannoni (1999) faz um resgate histórico do sentido da palavra crise e diz que na medicina clássica “designa o momento em que a doença vai se decidir entre a cura ou a morte, o momento em que se poderá julgá-la” (p. 19).

Assim, alguns esclarecimentos úteis, para o fato de termos a indicação de afastar o paciente dos familiares, reforça o que encontramos na clínica das toxicomanias, em que o toxicômano é, muitas vezes, apresentado como a lixeira da família, e a família vítima das escolhas de seu membro doente. Conte (2003) já advertia que é a família quem “oferece condições suficientes para que uma toxicomania se desenvolva” (p.107). Não é nosso intuito encontrar a gênese dos episódios toxicomânicos, não nos apoiamos na etiologia do tema. Importa neste trabalho pensar sobre a internação oferecendo um novo ambiente, afastado dos vínculos cotidianos e possibilitando a observação e acompanhamento das crises. Crise enquanto esse impasse que o sujeito não consegue conjugar, e que diz respeito ao seu desejo de seguir usando drogas e extrair um gozo e ao mesmo tempo, ser esse um gozo mortífero,

por ser compulsivo, “necessário” e apresentar-se imperativo em todas as atividades do toxicômano.

O fato de o internamento isolar da família não prescinde do trabalho com essas famílias, ao contrário, a inclusão dos familiares no tratamento é essencial para evolução no tratamento, a fim de que cada membro possa posicionar-se quanto ao que o imperativo de consumo presente, como ideal na sociedade e, conseqüentemente, no seio da família diz do lugar de cada um na tentativa de lidar com os conflitos. O tratamento pode possibilitar uma mudança do sujeito quanto ao lugar que vem ocupando no seio da família, se puder interrogar os significantes a que ele se mostra arraigado, apontando que há uma cadeia significativa que pode trilhar conforme seu desejo, e não apenas respondendo autonomamente ao que compreende ser o desejo do Outro.

Durante o internamento, funcionando em uma nova rotina e acompanhado de profissionais e de outras pessoas em tratamento parecem surgir condições de possibilidade de um olhar para a vida, refletir sobre o que tem feito dela a partir da crise estabelecida pela toxicomania. Esse percurso, diferente para cada sujeito em tratamento, também se modifica a partir da referência teórica-clínica que a instituição possui. Portanto, cabe aqui ressaltar, que as intervenções e compreensão dos sintomas estão aqui referidos à teoria psicanalítica e seu agir clínico. E o fato da psicanálise debruçar-se sobre intervenções institucionais é o que viabiliza este trabalho e é legitimado na medida em que “não há porque supormos que o campo exclusivo da psicanálise seja o da clínica individual de consultório. Afinal, *sujeito, inconsciente, ética e discurso* se manifestam em qualquer contexto social” (Ribeiro, 2011, p. 21).

Desse modo, durante o internamento voluntário, o toxicômano participa da vida coletiva da instituição, que dispõe de regras de convivência e privilegia a fala. Há um convite para que se integre à programação terapêutica composta por grupos terapêuticos, psicoterapia individual, acompanhamento psiquiátrico e vivência em um espaço protegido do uso de drogas. Tais recursos viabilizam a experiência de relacionar-se consigo mesmo e com os outros, sem o anteparo que a droga lhe fazia.

A progressão terapêutica busca evidenciar que onde habita o “todos toxicômanos” haja espaço para “cada um sujeito” para quem a droga cumpre uma função simbólica, imaginária e real, que pode ser elaborada e nomeada. Ao “sou toxicômano” a clínica subversiva a favor do sujeito dedica uma escuta que implica o falante em sua fala. No tempo do sujeito e nas associações que ele puder fazer abre-se uma cadeia significativa que viabiliza o movimento do circuito direto e fixo que o uso da droga compõe.

A direção do tratamento - na perspectiva psicanalítica - visa criar “condições para a saída de uma posição de extrema alienação, na relação que frequentemente o toxicômano estabelece com a droga” (Conte, 2003, p. 83). É ao buscar ouvir a função tóxica da droga, ao invés de tão somente ocupar-se com o uso ou não uso de uma substância psicoativa, que o sujeito atuando com sua toxicomania pode encontrar espaço para um deslize significativo que faça brechas em seu entodamento silencioso.

A clínica da toxicomania, no âmbito da instituição, pode possibilitar deslizes significantes, ressignificação da experiência. É função do espaço terapêutico institucional operar a partir da falta, como estruturante. Gianesi (2005) nos diz “Se o analista ouve o toxicômano (com sua possível identificação), permanece no registro das relações dadas pela realidade compartilhada, e perde a oportunidade de escutar aquilo que fala no sujeito” (p. 137). Assim, em seu manejo, a instituição está advertida de que não há um modelo de cura ou tratamento idealizado, não há um número de passos a serem seguidos, ela mantém-se ao apontar um caminho, aquele que leva em conta a castração, em que cada um deve haver-se com sua própria história.

Desse modo, a falta não é, tal como no estatuto da pós-modernidade, um impedimento à realização dos desejos, ela é o interdito que inaugura a capacidade de desejar. A instituição, portanto, ao invés de identificar-se com a clínica dos iguais, assistindo toxicômanos no que relatam de mal-estar porque a droga lhes falta, porque a ausência da droga os descompleta, e advertida de seu lugar, pode convidar os sujeitos a integrarem uma *communitas* tal como Esposito (citado por Lebrun, 2009b) define, ou seja, “o conjunto das pessoas unidas não por uma “propriedade”, mas exatamente por um dever ou por uma dívida; não por um ‘mais’, mas por um ‘menos’, por uma falta (...)” (p. 30).

Temos, portanto, um encontro entre o toxicômano - que com o seu modo de gozo tenta prescindir do Outro, desautoriza o limite, e embalado pelo discurso do capitalista³⁷ investe no encontro real com o objeto e intenta daí alcançar satisfação plena - e uma instituição - que em sua consistência deve apontar como garantia apenas o confronto com o impossível, levando “em conta que é o real, o impossível do *rapport* que está no coração da instituição, mas

³⁷ Em sua teoria dos discursos, Lacan (1969-1970) apresenta quatro discursos – o discurso do mestre, o discurso da histórica, o discurso analítico e o discurso universitário - que servem de fundamento para o laço social. Diz-nos que todo discurso implica uma articulação do campo do sujeito com o campo do Outro, princípio de todo laço social. Quanto ao discurso capitalista, o sujeito busca se relacionar com os objetos. A ligação não ocorre com o campo do Outro. A busca é de um objeto que tampona a falta e elimine o mal-estar. O que o distingue dos demais, é, portanto, que nesse quinto discurso o sujeito não se dirige a um outro, mas sim ao objeto. Há uma predominância da relação do sujeito com o objeto, já que nesse discurso o que é evidente é a promessa de acabar com o mal-estar. Por isso, afirmamos que no discurso do capitalista não há laço social: porque o sujeito, predominantemente, se relaciona com os objetos (Vieira; Besset, 2008).

também sem deixar de aceitar que ela não pode escapar de querer fazer o Um, mas o Um agora construído a partir daqueles que estão na tarefa do cotidiano” (Ibidem, p. 207).

Uma instituição de tratamento, guiada pela orientação psicanalítica, pode ter seu trabalho definido tal como Conte (2003) o faz: “O processo de tratamento individual e em grupos, através de diferentes intervenções, busca permitir que o paciente possa extrair, do seu ato de falar a um outro, a produção da sua experiência. É deste ponto de vista que se pode encontrar a legitimidade ética de um trabalho institucional que respeite a subjetividade” (p. 19). E, em outro momento desse texto, a autora dialoga com as ideias de Ribeiro (1999) quando este “reconhece que a intervenção dos discursos presentes em cada instituição produzem nas trajetórias individuais efeitos singulares” (Ribeiro, *op cit* Conte, p. 40).

Assim sendo, nesta pesquisa o cerne da investigação é a partir do conteúdo das entrevistas aos toxicômanos em tratamento, observar que efeitos singulares a escuta psicanalítica no tratamento, durante o internamento na instituição, são evidenciados e acompanhar como esses sujeitos descrevem os tempos de seu tratamento (entrada, processo de internamento, alta do internamento).

Importa aqui, investigar a entrada de um toxicômano numa instituição para tratamento, que deve implicar tanto um, o toxicômano, como o Outro, a instituição, sobre o limite ao qual estão submetidos. Todavia, ambos são contemporâneos no cenário de um tempo que visa negar toda submissão e fazer da igualdade o pretexto para não confrontar-se com a exclusão e com o impossível ao qual o *status* de falantes nos convoca.

Que dificuldades se apresentam nesse encontro? O que busca um toxicômano - que em seu acoplamento com a droga visa a dessubjetivação - a num dado momento endereçar-se a uma instituição apontando algo da incompletude que o constitui e que seu uso de drogas visa desmentir? Como pode uma instituição operar admitindo em seu cerne o lugar vazio onde o desejo do sujeito pode alçar-se e, ao mesmo tempo, assumindo a revelia do sujeito a ordem do impossível que vigora no âmago da instituição e da vida? E ao confrontá-lo com o estatuto de sujeito o qual permite que, ao invés de lançar o sujeito toxicômano à angústia da frustração, esmagando-o, a instituição possa estender em forma de ato e decisão (Real), na rotina institucional de sua equipe, o caminho inexorável da palavra, apontando o desconforto que o Simbólico nos permite?

Assim, a partir do trabalho de campo e calcada na experiência clínica advinda do internamento com toxicômanos, essa pesquisa evidenciará os discursos singulares em voga na toxicomania. Enfatizando que a causa deste quadro não é o uso ou dependência de uma substância psicoativa, mas relaciona-se com o encontro entre uma subjetividade e os efeitos

(muito menos químico e mais Real, Simbólico e Imaginário) resultantes da função da droga para o sujeito toxicômano, pois pretende contribuir, apresentando os percalços vividos no tratamento e os efeitos do internamento.

A trajetória durante o tratamento pode ser compreendida a partir de uma posição de extrema alienação com o objeto real droga tomado como objeto ideal, à compreensão de que a droga, como todos os objetos do mundo, conserva uma radicalidade que impossibilita completude ao desejo, à elaboração de que a fala reclamada não é advinda da ausência de uma substância, mas diz de uma falta fundamental que move o desejo e impede o acesso ao gozo. Como já vimos, a falta da droga surge como representante da falta, mas não é a própria falta. A falta estruturante e radical é anterior e constitutiva à subjetivação, embora a droga se apresente imaginariamente com uma potência fálica de obliterar a própria falta.

E essas passagens são possíveis num trabalho que leva em conta a transferência. Se a busca, muitas vezes impessoal, por uma determinada instituição, pode ser considerada pelo toxicômano como uma forma de seguir protegendo-se do encontro com a alteridade, intentando que no corpo da vivência institucional as relações se apresentem com menos confronto, já que ele vivencia como um horror a relação com o Outro, todavia, não escapará de ser aí convocado. Essa transferência é marcada por “uma dificuldade de estabelecer uma relação com o Outro simbólico, que se encontrasse no lugar de representante da Lei, do qual o paciente pudesse valer-se para, posteriormente, desprender-se dele” (Conte, 2003, p. 100). Alternando em tomar a equipe de tratamento seja numa posição de igual, seja na posição de Outro, atestamos uma forte transferência estabelecida na clínica das toxicomanias.

3.4. Transferência e manejo clínico-institucional

Precisaremos aqui a transferência, enquanto conceito, para em seguida articularmos como sendo um operador clínico fundamental. A transferência, na teoria freudiana, tomou diversas formas, desde ser vista como um empecilho ao tratamento, até ser admitida como a principal ferramenta de que dispõe o analista. Assim, a relação transferencial embora presente nos mais diversos encontros e situações, em psicanálise é que ela se presta enquanto condição *sine qua non* para o estabelecimento de uma análise. É nela que o discurso de cada história será possível, e é por ela que um analisando chega ou não, a um determinado analista.

No entanto, embora Freud reconheça a transferência como instrumento para ouvir o inconsciente ali posto, percebe que ela está à disposição desse mesmo inconsciente surgindo como a mais poderosa resistência ao tratamento.

Assim, a transferência, no tratamento analítico, invariavelmente nos aparece, desde o início, como a arma mais forte da resistência, e podemos concluir que a intensidade e persistência da transferência constituem efeito e expressão da resistência. [...] Nada é mais difícil, em análise do que vencer as resistências, mas não esqueçamos que são justamente tais fenômenos que nos prestam o melhor serviço, ao nos permitir trazer à luz as emoções amorosas secretas e esquecidas dos pacientes e ao conferir a essas emoções um caráter de atualidade [...] (Freud, 1912/1996, p. 115-116).

Em sua clínica, Freud observa que, quanto mais próximo de um núcleo neurótico o paciente estava, mais forte tornava-se a resistência no sentido de desviar a atenção do conflito e mantê-lo esquecido.

Freud assinala que, tanto as demandas de amor quanto as de ódio e/ou agressividade devem ser lidas pelo analista como sinal de resistência. Esses sentimentos enquanto repetição, estão associados à infância do analisando, muito embora não seja percebida por este: “o paciente transfere suas preocupações sobre a pessoa do analista, atualizando, na transferência, as moções ternas ou agressivas que não consegue verbalizar” (Chemama, 2007, p. 337). É assim que transferência e resistência interconectam-se com a repetição. Diante da impossibilidade de lembrar o que constitui o material recalçado, por meio da transferência o analisando fada-se a repetir determinados discursos durante a análise. Essa atitude demanda ao analista identificar em que lugar o analisando o tem posto, encarnando esse papel e num dado momento verbalizar/interpretar o velho-novo que a repetição traz para a cena analítica.

Desse modo, o analista é alertado para não inflar seu ego diante de apaixonadas declarações, nem tampouco inquietar-se quando remeterem a ele insultos e acusações. Antes deve ocupar-se em ouvir o que esse dito esconde ou revela. O analista deve estar no lugar de um Outro e, por isso, perceber que o analisando re-edita seus afetos, atualizando desejos de outras relações, assim não é ao responder a essa demanda que a solução se apresentará, antes como nos assegura Freud em Observações sobre o amor transferencial (1915c/1996): “o caminho que o analista deve seguir (...) é um caminho para o qual não existe modelo na vida real. Ele tem de tomar cuidado para não se afastar do amor transferencial, repeli-lo ou torná-lo

desagradável para o paciente; mas deve, de modo igualmente resolutivo, recusar-lhe qualquer retribuição” (p. 184). E parece ser esse o desafio, caminhar em sinceridade pela trilha analítica sem, no entanto, deixar de dar crédito a um afeto que sinaliza outros ensejos.

É na esfera da transferência que os conflitos serão manejados, e Freud ressaltava a importância do manejo dessa ferramenta situando que é nela que residem as maiores dificuldades na análise, acentuando que a resistência não é apenas do analisando, mas também do analista, e que este pode configurar-se com maior responsabilidade nos entraves do percurso.

Para Lacan (1960-61/2010), não é a transferência que faz resistência, mas aquilo onde o discurso do paciente resiste ao dizer, a fala, desvendando-se como barreira para o paciente, atormentando-o e produzindo sintomas. Para ele, a transferência é uma repetição, é a colocação em ato da realidade (sexual) do inconsciente. Lacan também traz uma outra contribuição valiosa para o estudo da transferência quando afirma que, se no tratamento há resistência, ela se situa do lado do analista.

Os conflitos infantis e outras experiências são visados no manejo da transferência, os desejos inconscientes e as fantasias é que devem estar em evidência ao analista no lidar com a transferência. É porque ela alia-se à resistência que se subentende que o material transferido apenas aponta para uma lacuna cujo preenchimento é de outra ordem, ela assim, embaça o real do sintoma. E é por isso que deve ser negado ao analisante qualquer satisfação do amor ou ódio pelo qual ele clama, é ao silenciar ou ao tomar essa queixa como de um Outro que a resistência pode ser driblada e permitir que esse Outro conteúdo advenha.

É ao situar a transferência como possível de ser analisada, que uma análise se faz. E assim, é “pelo manejo da transferência que essa compulsão à repetição irá se transformar pouco a pouco, em um motivo para se lembrar, permitindo assim, progressivamente, que o paciente se reaproprie de sua história” (Chemama, 2007, p. 378). É ao não mostrar nada além do que lhe é mostrado³⁸, que o analista possibilita esse reencontro do analisando com as facetas de seu próprio discurso, é quando ele pode então “dar a César o que é de César”³⁹ e atribuir a quem de fato se destina os sentimentos que tão veementemente ele atribui à figura do analista.

Ao deter-se, mesmo a contragosto, sobre os sentimentos que se eliciam numa análise, estão os que de si falam, fadados a encontrar-se numa certa errância, posto que, firmemente

³⁸ Referência ao espelho opaco citado por Freud em *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise* (1924).

³⁹ Referência às palavras de Jesus quando perguntado sobre os tributos no livro bíblico de Mateus 22:21.

entregavam a alguém um indecoro que se destina a aquém, além dali, mas é só por isso mesmo que pode esse sentimento encontrar destino. Cada um em sua fala e associações pode trazer tantos outros quanto o possível e submetê-los por essa ferramenta (a transferência) a um mesmo Um (o analista) que suportará, e assim, permite que Outro seja um lugar.

A transferência, como o pilar da cena analítica, refere-se ao destino de cada discurso, é a um Outro que se endereça a fala, é na expectativa de ver respondida a questão que surge a pergunta. Em forma de incógnita vêm os mais diversos sintomas e espera-se que sejam decifrados, tais como numa Esfinge ou Oráculo. Mas não é essa a função de uma análise, e é preciso refletir sobre o lugar que comporta o analista diante da demanda incessante de resposta que o analisante convoca. É para ocupar o lugar de Outro inesgotável de significantes e portador dos tesouros, que o analista é convidado, e ele acolhe essa petição ao eximir-se dela, pois essa é uma suposição necessária, a de que há ali, na outra ponta, a do discurso, um Outro, um Sujeito, o Suposto Saber.

Sobre esse Sujeito suposto Saber, Lacan (1964/2008) fala do erro subjetivo por parte do analisante ao atribuir um saber ao analista acerca de seus sintomas, trata-se de uma ilusão, de um engodo, quando credita ao analista um saber prévio sobre si. Há, portanto, a crença de que (no caso da neurose) há um saber que não se sabe – o inconsciente – mas que, por não ser sabido pelo indivíduo, pensa ele haver alguém detentor desse saber, ficando a cargo do analista, portanto, encarná-lo. Um pacto, portanto, é firmado. Pacto firmado em torno da fala, em que o paciente se oferece à interpretação na busca de sentidos para os seus não sentidos. O Sujeito suposto Saber é, pois uma promessa de significação. Há uma oferta, por parte do analisante, endereçada àquele em que supõe um saber, saber relacionado à busca pela sua verdade; pela sua identidade; pelo seu desejo; saber relacionado à pergunta: “Quem sou eu?”.

No entanto, é a dissimetria que conjuga o ato analítico, é ao desprover-se de seu Eu, ao se dessubjetivar que o analista possibilita uma escuta diferente da usual, do senso comum. O discurso do analista, discurso no lugar de agente, o objeto *a*, o objeto causa de desejo, mobiliza a dúvida, inquire o analisante sobre seu desejo, sobre as tramas de seu percurso, buscando ouvir onde ele se implica ali. Nesse sentido, destaca Falcão (2004) “Sabemos que o amor ao sujeito suposto saber, pertence ao registro do imaginário, é uma ilusão, tentativa de encobrir o desejo, de fazer Um. O desejo é do campo do Simbólico, do Outro, da diferença” (s/p).

A intervenção não prima por ser um enxerto de algo que contorne, remende a dor da falta vivida em cada experiência, ao contrário, a transferência assemelha-se ao amor, não como uma paixão ensurdecidora ou como imagem de completude, mas ela aponta a falta, é o

que não se tem que se oferece numa análise, a falta radical, estrutural de onde emana o sujeito e perde-se seu ser, e é, ao apontar o real da falta que a psicanálise segue em sua ética, a de que há em cada dito, um desejo.

E sessão após sessão ouvem-se as confidências, os sujeitos falam de seus males, ansiedades, seus “não-sei-o-quê”, e é em torno desse “X”, que uma análise se dá: creditam uma sapiência, e por esta fazem apelo, querem desfecho, o conforto de algo que tampone a falta a ser. E é aqui o nosso campo, é onde o desejo do analista se suporta. Ao se balizar por sua própria experiência analítica, o analista pode reapresentar a falta estrutural, fazer ceder algo das certezas indubitáveis que se subentende no Outro e caminhar a partir de um novo saber-fazer, transformando a demanda que oprime em uma outra, de forma criativa.

Pfeil (2013) aponta o cerne deste trabalho:

Os psicanalistas não estão aí para propor novas identificações: você é isso em vez daquilo. Pois teria exatamente o mesmo efeito: reduzir o sujeito a um isso. Não há razão nenhuma para se submeter alguém a um significante, seja ele qual for. Um sujeito não é redutível à soma de suas identificações. O objetivo é, ao contrário, criar uma folga, uma separação, diminuir um pouco o peso da identidade, desidentificar (p. 175).

O desenlace de uma análise pressupõe essa condição, a de que o Sujeito suposto Saber seja, nesse término, encarado como tal. É assim que há um resto, incorporado pelo analista como dejetivo do processo, onde o analisante já não necessita interpelar todo o tempo o seu desejo a Outro, pois não há quem dê conta, é irremediável, é inapelavelmente o seu ser que está perdido. Essa postura está montada na função que o analista ocupa, a de fazer-se de morto⁴⁰ enquanto sujeito, a de abandonar as certezas e identidades e, em sua doura ignorância, prestar-se a estar como objeto para o sujeito dividido à sua frente. E é assim que sua palavra, desprovida de palpites, julgamentos ou identificações visa servir de meio e nunca de fim, e assim, permitir que sua intervenção faça eco, ressoe em outros cantos, no canto do inconsciente que ora faz com que o discurso soe repetitivo, ora resistente, mas é ao ser intermitente que no entre significantes se mostra o sujeito. Lacan (1955/1998) ratifica essa função do analista ao lançar a pergunta “o que deve saber, na análise, o analista? À qual ele mesmo responde: “O que o psicanalista deve saber: ignorar o que sabe”.

⁴⁰ Fazer-se de morto como no jogo de cartas, aquele que não está no jogo, mas relança o jogo.

E é assim que, diante de cada demanda, a clínica propicia que se defronte com o horror do analista, o horror que ele tem a seu ato, a difícil tarefa de não fazer apelo a nenhuma certeza e de apontar para o outro lugar que a demanda sinaliza, suportar ser objeto, silenciar às ruidosas e, por vezes, estrondosas petições de que faça o que há de melhor. No entanto, não há caridade nesse ato, é ao não servir-se como parâmetro, ao não conscientizar de nada, ao não se enveredar por uma relação intersubjetiva, que se exerce o amor. Ao saber da impossibilidade de satisfação resta ouvir o desejo enquanto o desejo de outra Coisa, e assim fazer frestas no gozo imperativo e “nadificante” que, por deveras, estagna a fala e faz sumir o sujeito que fala.

Articulando os desafios de operar com a transferência, no contexto da clínica institucional, com toxicômanos, Melman (1992) diz que eles são absolutamente aptos à transferência e que estabelecem uma relação idêntica a que fazem na toxicomania, tendendo a uma relação de dependência. Le Poulichet (1990) diz que os toxicômanos “recorrem a um terapeuta ou a um analista quando a *operação de farmakon* já não garante anestesia ou quando a prótese deixa de ser adequada” (p. 147).

Como especificidade dessa clínica, é recorrente que suscite nos terapeutas, equipe e instituição de tratamento a tentação de curar, a responsabilidade em produzir os deslizos significantes que vão da droga ao tóxico, e que possibilite mudanças. Em um texto de grande riqueza clínica, Joseph (1991) fala de um vício pela quase-morte que enreda os toxicômanos, descreve um empuxo à repetição e um apelo constante ao fracasso, sempre numa posição extremamente passiva,

O paciente vem, fala, sonha, etc., mas ficamos com a impressão de que há muito pouco interesse real e ativo em mudar, melhorar, recordar, em chegar a algum lugar com o tratamento. Lentamente o quadro se constrói. O analista parece ser a única pessoa na sala que está ativamente preocupada com a mudança, progresso, desenvolvimento, como se todas as partes ativas do paciente tivessem sido projetadas para dentro do analista. Se o analista não percebe isto e, portanto, não concentra suas interpretações em torno deste processo, pode originar-se um conluio no qual o analista, de forma cuidadosa, com todo o tato possível, pressiona, tenta obter o interesse do paciente, ou alertá-lo. O paciente responde de forma breve e quietamente, para retrair-se novamente e deixar o próximo passo para o analista, e assim uma porção importante de psicopatologia é atuada na transferência (p. 325).

Nessa clínica, portanto, é vital que se os toxicômanos convocam a onipotência do analista, é justamente para que ele se abstenha de aceitar este convite. O que um analista pode demandar é o desejo de que um trabalho seja possível, ele expõe-se numa espera, em que o paciente tenha condições de retomar sua própria história, de confiá-la ao analista.

3.5. Tipificação do internamento

Ancorado na transferência, o tratamento aqui descrito com toxicômanos está pautado na voluntariedade como condição inegociável. Nesses casos, a pessoa é quem solicita voluntariamente a própria internação, ou que a consente, devendo assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. O término da internação se dá por abandono, através de uma solicitação escrita do paciente ou por combinação terapêutica com o terapeuta responsável. Mas existem também outras modalidades de internamento e as denominaremos⁴¹:

- Internamento involuntário - É o que ocorre sem o consentimento do paciente e a pedido de terceiros. Geralmente são os familiares que solicitam a internação do paciente, mas é possível que o pedido venha de outras fontes. O pedido tem que ser feito por escrito e aceito pelo médico psiquiatra. A lei determina que, nesses casos, os responsáveis técnicos do estabelecimento de saúde têm prazo de 72 horas para informar ao Ministério Público do estado sobre a internação e os motivos dela. O objetivo é evitar a possibilidade de esse tipo de internação ser utilizado para cárcere privado.
- Internamento compulsório - Nesse caso, não é necessária a autorização familiar. A internação compulsória é sempre determinada pelo juiz competente, depois de pedido formal, feito por um médico, atestando que a pessoa não tem domínio sobre a própria condição psicológica e física. O juiz levará em conta o laudo médico especializado, as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Ao apresentar o modelo de tratamento da internação voluntária, sabemos que ele faz parte do leque de abordagens possíveis à problemática da toxicomania, inclusive, na maioria

⁴¹ Segundo a Lei 10.216/2001, Ministério da Justiça; Associação Brasileira de Psiquiatria; *Cartilha Direito à Saúde Mental*, do Ministério Público Federal e da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão; governo do estado de São Paulo.

dos casos, a intervenção se dá em ambulatório, dispensando o internamento. Concluímos, portanto, que não há uma cartilha simplificada sobre as indicações e contraindicações para operar com essa clínica. A decisão quanto ao modo de intervenção, deve, todavia, respeitar o caso clínico singular e contar com profissionais orientados pela ética e pelo respeito aos direitos humanos.

A precisão quanto à ética e respeito aos direitos humanos, que pode parecer óbvia ou redundante, ganha aqui tal destaque, porque, nos últimos anos temos, acompanhado a construção de políticas de cuidados para os usuários de drogas e temos sabido da existência de espaços de tratamento que absolutamente não estão fundamentados nas premissas destacadas. Para exemplificar,

Em setembro membros da Comissão de Direitos Humanos do CFP visitaram 68 instituições de internação para usuários de drogas, em 24 estados e no Distrito Federal. De acordo com a conselheira do CFP e membro da comissão, Ana Luiza Castro, foram observados indícios de violações em todas as instituições visitadas, como imposição de credo, desrespeito à orientação sexual, além de casos de violência física, castigos e torturas. O relatório aponta que em alguns locais há espaços de isolamento, ou seja, quartos fechados com cadeado, escuros e pouco arejados para os quais são levados os usuários recém-chegados ou os que têm comportamento agressivo. Em outras instituições, os internos são enterrados até o pescoço e sofrem castigos como beber água do vaso sanitário e comer refeições preparadas com alimentos estragados. O trabalho forçado, sob o nome de laborterapia, é outra característica recorrente dos tratamentos propostos (novembro de 2011. Portal Brasil).⁴²

Dentre tantos, o trecho acima ilustra a ferocidade da guerra às drogas, que parte do pressuposto de que é necessário extirpar a qualquer custo o acesso ao uso de drogas, e que, devido a esse uso, o usuário não tem condições de escolher o que é melhor para si, cabendo, portanto ao Estado, familiares, justiça e demais terceiros, deliberar sobre o internamento. Esta perspectiva não leva em conta o aspecto relacional entre sujeito, substância psicoativa e contexto do uso, nem tampouco, parte da compreensão que empreendemos aqui do tóxico,

⁴² Trecho da matéria disponível em <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2011/11/relatorio-aponta-casos-de-violencia-fisica-a-dependentes-quimicos-em-comunidades-terapeuticas> acessada pela última vez em 11/02/2014.

ocupando uma função na vida psíquica.

A violência e o higienismo com que algumas ações, rotuladas de tratamento, são executadas, deixam em suspenso qualquer ética e infringem os direitos humanos. Parece que, enquanto sintoma social de uma sociedade intoxicada, a toxicomania sofre os reveses da exclusão como único lugar admissível. Melo (2010) ratifica tal asserção, dando-nos uma visão histórica dos eleitos para a segregação, ela nos diz que “A toxicomania pode ser incluída em uma série de figuras temidas que se sucedem ao longo do tempo para representar dentro da sociedade a encarnação do mal. Série estabelecida por Foucault (1961/2000) a partir da lepra na Idade Média, passando pelas doenças venéreas no final do século XV, para logo em seguida alcançar a loucura” (p. 02). E mais adiante ela segue

O gozo da toxicomania traz constrangimento para o dependente de drogas, para sua família e para a sociedade. Intervenções preocupantes que privilegiam a exclusão social estão se perpetuando como consequência de uma interpretação moral do fenômeno. A saúde pública precisa se posicionar de modo mais efetivo diante desse problema que está sendo tratado como objeto privilegiado de ações religiosas e de segurança pública. A passividade dos profissionais da saúde está contribuindo para perpetuar a segregação que resulta do medo, do desconhecimento e do sentimento de impotência (p. 08).

Não é o fato de ser involuntária ou compulsória que torna necessariamente a intervenção para internamento excludente e ferindo princípios éticos fundamentais, mas é relevante apontar que tais posturas têm sido recorrentes nessas modalidades. No entanto, esse *furor curandis* assenta-se como urgência e imperativo social e é necessário estar atento nessa clínica para ler o que há de ameaçador na imagem do toxicômano para o social, fazendo disto, uma advertência e operando a partir de tal advertência. Conforme Santiago (2001), o toxicômano realiza os ideais da sociedade de consumo, ele consome-se nisto,

Se o toxicômano, com o seu parceiro droga, se torna uma presa fácil dos processos segregativos oriundos da opulência da ordem capitalista globalizada, isso ocorre porque, por meio desse artefato, ele materializa a vontade de infidelidade a esse casamento obrigatório para todos os sujeitos. O protesto lançado contra esse laço matrimonial constitui sob todas as condições o fator determinante do mal-estar manifesto na dificuldade do

sujeito toxicômano em fazer prevalecer, para si, a dialética do desejo (p. 196).

3.6. Direção do tratamento clínico-institucional

Daqui, por diante, impomo-nos a pensar sobre as implicações de um tratamento conduzido a partir da voluntariedade e aportado na teoria e clínica psicanalítica, fazemos isso porque a condição de voluntariedade no tratamento, tanto numa instituição quanto para a psicanálise, dirige-se a um sujeito de direito. Miller (1999), o define como um sujeito de pleno direito, ou seja, “um sujeito que responde pelo que faz e pelo que diz até o ponto de saber que, se não pode fazê-lo, as coisas não vão bem” (p. 16). O sujeito de direitos, em um trabalho analítico é convocado a assumir a responsabilidade, a poder produzir resposta sobre o que se queixa, bem como a produzir questão sobre sua vida, e tal posição encontra consonância com o acolhimento voluntário em uma instituição para tratamento mediante episódios toxicomaníacos.

A direção de um tratamento referenciada pela psicanálise, em primeiro lugar abstém-se do ideal de cura; e, em segundo lugar, não toma a abstinência como ideal. O caminho a ser percorrido precisa contar com um diagnóstico diferencial que interroge a função da droga na vida psíquica, ou mais especificamente, que tipo de conservação subjetiva o tóxico possibilita.

Partindo de uma abordagem que leva em conta o tóxico como suporte do toxicômano, para se haver de diferentes formas com o campo do Outro, é legítimo que a instituição de tratamento acompanhe as transformações que o tóxico pode sofrer ao longo do tratamento. E aqui detalharemos, a partir da experiência de Conte (2003a), as advertências para um sensível trabalho que ela chama de “cortes e costuras” para abordar o tóxico que, no toxicômano, assegura o enlaçamento entre o Real, o Imaginário e o Simbólico, a partir de um percurso que vai da “necessidade” à demanda e ao desejo.

Durante a entrada em tratamento, e neste trabalho, trata-se precisamente de um internamento, o sujeito que se diz toxicômano fala de seu uso de drogas como uma “necessidade”. Estando em abstinência, sofre psíquica e fisicamente, e afirma que tais sintomas são derivados de não poder prescindir da droga. É comum ouvir “não sou eu, é o corpo que pede”, “é porque a droga está no sangue”, “sinto muitas fissuras⁴³, meu corpo não está acostumado a não contar com a droga regularmente. Nesse momento, é necessário o

⁴³ Desejo muito intenso de utilizar a substância, vontade avassaladora (Figlie, N. B. e Payá, R., 2014).

acolhimento da instituição, estimulando que uma transferência seja produzida, e ancorados na transferência, seja durante as atividades dos grupos terapêuticos, seja nas falas individuais, ir possibilitando aberturas para o que relatam como necessidade imperiosa da droga. Acessar a história do paciente, interpretar junto com ele os momentos de fissura pela droga, sendo traduzido por palavras e não mais pelo ato de uso do tóxico, possibilitando o encontro com conteúdos dos quais o paciente se defende, por inconscientemente considerá-los insuportáveis.

A participação em uma rotina de tratamento com horários, programações, regras, combinações e vida coletiva ajudam a organizar o caos psíquico advindo da suspensão do recurso ao tóxico. Conte (2003b) vai dizer que, nesse momento, o analista e a equipe tentam aproximar a função metafórica presente nos relatos sobre a “necessidade”, traduzindo nela uma demanda. Apresentar-se como toxicômano protege do encontro com o singular do próprio nome do sujeito, e remete a uma classificação homogeneizada. Enquanto toxicômano e carente da dose de uma substância química, a falta é circunscrita em relação à ausência da droga, é porque ela falta que o toxicômano se defronta com o desconforto de uma sensação de incompletude.

Ao longo do tratamento, e tendo como baliza de direção “qual a função que o tóxico ocupa na vida psíquica de cada sujeito?” é possível ir dando lugar à palavra para que o toxicômano produza questão de seu uso de drogas. E ao lançar uma questão, ele endereça, relança um olhar ao Outro, buscando lidar com tais enigmas. Com isto, “a demanda se desgarrar da “necessidade”, uma vez que o paciente se sente amparado para poder reabrir a experiência da falta, após um certo tempo de tentativa de mudar a posição do “tóxico” na vida psíquica, renunciando, assim, à ilusão de complementariedade” (Conte, 2003b, p. 49).

O que o tratamento - a partir desse ponto lógico, e não cronológico – acompanhará, é o encontro do sujeito com uma falta que lhe é estrutural, relançado a um desprazer que não é episódico, mas é constitutivo de uma vida no social. A falta da droga não é a responsável pela impotência que o toxicômano experiencia em abstinência, é antes, a condição do humano. Em um trabalho de escuta e acompanhamento é possível atestar a radicalidade entre o dito e o dizer, vivenciar a incompletude como efeito da inscrição de um sujeito na linguagem.

Elaborar o luto da falta da droga é abrir um novo lugar onde antes, a droga se mantinha fixa, e nesse lugar outros significantes podem aparecer, ali onde a droga paralisava, impedindo o acesso ao desejo, à associação-livre e à implicação sobre a própria história, podem apontar uma diminuição da relação imaginária que o toxicômano mantém com o Outro, e ao se autorizar pela palavra, seguir delineando apontamentos sobre o seu desejo.

Reconhecer-se pela via dos significantes de sua história é um dos efeitos do trabalho analítico, Conte (2003b) diz que isso se expressa “pela ampliação do leque de interesses: artísticos, culturais, profissionalizantes, movimentos sociais, políticos, grupos de autoajuda, associações, entre outros, nesta perspectiva de reconhecimento de traços que possam dizer quem ele é” (p. 51).

De refugio, dejetivo, marginalizado, lixo, o toxicômano pode advir não mais na posição de objeto frente à droga que consome, mas recuperar a cadeia significativa a que está remetido, e identificar-se com outras posições, justamente porque há uma falta. O estado de completude que experienciava com a intoxicação lhe impedia de jogar o jogo da vida. Assim como no jogo do resta-um, onde a condição é que uma peça falte, para que daí haja movimento, as peças sejam operadas, e o objetivo de organizar as peças seja conquistado. Partindo dessa metáfora, o tóxico, no lugar em que impedia esse jogo, tentava anular a falta. A falta apresenta-se como uma ameaça, no entanto, ao relançar ao toxicômano sua palavra, tendo o incentivo para que verbalize sua história, é possível reconhecer e interpretar o que daí advém como desejo.

Com o uso da droga, o toxicômano visa não admitir que mesmo a droga é um objeto que não possibilita o gozo total, ao contrário, o tóxico tem por função fazer parecer que uma completude é possível mediante a intoxicação. No entanto, após um pedido por tratamento, quando a injunção da droga já vem apresentando falhas, o processo de ressignificação visa ao reconhecimento de que o sujeito está barrado de seu gozo, mesmo quando está usando drogas (Conte, 2003b). Essa é atestada como a maior resistência do toxicômano, trata-se de concluir sobre a castração:

O essencial do final do tratamento é o trabalho de conclusão do luto. Somente quando o “tóxico” é deslocado da posição de objeto ideal na relação com o sujeito, é que fica um “buraco”. Este trabalho consistirá em fazer vir para o lugar do buraco escavado no real, o conjunto do sistema significativo. Seria, então, uma introjeção do objeto perdido, enquanto impossível. O toxicômano torna sua experiência com a droga algo verdadeiramente inesquecível porque o desejo recalcado será lembrado como necessidade, trazendo consigo o traço de ter cumprido uma interdição, e isto fica incorporado em sua vida (Petit, 1990). O momento de concluir, em um tratamento, ocorrerá quando a lei simbólica se tornar efetiva, não só no aspecto da interdição dos objetos (entre eles, a droga), mas também de acesso ao reconhecimento do desejo (Conte, 2003b, p.53).

É função do espaço terapêutico da instituição acompanhar e auxiliar essas travessias, um caminho singular que cada toxicômano trilhará a partir de sua própria história e que corresponde a um percurso muito maior do que seu relato sobre como as drogas o move.

O encontro do toxicômano com a droga pode, a partir do trabalho em equipe numa instituição orientada pela psicanálise, promover subversões. Assim, ao longo do tratamento teremos um resgate do sujeito em causa nas toxicomanias, se pudermos ir da necessidade à demanda e ao desejo; se em nossa escuta formos do real da substância química referido pelo toxicômano ao significante presente em seu relato sobre as drogas; se onde impera um adicto, que busca um a-mais de gozo oferecermos uma escuta a um sujeito do desejo; e onde habita um imperativo da compulsão pelo uso de drogas, pudermos acompanhar uma trilha de escolhas, novas e possíveis.

Uma alta do internamento, que nem de longe é alta do tratamento, pode ser encaminhada, quando uma mudança de posição ocorrer no toxicômano, quando no lugar das certezas indubitáveis ele possa se lançar no “*Che Vuoi?*”⁴⁴ de seu próprio desejo e ter condições de persistir aí.

3.7. Instituto RAID⁴⁵, apresentação de um modelo de tratamento

Apresentaremos agora, o local escolhido para fazer a pesquisa por trabalhar conforme tais princípios, e dessa experiência nos inclinaremos para os depoimentos dos toxicômanos em tratamento nesse local.

O Instituto RAID é uma ONG especializada na prevenção, tratamento e reabilitação de usuários e dependentes de álcool e outras drogas. Funcionando como um albergue terapêutico em Recife/PE desde 1993, tem seu foco no tratamento às dependências, mas também acolhe pessoas com sintomas depressivos, transtornos de ansiedade e outras patologias, desde que, durante a triagem se avalie a pertinência do internamento com ambiente protegido e atenção integral que possibilite ao sujeito uma melhor relação consigo e com os outros.

No tocante às dependências químicas, o RAID tem como fito central abordar a relação da pessoa com a droga e propor a reflexão sobre o lugar da droga na vida do sujeito. Tendo

⁴⁴ Expressão utilizada por Lacan no Seminário 8 (1960-1961/2010) foi retirada do conto de J. Cazotte: *Le diable amoureux*. “*Che vuoi?*”, que em italiano quer dizer “que queres?”, dito pela cabeça de camelo horrenda e enorme, no conto de Cazotte, representação do diabo, é a questão que lança o sujeito na via do desejo. Pois o personagem do conto invoca o diabo em busca de respostas, mas este lança uma questão. Questão sobre o desejo do homem.

⁴⁵ Localizado na Rua da Meiguice, 346, Sítio dos Pintos – Dois Irmãos, Recife/PE, telefone (81) 3442-3371.

como ponto de partida as dificuldades advindas com o uso da droga - que comumente é a justificativa para buscar o tratamento - o sujeito é convidado a também elaborar sua relação com a vida. Na medida em que relata dificuldade de lidar com frustrações, necessidade de satisfação imediata, intolerância à solidão, sobrecarga de trabalho, problemas amorosos, etc., tais dificuldades dão a oportunidade de deslocar a centralidade da queixa no uso de drogas e se aproximar da função tóxica que a substância química assume na vida do sujeito.

O cotidiano da instituição é regulado por Acompanhantes Terapêuticos, que em sua maioria tem a formação em psicologia, e no regime de plantão, tanto dia como noite, acompanham a rotina institucional, participando das atividades dos hóspedes durante o internamento e coordenando os grupos terapêuticos. Os dois diretores são psiquiatras e psicanalistas e a coordenadora clínica é psicóloga. A equipe terapêutica conta com atividade de supervisão semanal para discutir os casos clinicamente e trabalhar as intervenções e práticas.

Os princípios originais e éticos que respaldam o Instituto RAID (permanência voluntária, anonimato, sigilo, respeito, isenção da droga no espaço do Instituto e o privilégio dado à palavra), fazem do tratamento um espaço de implicação do sujeito, uma escolha, ainda que dolorosa, para refletir seus hábitos, desejos e dificuldades. O albergue é constituído de acompanhamento psiquiátrico, com intuito de oferecer um suporte para lidar com a abstinência, bem como, a ansiedade, depressão ou euforia proveniente desta. Há cuidado com o esquema medicamentoso dentro do processo terapêutico, já que ele não é o núcleo do tratamento. A medicação pode ser indicada ou desnecessária, a partir de cada caso clínico, respeitando as especificidades e não inviabilizando o processo de convivência e autonomia. A vida no albergue não pode prescindir de que todos estejam cômicos de seu estado e possam falar sobre si e perceber os outros ao seu redor, e par isto, não podem estar excessivamente medicados.

O Instituto trabalha com assistência psicológica, através de psicoterapia individual de orientação psicanalítica, duas vezes por semana, e do trabalho em grupos diariamente, com temáticas diversas. Os grupos abrangem desde o cotidiano, pois diariamente no Grupo Operativo, trabalham-se os registros das últimas 24h do albergue, que foram feitos pelos Acompanhantes Terapêuticos de plantão, bem como pelos hóspedes e demais trabalhadores. Assim como, a partir de diversos instrumentos (texto, filme, música; expressão; autobiografia; projeto de vida; dinâmicas e exercícios de prevenção à recaída), propõem a reflexão. Esses grupos visam verticalizar a discussão sobre pontos específicos da problemática com a droga e o compartilhamento entre os hóspedes de suas experiências. A riqueza desse trabalho se dá na

clarificação que, aos poucos, vai sendo obtida pelo sujeito sobre o seu modo de vida, possibilita que ele situe em sua história pessoal como a droga vai se inscrevendo nela, e, nesse ínterim, mais importante do que obter explicações racionais e concisas sobre o porquê desses episódios, é abrir espaço para o não compreendido, para as questões inconscientes e não articuladas pela fala, que o sujeito vive.

Fazem parte do tratamento ainda, as atividades físicas regulares, coordenadas por um educador físico. Essa assistência auxilia no processo de desintoxicação, além de, sobretudo, propor disciplina e cuidados consigo mesmo para o novo momento de vida que o hóspede se propõe a construir. Conta com atividades de arteterapia e arte lúdica, com profissionais dessas áreas, a fim de possibilitar encontros de criação, produção artística, expressão da singularidade a partir da arte. Nos anexos encontra-se a programação terapêutica detalhada.

Em sua prática, o RAID não acredita que a solução para os problemas do dependente se resume à abstinência de sua droga de preferência, essa é apenas uma alternativa\parcela do tratamento. É necessário lidar com o vazio que a droga tampona e, desse modo, trabalhar as questões existenciais aí inseridas, pois, compreende-se a toxicomania como “uma síndrome que permeia a angústia humana, justificando-se na “falta” que constitui o humano e numa impossibilidade de assim se conceber” (Escobar⁴⁶, 2006, p. 220). É assim que, em linhas gerais, o objetivo do Instituto é a revisão da relação com a droga para revisar a vida!

O modelo de tratamento encontra conformidade com o que aponta Queiroz (2001) “o toxicômano encontra na droga uma saída para esse mal-estar e não basta calar o que há de angústia, mas antes, fazer ouvir o que pulsa e elaborar outras saídas possíveis” (p. 08), esse é o objetivo da clínica proposta pelo RAID: possibilitar a construção da autonomia do sujeito, em que não é mais preciso dar sentido a tudo ou buscar o gozo absoluto, mas suportar que o tudo é impossível.

A base teórica do RAID discute o uso da droga como mais um artefato possível para lidar com as demandas de nosso tempo: capitalismo, tecnocracia, globalização, relações humanas fragilizadas, etc. “Nunca se prometeu e se consumiu tanto ou tantas soluções através das drogas como na atualidade” (Escobar, 2006, p. 219). Assim sendo, ilustra-se a complexidade do crescente uso de drogas. Usar drogas é lançar mão de um suporte psicoativo para lidar com a dor da existência, aqui se produz um sintoma. E é por isso que essa clínica possui uma especificidade singular: “estamos tratando com pacientes em que a queixa – o uso de drogas – é geralmente prazerosa, ou no mínimo tem constituído a sua única fonte de vida e

⁴⁶ Psiquiatra, Psicanalista e Diretor Clínico do Instituto RAID.

de identidade” (Brasiliano, 1997, p. 230). Esse contexto exige adaptações e flexibilidade quanto à postura do terapeuta e dos profissionais envolvidos no tratamento. Birman, citado por Brasiliano (1997, p. 230) diz que “na relação com drogadictos, o *setting* analítico estará tanto mais resguardado quanto maior for a possibilidade do analista poder criar e ousar”.

Logo, a clínica da toxicomania se apresenta como a clínica da criatividade, é preciso que se suporte a recaída dos hóspedes, não como fracasso do tratamento, mas como sintomática. Às vezes adoecer é o melhor que o sujeito pode fazer para continuar vivendo. Para alguns, um internamento será suficiente para que possa redefinir seus objetivos de vida e entrar em contato com o que está implícito em suas queixas e no sofrimento que a droga silencia. Para outros, dezenas de internamentos se sucederão, esse é um bom exemplo do porquê, em Psicanálise, o tempo é lógico e não cronológico. Não se trata de medir o tempo de uso por anos, e sim, perceber o lugar que a droga foi assumindo na vida do sujeito, o sentido pessoal e intransferível que ele atribuiu a esta.

Enfim, embora desafiante e trabalhosa, a clínica com dependentes é possível. O caminho é lento e de difícil acesso pela via do simbólico, mas pode ser nomeado, tal como nos adverte Brasiliano “a passagem do grupo de drogadictos para o grupo de indivíduos que se drogam (ou se drogavam) é lenta, mas o caminho da transformação, que implica o indivíduo na busca de sua subjetividade, está aberto” (1997, p. 237). É assim também que o Instituto RAID compreende a toxicomania e trabalha com ela.

O Instituto disponibiliza tratamento, por meio de convênio, particular e cota social nas modalidades: hóspede integral, hóspede-dia ou tratamento ambulatorial, a fim de que o sujeito possa ter espaço para uma reflexão sobre si, e no tocante ao que define como toxicomania, possa questionar-se sobre o lugar que a droga tem ocupado em sua vida.

O tratamento não tem um tempo de duração pré-definido. Na avaliação para entrada, o psicólogo indicará ao candidato a hóspede a melhor modalidade, pode ser hóspede-dia (vindo todos os dias ou alguns dias para participar dos grupos terapêuticos e ter acompanhamento psicoterápico individual), pode ser seguir o trabalho ambulatorialmente (com sessões de psicoterapia de uma a três vezes por semana, a depender da necessidade do caso) ou iniciar como hóspede integral. A definição de modalidade não é feita pelo tipo de droga utilizada e sim pela cronicidade do uso, levando em consideração as dificuldades e prejuízos que o sujeito traz no seu histórico.

O albergue tem capacidade para 27 hóspedes integrais. No internamento integral, o tratamento inicia com 15 dias, nesse tempo, considerado fundamental para adaptação do hóspede à rotina do albergue e à programação terapêutica, não é permitido contato

pessoalmente nem por telefone com os familiares, exceto na Reunião de família. Toda quinta-feira há uma reunião aberta com 1h de duração coordenada por um dos diretores ou pela coordenadora clínica, onde familiares, amigos e hóspedes conversam sobre dúvidas e dificuldades no processo de tratamento. Nesse momento, é possível envolver os familiares no mal-estar vivido pelo hóspede e expresso pela toxicomania, assim como, dar suporte aos familiares para lidarem com o tratamento e com as expectativas. Além desse momento, o Instituto oferece aos familiares interessados a possibilidade de se integrar no Grupo terapêutico para familiares, que acontece em outro momento, e conta com famílias de hóspedes e ex-hóspedes, e é coordenado por duas psicólogas da instituição.

Após os primeiros 15 dias, o hóspede fará combinações com seu terapeuta no que diz respeito ao dia para fazer e receber ligações telefônicas, receber visitas, ter saídas durante o final de semana, etc. Todas as orientações, ao longo do tratamento são conduzidas pelo terapeuta de cada hóspede.

O Instituto RAID permite o uso de tabaco e possui um fumódromo com regras de horário e funcionamento para os fumantes, considera que os fumantes de tabaco podem decidir tratar a dependência de outras drogas, embora não queiram tratar o uso/dependência de nicotina. Essa prática está apoiada na Redução de Danos, que visa construir estratégias protetivas para amenizar os danos de condutas de risco, tais como, os que estão relacionados com o uso de drogas. No entanto, o uso de tabaco também é problematizado durante o tratamento. É perceptível que o fumódromo é um espaço de intensa circulação dos hóspedes no dia-a-dia, e que é citado pelos hóspedes como ambiente de integração. Tal funcionamento é trabalhado pela equipe ao advertir sobre uma convivência, descontração e integração entre os hóspedes que se dá mais uma vez tendo a droga, o tabaco, como centro.

Os espaços do albergue são coletivos, tanto nos quartos (2, 3 ou 4 hóspedes podem ficar juntos) quanto nas áreas comuns: 1 televisor e 1 aparelho de som para todos, refeições são feitas nos horários determinados, bem como o horário de abertura e fechamento do albergue são fixos. A convivência em espaço protegido, o contato com pessoas com problemática semelhante e o intermédio da equipe terapêutica possibilita vivenciar tanto as dificuldades que surgem no cotidiano quanto explorar as dificuldades que cada hóspede sinaliza ter.

A experiência do internamento pretende ser um momento de revisão da vida e as saídas combinadas que vão acontecendo, ao longo do internamento, tentam aproximar o hóspede de seu cotidiano, a fim de que retorne à instituição e possa trabalhar as dificuldades vivenciadas ao retomar sua rotina sem fazer uso de drogas e lidando com os seus sentimentos

sem o anteparo químico.

Existem três formas de sair do internamento integral: 1) por abandono, a qualquer tempo o hóspede pode decidir que não quer ficar no Instituto, nesse momento, assina um termo de responsabilidade e a família é contatada para vir buscá-lo, como também, pode sair sozinho. Nesses casos, o hóspede só pode retornar ao Instituto após um mês, ou antes disso, mediante reavaliação do terapeuta. 2) alta administrativa, devido à ocorrência de faltas consideradas graves (agressão física; tráfico, uso ou suspeita de uso de droga no interior do albergue; porte de armas no interior do albergue; contato íntimo e/ou sexual; reincidência de transgressões advertidas) o hóspede terá o internamento suspenso. Nesses casos, o hóspede só pode retornar ao Instituto após três meses, ou antes disso mediante reavaliação do terapeuta. 3) alta terapêutica, em combinação entre terapeuta e hóspede a alta do internamento é feita, bem como, a orientação de prosseguimento do tratamento, seja como hóspede-dia ou no ambulatório.

O modelo da instituição é assim definido, em linhas gerais:

Nós do INSTITUTO RAID, trabalhando com a perspectiva psicanalítica, enfatizamos a dependência como uma dificuldade relacionada à carência do objeto, da falta. Dentro deste aspecto cada caso é um caso, único e irrepitível, portanto, para cada situação temos que traçar uma estratégia terapêutica que não só leve em conta os aspectos comuns a todas as dependências, mas que também, contemple os aspectos peculiares de cada indivíduo (...). O RAID propõe que o alcoolismo e as outras toxicomanias devem ser tratados dentro da concepção de que o ser humano é o sujeito da história social que vive. Desta maneira a filosofia do Instituto privilegia a ideia de que a droga não é o centro de nossa atenção, e sim a relação do homem com o mundo. A droga não é o agente, o sujeito determinante, e sim o homem com sua capacidade de destruir, construir e criar. Entendemos que a dependência se desenvolve pela conjugação destes fatores psicológicos, sociais e físicos. Esta compreensão leva a uma postura clínica de, na singularidade do indivíduo, identificar o lugar da droga. O programa terapêutico se estrutura com a convicção de que o caminho que leva à compreensão passa pela abstinência. A abstinência que funciona como estratégia para a maioria dos pacientes, para alguns é o objetivo final. Os dois princípios básicos do tratamento são a voluntariedade e o anonimato. Embora tendo um arcabouço coletivo, o programa terapêutico contempla as

variações individuais. Podemos dizer que os objetivos gerais do tratamento são: conscientizar da dependência, trabalhar a abstinência e melhorar a qualidade de vida (Oliveira⁴⁷, 1995).

⁴⁷ Evaldo Melo de Oliveira, Psiquiatra, Psicanalista e Diretor Técnico do Instituto RAID.

4. METODOLOGIA E ESTRATÉGIA DE AÇÃO

Esta pesquisa - sustentada teoricamente nos fundamentos da psicanálise freudiana e lacaniana - transforma em texto o material clínico e faz dele uma leitura sustentada na transferência, estando advertida de que o “o pesquisador está envolvido no texto que trata de analisar” (Conte, 2003a, p. 74).

Desenvolver um trabalho acadêmico à luz da psicanálise visa produzir um dito (dissertação) onde o dizer esteja nele implicado⁴⁸. Na contramão do discurso científico, não é a Verdade que é aspirada, ao contrário, partindo da compreensão de um sujeito dividido, maneja-se o campo da verdade do desejo do sujeito em tratamento. Verdade esta, sempre singular. Tratar da toxicomania e das intervenções nessa clínica, no âmbito institucional, é, portanto, lançar um olhar, entre tantos, mas ocupando-se em apresentar uma experiência clínica consistente, um saber-fazer que leva em conta a toxicomania contendo uma função e o tratamento psicanalítico como aposta junto ao sujeito, para trabalhar os sintomas que ele enuncia, atua e carrega.

4.1. Lócus da pesquisa e participantes

O campo dessa pesquisa realizou-se, como dissemos anteriormente no Instituto RAID. A escolha do local deve-se à experiência prévia da pesquisadora com a Instituição, enquanto fazendo parte da equipe terapêutica. Desse encontro veio o interesse de pesquisa que agora se realiza.

As pessoas que participaram da pesquisa foram indicadas pela equipe do Instituto RAID. O critério adotado para a seleção é que fossem hóspedes em internamento integral e que estivessem próximos de obter alta terapêutica, porque consideramos que já teriam um percurso maior de vivência do tratamento institucional, e assim poderíamos verificar se houve deslizamentos da demanda que motivou o albergamento ao longo desse tempo. Assim sendo, a equipe apontou quatro casos de toxicomania. Como todos se mostraram disponíveis, decidimos conversar sobre a experiência de cada um deles.

⁴⁸ Melman (2004) que escreve: “Para a psicanálise, de fato, um dito não existe fora de um dizer, o enunciado remete sempre à enunciação, ao passo que, para a ciência realizada hoje (...) o enunciado precisamente visa fazer desaparecer a enunciação, o dito visa apagar o dizer, o saber que vale para todos, apagar a verdade singular” (p. 20).

4.2. Instrumentos e procedimento de coleta de dados

Foram feitas no mês de outubro de 2013 entrevistas no Instituto RAID em horário previamente combinado, totalizando um encontro de aproximadamente três horas de duração com cada participante. Também contamos com consultas ao diário de registros, onde consta o relato de atividades diárias dos plantões e descreve a rotina do dia, conflitos ocorridos, conversas com a equipe; e consultamos os prontuários e evoluções de atendimentos dos entrevistados.

4.3. Esquema da realização das entrevistas

Foi apresentado, lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que explicitava os objetivos da pesquisa, a liberdade do participante para desistir a qualquer momento, bem como a relevância da participação para contribuir com o campo pesquisado. Esse Termo, na íntegra, segue em anexo.

Os sujeitos foram entrevistados individualmente, a fim de situar em cada caso, como ocorre a aspiração para ingressar em um albergue terapêutico, bem como, as fantasias e demandas expressas nesse ínterim, acompanhando neste enredo, os desdobramentos no endereçamento à instituição, que se dão durante o período do tratamento. A entrevista foi orientada a partir de um roteiro semiestruturado (em anexo) composto de dezoito perguntas que versavam sobre três seções principais: 1) dados pessoais e história familiar; 2) histórico de uso de drogas; 3) histórico de tratamento e enfoque no internamento atual. A frequência e quantidade dos encontros com os sujeitos foram definidas a partir da saturação do conteúdo das entrevistas no tocante aos objetivos da pesquisa. Os registros das entrevistas contaram com anotações por parte da pesquisadora, como também, com a transcrição das entrevistas.

4.4. Análise dos dados

A análise dos dados, provenientes das entrevistas e das consultas ao diário e aos prontuários, seguiu os seguintes passos: (1) uma primeira análise interpretativa de cada depoimento; (2) uma categorização das respostas para identificar os pontos convergentes e especificidades que os sujeitos toxicômanos apontam em seu endereçamento à instituição de

tratamento e qual a função que estabelecem para esta durante o internamento, tendo como norte os objetivos delineados na pesquisa; (3) uma análise dessas contribuições, tendo como eixo o referencial à psicanálise e sua articulação com a clínica na instituição.

Apresentaremos abaixo uma construção dessas entrevistas. Utilizaremos apenas as letras A., B., C. e D. para identificar os participantes. Dividiremos a apresentação das entrevistas conforme as três seções principais do roteiro.

Desse modo, após cada entrevista, faremos articulações com a teoria já trabalhada na tentativa de sublinhar a singularidade da função do tóxico em cada história. Não objetivamos fazer uma “psicologização” interpretativa dos dados, antes, estamos advertidos do limite imposto pelos instrumentos de coleta dos dados, e buscaremos fazer realces no que aparece com maior relevância, bem como, as viradas subversivas a favor do sujeito que forem apontadas pelos participantes. Sabemos que, no curso de uma análise, seria possível acompanhar com maior riqueza a história clínica, bem como os tempos de construções em análise de cada sujeito. Todavia, ao contar com a entrevista como principal elemento, estamos cientes de que teremos acesso a um recorte, no entanto, rico das impressões, e uma leitura atual que o entrevistado faz de sua própria história. Aqui, nos propomos a levantar questões, advertidos, no entanto, que elas poderiam ser reflexões e sinalizações que a instituição trabalharia ao longo do tratamento, seja na modalidade do internamento, seja anunciando os necessários desdobramentos que continuarão no acompanhamento ambulatorial.

5. Subversão do sujeito no internamento voluntário

*“Animal nunca substitui uma coisa por outra”.*⁴⁹

Este capítulo apresentará os resultados da nossa pesquisa a partir da construção dos entrevistados, e buscando realçar, conforme nosso objetivo, os deslizamentos na demanda ao longo do tratamento. O que temos sustentado como sendo próprio à subversão é a abertura a um sujeito do inconsciente na escuta ao toxicômano. Coadunamo-nos com a asserção lacaniana quando nos diz “Se conduzimos o sujeito a algum lugar, é a uma decifração que já pressupõe no inconsciente essa espécie de lógica em que se reconhece, por exemplo, uma voz interrogativa, e até o encaminhamento de uma argumentação” (Lacan, 1960/1998, p. 796).

Portanto, a subversão na clínica da toxicomania é precisamente esta: em que o assujeito reivindicante da falta real da droga possa atentamente ser escutado no lugar em que há sujeito, onde o que se (re)clama é um objeto simbólico. Assim, ao silêncio do gozo que o toxicômano visa num acesso direto à droga, essa clínica oferece um lugar para a palavra, o que implica perder gozo, manter a vida.

Sobre isto, Lima (1996) explana a direção do tratamento nessa clínica, considerando que deve haver um deslocamento do sujeito identificado ao objeto droga\álcool, subvertendo-o, indo à questão do sujeito, que é anterior à droga, e para a qual esta parece se colocar como resposta.

É a partir desse norte que buscaremos dialogar com as entrevistas, tentando compreender como as toxicomanias traduzem questões, não apenas subjetivas, mas também condizentes com a marcha do social pós-moderno. Sendo essas falas produzidas no âmbito do internamento, sustentamos que elas carregam os efeitos do tratamento.

⁴⁹ Lispector, Clarice. (1998). *Água viva*. Rio de Janeiro: Rocco, p. 44.

5.1. Entrevista 1

Dados pessoais e história familiar

A., 50 anos, advogado. Os pais são servidores públicos aposentados. É o filho mais velho, e tem mais três irmãos que são professores universitários. A. teve dois casamentos; do primeiro, tem uma filha que hoje tem vinte e cinco anos e é estudante de medicina; e do casamento atual, tem uma filha de seis anos e um filho de quase três anos.

Nasceu e viveu em Recife até os nove anos, quando se mudou com a família para Brasília, relata ter tido uma infância de classe média comum, mas com algumas dificuldades financeiras. O pai era do Partido Comunista, foi perseguido, viajava muito, precisava se esconder e, portanto, era sempre muito ausente.

A mãe foi quem criou os filhos, trabalhava fora de casa todos os dias e A. descreve uma relação muito particular com essa mãe. Descreve-a como sistemática, judia pobre, filha única de pais romenos que vieram para a América do Sul, inicialmente para o Chile, e quando a mãe tinha quatro anos chegaram ao Brasil. Conta que a mãe teve uma vida difícil, perdeu o pai aos sete anos de idade e *“não tinha a, a habilidade pedagógica de lidar com essa situação... de falta... de pai ausente, de marido ausente para ajudar a conduzir essa educação dos filhos no dia a dia”*. Sendo o filho mais velho, descreve-se como extremamente ativo, questionador e que no manejo *“faltava a minha mãe a, a capacidade mínima de mediação”*, ela tinha que se dedicar também aos outros filhos, e A. diz que foi crescendo sempre questionando a autoridade da mãe em tudo, desde ali dava *“sinais de uma criança que, se tornaria muito contestadora”*. Apesar disso, o ambiente não era desarmônico e se dava bem com os irmãos.

Quando se mudam para Brasília, o pai é reintegrado a dois trabalhos no serviço público e passa a viajar menos e a mãe é transferida junto com ele. A. diz: *“eu morei dez anos em Brasília, não sei como isso foi possível. É, é uma cidade cartesiana, que eu não consigo imaginar como eu consegui morar numa cidade assim. (...) tudo em Brasília é milimetrado, a vida das pessoas é assim, tudo... Se você estuda, estuda numa área. Se você trabalha, trabalha numa área. Se você mora, mora numa área. E tudo é... tudo tem quadrante, tudo tem é... previsão disso, daquilo, (...) é uma cidade inventada para não ter emoções, não tinha nem sinal de trânsito. Então, é... mas eu arrumei... como ter emoção”*.

Nos dois primeiros anos, o pai passou a estar mais presente, foi diretor de um colégio agrícola em uma cidade satélite, que era em uma fazenda, onde A. diz que *“traquinava bastante, né, brincava bastante, tinha muito verde, muita natureza, né. Fazia o que podia,*

fazia o que não podia, era uma criança muito livre, eu tinha toda liberdade, né, nos limites da fazenda”.

A. descreve a criação dos pais *“tínhamos um funcionamento em casa que era de liberdade, por exemplo, meu pai sempre foi agnóstico e minha mãe judia praticante, então minha mãe podia oferecer aos filhos a religião dela, mas não podia exigir nada, (...) Minha mãe não torcia para time nenhum, meu pai torcia para um time de futebol, mas também não podia... Meu pai nunca vestiu uma camisa de time de futebol em filho nenhum. (...) não era um lar onde meu pai impunha, ela [a mãe] também não”.*

Diz que sempre teve muita liberdade em casa e que *“só desautorizava minha mãe, se fosse minha mãe que dava uma ordem eu desautorizava (...) eu não rompi a relação com minha mãe e para isso eu criei uma situação é... que mais tarde viemos a descobrir que me trouxe a drogadição, que foi um compartimento separado do meu é, é... do meu HD, né. Eu tinha um super HD, que era o lixo, eu não processava as minha emoções, quando diziam respeito a situações pessoais de frustração, de angústias... E principalmente tudo que dizia respeito a essas coisas relacionadas à minha mãe, como eu não podia romper... Não podia ou não queria, eu não sei... eu enfrentava, criava uma beligerância, mas ao fim, ao cabo, para não tornar o ambiente infernal, eu dava um verniz de processamento, jogava pro lixo e passava pro racional a informação que estava devidamente processada, né. E, assim foi funcionando o tempo todo, até que um dia o lixo foi grande demais. (...) Quando eu cheguei no RAID e me perguntavam: por que eu usava drogas. Eu achava que era porque: o mundo era feio, porque a justiça era injusta, porque eu tinha descoberto que a política era nojenta. Eu não fazia ideia que essas coisas tinham sido tão importantes na minha constituição”.*

Aos 12 anos os pais se mudam para uma cidade piloto em Brasília, descreve sua adolescência como normal e que a relação com os pais foi de *“presença e ausência, porque é... não tinha colo, (...) minha mãe nunca foi uma pessoa de se dar, de se dar a, a botar filho no colo, a dar carinho, a dar beijinho nunca foi isso. (...) meu pai sempre foi uma pessoa que... passa tranquilidade. Meu pai conversa, meu pai ouve. Então, este foi sempre o ambiente de casa, eu só levei uma pisa até hoje do meu pai. Acho que devia ter levado mais, mas eu só levei uma, né. Então minha mãe tinha a tarefa de é... educar os filhos, mas como toda vez ela não dava conta, então a tarefa de punição era do meu pai, né. Mas meu pai, quase nunca precisava punir, porque só o fato de vir a ele, de ser ele que chamava o filho para conversar, para saber o que estava acontecendo, a própria conversa já resolvia o assunto”.*

Os pais estão casados há 52 anos e são *“um exemplo de pacto de convivência a dois,*

né. Eles são completamente diferentes um do outro, né, e, e se dão muito bem, né. Dentro dos limites de cada um, né”. Os irmãos sempre se deram bem com os pais, eles “tinham uma relação completa, eles não insurgiam contra a autoridade da minha mãe, mas também como minha relação com minha mãe não era de rompimento, não havia um conflito instalado dentro de casa, este conflito estava velado”.

Histórico de uso de drogas

A. diz que seu primeiro contato foi aos 9 anos, quando se reunia com colegas e iam assistir a treino de futebol no Campo do Arruda, e lá usavam maconha, recorda-se de ter usado algumas vezes.

Retorna o contato com essa droga aos 13 anos em Brasília, *“de vez em quando na nossa turma aparecia. Então, é... eu acho que posso dizer que foi nesta época que eu passei a fumar maconha”,* mas que era sempre um uso recreativo: *“fazia isso pra jogar bola, fazia isso pra subir em pé de árvore, pra tirar fruta, né. Fazia isso pra perturbar algum aluno que a gente tava querendo abusar, fazia isso pra, pro momento. Coisa de menino mesmo”.* Diz que não gostava muito do ambiente de sala de aula, embora sempre tenha passado de ano, mas *“uma aula que não fosse dinâmica, que me cativasse... Aquela história... por que eu tinha que tá lá? porque era autoridade? porque era o diretor? porque eram os professores? não rolava comigo não. Isso eu já manifestava aí essa, essa, essa, essa personalidade questionadora, então eu faltava, eu matava muitas aulas, né. E sempre fazia isso com condição de não permitir, que prejudicasse passar de ano. Aí eu sempre passava de ano, então eu estava sempre muito fora de sala de aula, eu sempre... Eu era... Eu tinha sempre um grupinho que estava sempre fora de sala de aula, fazendo alguma coisa, sempre a partir de determinada idade, em momentos sempre tinha o cigarrinho de maconha pra animar esse momento”.*

Aos 16 anos vai morar em Israel, diz que a ideia da viagem veio da mãe que desde cedo percebia que ele era diferente dos irmãos, lembra que aos 9 anos ela o levou a um psicólogo *“Ela não entendia por que todo mundo obedecia ela, menos eu. No psicólogo, eu fiz vários testes, vários exames, e ele disse: ‘esse menino, não tem nada de errado com ele, pelo contrário, o problema do menino é que ele é inteligente demais. O problema é a senhora. Que não tem é pedagogia pra lidar com esse menino. O menino é inteligente, é perspicaz e é, é’... não lembro qual foi o termo que o psicólogo usou, na época. ‘E a senhora não resolve com ele do jeito que resolve com os outros’.”.* O psicólogo aconselhou que a mãe fizesse terapia, mas eles mudaram-se pra Brasília e os problemas no relacionamento entre eles se agravou. Por volta dos 15 anos, o pai assumiu cargo no Ministério da Agricultura e vivia viajando e a

mãe preocupava-se com A., *“enfim, me mandaram pra viajar pra ver se alguma coisa acontecia diferente na minha vida”*.

Foi para Israel para passar um ano, através de um programa de imigração jovem, que financia viagens àquele país para filhos de judeus do mundo inteiro, na tentativa de influenciar a migração deles para lá, já que o país tem um déficit de natalidade. *“Então, aí eu tive contato com droga é, e aí eu passei a ser um usuário mais recreativo, mais... é... Conhecendo, passei a conhecer mais drogas, eu passei a conhecer haxixe, passei a conhecer LSD, eu passei a conhecer heroína, eu passei a conhecer ecstasy, eu passei a conhecer tudo que é droga que você possa é, é... Eu tava num país europeu, praticamente, né? Então, tive contato com isso tudo. A droga que eu usava em Israel era o haxixe, né, em lugar da maconha e, é, basicamente, basicamente era a droga que eu usava, muuuuuuito recreativamente, muuuuito esporadicamente sempre quando alguém tinha, eu nunca comprei uma grama de haxixe em Israel, né, mas tive contato, foi a época que mais fumei, porque eu tinha mais oferta”*.

Em Israel, tinha a irmã da avó morando lá, não morava com ela, pois estava numa residência estudantil, mas passava alguns finais de semana com ela. Depois foi ganhando maior autonomia aprendeu a falar hebraico, já falava bem o inglês e viajou o País inteiro sozinho ou com amigos. Dessa época, relata além da experiência com as drogas citadas, um menor uso de álcool nas festinhas com os colegas da residência estudantil, *“mas se bebia muito pouco, eram todos muito jovens... uns dois ou três goles já embebedava, mas nunca foi minha praia, beber muito, bebida”*.

Apesar da disponibilidade de drogas nesse intercâmbio, A. diz que seu uso foi comedido, *“porque eu tava fora de casa, então eu tinha insegurança pra usar essas drogas, né... porque também tinha insegurança com o LSD, eu ficava, a paranóia me deixava inseguro, eu tava longe de casa, eu não tinha segurança do que podia acontecer. Eu sempre fui muito contestador, mas eu sempre fui uma pessoa muito atinada, eu sempre fui uma pessoa de muito pé no chão”*.

Ao voltar para o Brasil, aos 17 anos, se filiou ao Partido Comunista do Brasil (PC do B), participou da construção do Partido dos Trabalhadores (PT), foi um dos diretores deste, e começou a militar intensamente, *“o tempo todo de Brasília era assim: a maconha era uma droga muuuuito recreativa que eu consumia praticamente uma vez por semana, uma coisa assim, porque eu tinha muitas atividades políticas durante a semana, né, e em geral eu era é... eu tinha responsabilidade durante as atividades, então eu não podia tá muito chapado”*, diz que esse uso nunca foi descoberto pelos pais e nunca lhe trouxe prejuízos.

Quatro anos depois A. foi demitido do hotel onde trabalhava, paralelamente às atividades políticas, e decidiu voltar para Recife e morar com a avó. Pretendia sair da casa dos pais há um tempo, mas morando na mesma cidade que eles, diz não ter conseguido, pois poderia parecer um rompimento. Já em Recife, consegue um trabalho numa fábrica, por influência do pai, e conta do destino do seu primeiro salário: *“Eu me lembro que comprei 50 gramas de maconha no dia que eu soube que tinha arrumado emprego, porque o dinheiro que eu tinha dava pra comprar 50 gramas, já que eu tinha emprego, então, eu ia ter salário no fim do mês, né, me lembro muito bem disso”*.

Após três meses, conseguiu outro emprego, agora em uma seguradora e passou a morar em uma república, e além da maconha advém o uso esporádico de outra droga *“aí, a cocaína entrou na recreação, porque podia de vez em quando, né, no dia... Num mês o salário dava pra comprar uma cocainazinha pra fazer uma festa, era motivo... Era uma festa, era um acontecimento”*. Conheceu sua primeira esposa nessa república e descreve como era sua rotina nessa época: *“então, minha vida era assim, eu trabalhava, militava, tinha minha vida política partidária, tinha meu trabalho, meu emprego, tinha minhas relações pessoais e fumava minha maconhazinha normal, não me prejudicava, não fumava todo dia, (...) Usava cocaína muito esporadicamente, até porque o meu poder aquisitivo não dava”*.

Embora com uma função recreativa o uso de maconha e cocaína acompanham a história de A., e esse uso, no início, também é compartilhado com a esposa. Relata: *“Eu sempre fumei, sempre fez parte da minha vida, mas era sempre algo muuuito pouco usado, quase não usava durante a semana, mas se não tinha, passava duas ou três semanas sem, não era de sair louco atrás, nenhum problema. Eu tinha uma vida muito dinâmica”*.

A. situa o início de uma mudança no seu uso de drogas quando fez um curso de profissionalização política e conquistou um cargo no Comitê Central do PT. Passa a se relacionar com uma quantidade de pessoas diferentes, e entre estes, alguns eram usuários de cocaína e ofereciam essa droga com mais frequência.

Posteriormente, se afasta desse trabalho político, e aos 32 anos inicia a formação em Direito. Quando começa a advogar, sua condição econômica melhora e descreve este fato atrelando-o ao aumento de seu consumo de cocaína: *“aí eu passo a ter uma posição econômica, mas ainda assim, continuava recreativo. O que muda é somente que eu podia comprar, mas continuava recreativo e era uma coisa muuuito também de um fim de semana, um show. Não era assim, ah! posso comprar, então vou dar um taquinho, não! Era relacionado a alguma coisa diferente”*.

Uma mudança mais preponderante nesse uso começa há 10 anos, quando decidiu

mudar sua vida radicalmente. Separa-se da companheira com quem vivia há 18 anos e tinha uma filha, deixou todas as atividades políticas e partidárias que exercia e viveu uma crise com o ambiente judicial. Trabalhava num escritório de advocacia que fundou com um sócio quando ainda estava no 5º semestre de Direito e que tinha muitos clientes e se mantinha bem. Nesse tempo, o uso de cocaína se torna habitual, mas não identifica que lhe traga transtornos.

No entanto, há 3 anos, esse sócio do escritório morre e *“nesse momento eu passei a usar a cocaína com maior frequência, porque nesse momento também faltou o meu sócio, no escritório”*. Esse sócio tinha um problema crônico de alcoolismo, mas falece devido a um câncer e deixa o escritório com uma sobrecarga de trabalho e pendências para A., *“com a ausência dele [o sócio] e o agravamento da doença do escritório, eu tive que recorrer à cocaína para poder dar conta da produção e dar uma resposta à vida profissional e à minha crise depressiva, né... a esse transtorno que eu tava vivendo, Porque uma pessoa que num espaço de tempo curto rompeu com todos esses ambientes é porque eu tava passando por uma crise grande, só que eu não detectava, né. Então, a cocaína veio, saiu do ambiente recreativo para um suporte emocional e produtivo. Ela entrou ocupando os espaços, que eu fui dando a ela, e foi aí, que veio a adicção”*.

Nesse momento, A. está em seu segundo casamento e esses transtornos são contemporâneos ao nascimento de sua segunda filha, *“A rotina de uso foi sendo cada vez mais intenso, até que no auge, eu consumia 05 gramas por dia, todos os dias, de manhã até de noite (...) Minha depressão era gravíssima, virou um círculo vicioso. Na minha situação profissional cada vez eu respondia menos, cada vez eu tinha mais problemas, cada vez eu tinha mais problemas, cada vez eu tinha que responder de maneira mais emergencial, né, menos preventiva, então passou a ser uma situação insuportável. Então, eu só vivia à base de cocaína, mas eu sempre usei em casa, em casa ou na casa de alguém (...). Meu uso de cocaína não era mais um uso pra festa, pra balada, não era um uso recreativo, não. Era um uso para suportar a dor e a loucura de ser”*.

A., posteriormente, fecha o escritório e passa a trabalhar em casa, *“eu produzia em casa, ia na justiça entregava uma peça, fazia uma audiência, chutava a canela do juiz. Minha vida já tava um inferno. Eu já tava completamente transtornado. Eu já tinha afastado as pessoas, já não era uma pessoa é, é... com quem pudesse se relacionar, eu já tava muito agressivo. Eu já tava muito doente. (...) Usava chorando. Usava doendo. Não fazia nada. Só usava. Usava com dinheiro, usava sem dinheiro. Perdia tudo que tinha e o que não tinha”*.

A. diz que seu uso de cocaína tornou-se crônico, embora a esta altura, também reconheça que a maconha lhe trouxe e trazia problemas, sua esposa dizia que ele ficava mais intransigente

sob efeito. No entanto, o maior transtorno veio da cocaína, sentia-se “*sem ela, depressivo e imprestável, e com ela, impossível de conviver*”.

Quanto à função que a droga passa a ter na sua vida, ele relata “*Ocupava um vazio... e dava suporte. Anestesiava uma dor muito forte que eu sentia e não sabia como lidar com ela. Achava que isso tinha a ver comigo, com a sociedade e, na verdade, tinha um componente muito forte interno de uma má formação na infância, dessa relação de lidar com as angústias, com os dissabores, com as emoções pessoais. Então eu cresci lidando com os... problemas dos outros, os conflitos dos outros. Eu era especialista em lidar com os conflitos dos outros, mas não sabia lidar com os meus conflitos. Então a cocaína era o elemento que veio pra embotar isso*”.

Os prejuízos derivados dessa dependência foram enormes no campo profissional, embora não considere que tenha sido definitivo, pois hoje tem retomado suas atividades com a advocacia, e embora seja quase público seu problemas com as drogas, sente que as pessoas o respeitam e compreendem melhor porque veem que ele está em tratamento. “*Do ponto de vista psicológico, eu... acho que não tive prejuízos, eu acho que tive ganhos. Acho que o prejuízo era não ter descoberto isso que estou conhecendo hoje, de uma maneira geral. Hoje eu sou uma pessoa completamente diferente, uma pessoa que conhece aquilo que eu não conhecia, que não sabia. Então o período da drogadição e do uso pesado foram prejuízos horríveis, momentos horríveis, de perdas e de sofrimento, né, psicológico, etc. né. Mas esse processo de entrega e de doação, e dedicação ao tratamento eu acho isso um ganho, uma conquista*”.

Na relação com a família distingue os prejuízos, “*com meus pais, os prejuízos foram grandes no sentido das preocupações, dos mal-estares, das angústias provocadas, mas hoje, no estado em que tô, eu sinto ganho também, de ter conquistado, um outro espaço, né. Minha mãe é uma pessoa que hoje se dedica a restabelecer uma relação comigo. Ela reconhece sua participação na minha trajetória, sem que tenha tido nenhuma relação de culpa, etc. Ela se implica no meu tratamento, ela se implica no restabelecimento familiar. Meu pai é uma pessoa que se dedica a mim 24 horas, é uma pessoa que me ama muito. E eu é, é... que sempre os amei muito, hoje tenho uma relação que nunca tive com minha mãe. Meus irmãos... sempre só cresceu a relação com eles, só melhorou. No aspecto moral, minha palavra ficou prejudicada durante o período todo, né, mas isso vem sendo recuperado, isso vem sendo aos poucos, recuperado. O maior prejuízo é o do espaço familiar com minha esposa, porque foi quem mais sofreu, né, foi quem mais sofreu, (...) porque eu estou casado novamente há 10 anos, e ela quem pegou a barra toda*”.

Quanto aos prejuízos sociais, diz viver em um maior isolamento, distanciou-se muito das pessoas quando seu uso de cocaína tornou-se grave, deixou de fazer saídas e restringiu-se ao uso em casa. E agora, relata ainda viver restrito do convívio social, porque no último um ano e meio passou a maior parte do tempo internado.

Histórico de tratamento e enfoque no internamento atual

Em 2011 A. diz que procurou um psiquiatra, que é um dos diretores do RAID, e ficou por quase um ano em tratamento ambulatorial, *“passei esse período em ambulatório, mas é... ainda tava muito adoecido. Muito adoecido. Aceitava que estava doente, mas não aceitava a doença. Ia ao ambulatório, mas cheirava pra ir pro ambulatório”*. Paralelamente iniciou psicoterapia com outro profissional. Após um tempo de tratamento, esses profissionais indicaram o internamento. Relata que ficou por um mês indo às reuniões de família do RAID, que acontece às quintas-feiras, para conhecer o ambiente e decidiu se internar no dia 28/05/2012. Escolheu o Instituto por indicação do seu psiquiatra, e esta indicação foi reforçada por familiares e amigos que referenciavam o espaço como sendo o mais qualificado.

No início do internamento, A. teve problemas com o psiquiatra que lhe acompanhava porque não conseguia aceitar a condução terapêutica deste, solicitou mudar de médico, e após discutir o seu encaminhamento, A. passou a ser referenciado pelo outro psiquiatra do Instituto com quem até hoje vem sendo acompanhando, sobre esse período, ele diz *“eu tive uma perda, porque não havia razão nenhuma que justificasse deixar de ser tratado por aquele médico, mas tive um ganho, porque passei a ser tratado pelo outro médico que não deixa nada a dever, né. Mas sem fazer nenhum juízo de valor obviamente, se eu pudesse não ter mudado eu não teria mudado, foi uma bobagem de quem tava muito doente”*.

Sobre o percurso do internamento conta que ficou internado de maio a julho/2012, totalizando quase 2 meses, então passou a ser hóspede-dia, participando das atividades semanais do tratamento em dias combinados. No entanto, após 15 dias nessa nova modalidade recaiu, fez uso pesado de cocaína durante uma semana e decidiu se re-albergar, era véspera de seu aniversário.

Nesse segundo internamento, a principal diferença é que repassou os trabalhos de advocacia para um colega acompanhar, liberou-se de todas as atividades profissionais, as quais durante o primeiro internamento estiveram muito presentes, *“então, desta forma eu não tinha por que e para que estar preocupado com o mundo externo, isso me permitiu fazer um mergulho profundo e dedicado, doloroso, mas necessário”*. Passou cinco meses internado integralmente, fazendo saídas no final de semana e outras saídas combinadas. Depois passou

um mês fora da instituição, de férias com a família, retornando em março de 2013 para seguir em tratamento como hóspede-dia.

Aí, eu fiquei como hóspede dia, tava indo muito bem, muuito bem. O escritório me acolheu plenamente começou a me dar responsabilidades, e se me der dois litros de gasolina eu voo. Então eu tava indo excelentemente muito bem, comecei a ter conquistas, comecei a trilhar áreas novas do escritório, comecei, enfim tava indo de vento em popa, a jato, né, tava indo é, numa velocidade além da estrutura emocional que eu havia adquirido, numa velocidade superior à minha estrutura emocional e às ferramentas que eu havia construído para me manter sóbrio permitiam. Então, logo veio o sucesso e aí, eu recai. E desenvolvi uma manipulação. Recai e passei a usar de maneira controlada, então eu usava e parava de usar. Usava, trabalhava, ia pra casa, trabalhava, usava, não usava, de forma que o comportamento só era percebido por minha esposa. Mas, eu conseguia usar e parar a hora que eu queria. Isso me fazia crer que eu estava curado e podia voltar a ser um usuário esporádico controlado e que, portanto, era suficiente que eu enganasse minha mulher, para poder conviver com a droga, e dizer a minha esposa que não convivia pra poder ir convivendo com ela e com a cocaína. Isso foi uma bobagem que é... piorou tudo. Piorou tudo porque fez com que minha esposa sofresse mais ainda. E eu insisti nessa bobagem, de abril até agosto desse ano.

Sobre as diferenças no que percebeu como motivação para a primeira recaída, após o primeiro internamento, e nessa segunda recaída, após o segundo internamento A. diz:

Na primeira recaída, que foi em agosto do ano passado, o determinante era que eu não sabia onde estava o meu problema. Eu imaginava que a minha instabilidade emocional estava relacionada ao problema de depressão, por conta de ter feito um movimento muito brusco na minha vida, num período curto de 03 anos, e que isso tinha me levado a uma situação de inconsistência, aliás, de fragilidade, faltou chão debaixo dos pés, etc., etc. Logo isso se demonstrou impreciso e incorreto, absolutamente incorreto porque a primeira frustração ou a primeira angústia maior me levou ao uso novamente. Então, eu continuei a ter necessidade de recorrer à cocaína toda vez que tinha uma frustração ou uma angústia no ambiente pessoal. Foi quando retornei para o segundo internamento e passei a conhecer isso, então eu passei descontentamento com a imersão, o mergulho, as descobertas, a terapia e os grupos, etc., eu fui fazendo descobertas.

A recomposição de todo o histórico com a ajuda de minha mãe, de meu pai, dos meus irmãos, das minhas ex-esposas, todos eles fizeram várias sessões conjuntas comigo de terapia, conversamos muito, escrevi vários textos, né. E então, tudo isso foi possível vir à tona, todo esse processo foi sendo conhecido. Então, isso foi me dando condição de estruturar, era estruturante. Daí, após o segundo internamento, quando eu voltei a ter contato com a cocaína, foi porque ainda assim, o ambiente das emoções pessoais ainda era, me era muito, muito frágil. Ainda que eu já conhecesse isso, já não era desconhecido, mas ainda era muito frágil. Então eu fiz uma opção, que foi a opção de usar. Eu passei a usar por opção na tentativa de ter prazer. Foi um desastre, porque o uso me dava prazer, voltou a me dar prazer, o que era diferente do período que eu usava na minha drogadição pesada, porque ali já não me dava muito prazer. Mas o custo desse prazer era incalculável. E eu levei muito tempo pra descobrir que não, não valia a pena. Descobri que não conseguia fazer um uso controlado.

Durante esse período de recaída, que durou quatro meses, A. seguiu no tratamento ambulatorial. Diz que mentia para todos, afirmava estar em abstinência e apenas a esposa não acreditava nele. Foi quando decidiu solicitar o re-internamento porque achava que só nessa modalidade poderia interromper o uso e retomar o tratamento. Portanto, no momento desta entrevista, A. está há quatro meses internado pela terceira vez e próximo de ter alta terapêutica.

Quando perguntado sobre o modelo de tratamento do RAID A. diz:

É um modelo que combina autoconhecimento com reorganização. Reorganização, inclusive, no sentido amplo da palavra. O fato de aqui os pacientes serem voluntários, na verdade traz consigo uma responsabilidade maior, porque nesse caso, a condição pra você continuar em tratamento é você ter uma capacidade maior de lidar com seus problemas, porque se a porta tá aberta, significa que você precisa de maior capacidade pra lidar com os conflitos, com as dificuldades, com os transtornos, né, porque se tá aberto é só pegar o beco, né. Então, é um desafio maior para as pessoas que se tratam aqui no RAID. Então, assim eu passei por muitas dificuldades aqui, dificuldades muito grandes, e como eu sou uma pessoa muito determinada, consegui superar os momentos mais difíceis, mas foram muito difíceis, muito difíceis. Sair desse mundo da drogadição, principalmente pra pacientes gravíssimos como eu, como eu fui, é algo que demanda todo um conjunto de capacidade própria, de bons médicos e uma clínica

com uma estrutura e um método terapêutico muuuuito, muito experiente. Por que é algo com muita dificuldade, porque você, você tem que se transformar, se re-transformar completamente e isso pra uma pessoa com 50 anos de idade, ter que em um ano e meio ser outra pessoa completamente diferente... Eu me forjo conscientemente há mais de 30 anos, e to tendo que re-forjar em um ano e meio. Então, eu hoje me sinto outra pessoa completamente diferente, graças a esse tratamento que eu faço.

Sobre as mudanças que observa em si durante o percurso dos tratamentos, A. diz:

A primeira mudança é descobrir, lidar, com aquilo que era desconhecido, né. Então, a primeira coisa é reconhecer que nada sei, né. Aquela história do 'só sei que nada sei'. Você não é merda nenhuma, não vale nada, né. Então, a arrogância, a prepotência isso é uma coisa que tem que ser completamente superada porque, na verdade, a gente não é porra nenhuma. E nem mesmo a gente próprio, a gente conhece. Então, no meu caso, eu convivia com uma pessoa que tem dentro de mim que eu não fazia a mínima ideia que existia. Eu fui derrotado por mim mesmo. Não foi ninguém que me levou. Não foi um acidente, não foi nada que me destruiu, que me levou a, a ser escravo da cocaína. Não! Eu que sempre fui libertário, revolucionário... De repente me vi escravo da cocaína por uma circunstância por mim desconhecida de mim mesmo. Então, essa é a primeira coisa: a humildade de buscar conhecer-se. Segundo, é aceitar, conviver com as diferenças, lidar com elas, a conviver com elas, conviver com aquilo que por você não é entendido e não é compreendido. Terceiro é procurar reconstruir um ambiente de vida que tenha outros objetos de prazer. Assim... é... a droga ela dá muito prazer, né. Mas, por exemplo, nesse último fim de semana, ter sentado no colo da minha filha de 06 anos e ver ela tentando cortar minha unha do pé, também me deu muito prazer, um prazer enorme. Quase chorei de tanto prazer, de alegria disso, então é descobrir isso, é produzir isso, né. Isso é um aprendizado, uma reconstrução. Então é todo um começo. Ao mesmo tempo, descobri que é possível continuar exercendo a advocacia, apesar dessa justiça, injusta. Não ser menos, ser mais impessoal, no sentido, de... ser mais técnico, mais profissional e menos militante. Então, isso também, têm sido descobertas que eu tenho feito.

Pergunto o que no tratamento o ajuda mais e ele responde:

O ambiente protegido, os grupos, a terapia. O fato do funcionamento do RAID ser pautado pelos grupos é um funcionamento fantástico. Os grupos potencializam

aquilo que você realiza de descobertas de tratamento, numa terapia o grupo potencializa. Primeiro porque ele é cotidiano, então você faz 02, 03 grupos por dia. Então, a experiência que você tem, a convivência com pessoas que estão em fases diferentes do tratamento, convivência com pessoas de diferentes experiências de vida, diferente idade, classe social, convicção política, religiosa... Isso é muito rico e potencializa todo esse tratamento. Então, os grupos, eles permitem esses saltos, permitem verdadeiros saltos. O tratamento se torna muito intenso com os grupos. E os grupos no RAID, o fato deles serem múltiplos, no sentido que você tem grupo dedicado a reorganizar o funcionamento e a harmonia da casa. Outro grupo que permite que você assistindo a um filme, busque emoções, e que você trabalhe a partir daí, da vivência com aquele filme, com um texto, com um livro. Tem ainda, grupo de arteterapia, grupos lúdicos, então esse conjunto, essa multiplicidade de grupos lhe dão sempre uma oportunidade de você conversar consigo mesmo e de lidar com suas entranhas, com seus desconhecidos, lá... internos, com emoções, com sentimentos. Talvez se fosse só o trabalho de análise pessoal, levaria muitos anos, então, aqui você tem essa potencialização.

Quanto à especificidade do internamento voluntário ele conta:

Você tem oportunidade de estar por conta própria, se disponibilizando a buscar o tratamento, a se implicar no tratamento. O fato de você tá se implicando no tratamento, porque é realmente você que tá ali imbuído disso ou porque você precisa, porque senão vai morrer, né, ou seja, o desejo é muito menos desejo e mais uma necessidade. Porque se você tá fazendo isso pra dar uma satisfação pra alguém, isso assume momentos de maior ou menor importância, maior ou menor relevância, mas o fato é que se permite que, de fato, as pessoas busquem, por conta própria, isso lhe responsabiliza, o torna responsável pelo seu tratamento.

Após a alta **A.** pretende seguir com combinações para ficar como hóspede-dia e manter-se no tratamento ambulatorial, e diz que terá muitos desafios para não usar drogas. Deseja seguir conquistando a confiança da família e “manter os pés no chão” no âmbito profissional para não atropelar-se. Diz que conta com um esquema de medicação ansiolítica e antidepressiva e seguirá cuidando de si.

Discussão da Entrevista 1

A. faz articulação de seu uso de drogas com conflitos vividos na infância. Sua relação com a mãe apresentava-se a partir de uma constante negação de seu lugar referencial de alteridade. Seja por impossibilidade de estabelecer uma lei simbólica que tivesse consistência - talvez pela ausência-presença do pai que instabilizava a operação do Nome-do-pai, como se nome e pessoa precisassem estar colados - seja, pela impossibilidade de aceitar os limites e demarcar a transgressão ao desejo materno como imperativo, A. goza, tomando a mãe como outro, pequeno, rival, fundante no jogo das identificações.

Sua tentativa constante de romper com a mãe aprisiona-o por identificação à dificuldade de lidar com a falta, tal como diz que a mãe tinha. Diz que ela não dá conta dele enquanto que a relação entre os irmãos e a mãe é descrita como completa. A falta não é veiculada para A. como estruturante, as divergências entre ele e a mãe, a dificuldade de articular o seu desejo enganchando-o no dela aparece como uma constante. Não dar conta não significa não contar, não fazer parte, mas a falta de habilidade da sua mãe para entendê-lo relega-o a um espaço fora de qualquer relação possível, que não seja de confronto. Parece haver uma reivindicação imaginária do que lhe faltou ser transmitido.

A mãe mantém-se para A. estrangeira, tanto na nacionalidade quanto na relação afetiva, e parece que essa marcada exterioridade está no campo da desautorização da mãe como figura de autoridade. Ele sublinha que vem da mãe a ideia de envia-lo para Israel, ou seja, concede-o a experiência de também ser estrangeiro, ou ainda, de ir como estrangeiro à terra materna. Quanto ao pai, “*era do Partido*”, sabia conversar, poderia funcionar com embaixador, no entanto, marca-se mais pela ausência. A filiação de A. com a política pode ter sido um caminho para transitar entre a casa e o mundo, encontrar uma causa, identificar-se com o pai.

Faz parte do tratamento a reflexão sobre a história familiar, bem como, sobre as queixas edípicas que A. traduz, possibilitando uma maior elaboração e deslocamento do lugar “*contestador*” que assume. No grupo de autobiografia, assim como nos demais grupos, e também na terapia individual, é possível questionar essa apresentação do pai e da mãe possibilitando uma reedição e implicação sobre a função desses pais. Podemos apontar uma subversão importante, quando A. assume que sua relação com as drogas parece conectar-se com sua história familiar e não com as questões genéricas da injustiça no mundo tal como enunciava durante a entrada no primeiro internamento. Do “*conflito velado*” pôde dar palavras, implicando-se.

O uso de drogas acompanha toda a história de A., inicialmente com um caráter recreativo, mas esse uso avança para compulsivo e crônico, e ele localiza que “*nesse momento também faltou o meu sócio no escritório*”, sublinho aqui o “*também*”, onde A. parece reviver a presença de uma falta anterior, que também lhe causa impasses. Será que a falta do sócio e a impossibilidade de dar conta do escritório apontam questões existenciais que surgem de forma altíssima e insuportável para A.? Estaria aí posta uma questão fálica? A droga vem como suporte para sustentar sua imagem narcísica? Aliena-se na droga e recusa a significação fálica?

A. refere uma depressão profunda e a necessidade de usar cocaína para lidar com “*a dor e a loucura de ser*”. Temos aqui a delineação da subversão que o tóxico faz na droga, atestando um valor na vida psíquica, cumprindo uma função na existência do toxicômano. Nessa leitura, aproximamo-nos das toxicomanias de suplemento, A. parece enfrentar-se com a castração reeditada em sua crise com o Direito e com a solidão no escritório. Parecem ausentar-se nesse momento, significantes paternos, tal como o pai foi reclamado ausente anteriormente. Esse pode ter sido um ponto de apoio para a virada entre um uso recreativo e o tóxico (quando se torna um “*suporte emocional e produtivo*”). Ser toxicômano, identificar-se nesse lugar, é também uma tentativa de filiação, uma identidade provisória que A. assume após entrar em crise com as malhas da política e do Direito, ou seja, há uma queda do pai.

O paradoxo da montagem toxicomaniaca é apontado em relação à cocaína quando diz “*sem ela, depressivo e imprestável, e com ela, impossível de conviver*”. O uso da droga passa a ser um tóxico, cai no registro da impotência, gerando depressão e vontade de morrer, e, ao mesmo tempo, sustentando-se enquanto uma forma de vida. O impasse é de que só é possível ser dejetivo: “*Você não é merda nenhuma, não vale nada*”, ou ser algo que deveria estar fora, que não se convive, deveria ser expulso, retoma aqui as questões com a mãe, colocando-se tal como ela, enquanto estrangeiro e insuportável?

A. aponta como ganhos do seu uso de drogas, no ponto de vista psíquico, a própria condição do tratamento. Dizendo que só pôde iniciar um trabalho psíquico devido à gravidade de seu uso de cocaína, e dessa forma, teve acesso a falar do que lhe é desconhecido, falar de dificuldades emocionais enraizadas, e intolerância à frustração: “*De repente me vi escravo da cocaína por uma circunstância por mim desconhecida de mim mesmo*”. Tal percepção reforça uma subversão que a escuta psicanalítica no enquadre clínico-institucional possibilita. Ao ocupar-se de ouvir a função do tóxico, há viabilidade de um descolamento da queixa, no que diz respeito ao uso de drogas para fazer questão ao sujeito do desejo e seus vieses. O tratamento objetiva colocar o sujeito em posição de demanda analítica.

Sobre o trabalho da instituição, Conte (2003a) encoraja que, na leitura de um imperativo de “necessidade”, tal como A. anuncia: “*eu tive que recorrer à cocaína para poder dar conta da produção e dar uma resposta à vida profissional e à minha crise depressiva*”, a equipe possa trabalhar “no sentido de pontuar, construir e interpretar, de tal forma que as “necessidades” do “tóxico” deslizem pelos significantes, produzindo demandas, indícios de desejo” (p. 141-142).

Do ponto de vista familiar, A. reconhece melhorias no relacionamento, maior implicação da mãe na relação com ele ao longo do tratamento, como se, a partir da experiência com a droga fizesse um silencioso apelo. Assim, no ato da intoxicação, visa-se ao apagamento da terceiridade, busca fugir desse encontro com o Outro, não ter nada com ele. Mas ao suspender a intoxicação, as falas fazem ouvir que o recurso ao tóxico sinaliza dificuldades no laço social, todavia, o toxicômano não está fora do laço social como pretende fazer parecer.

Sobre as mudanças que percebe em si, ao longo do tratamento, A. fala do desafio de lidar com o desconhecido, reconhecer um não saber, essa divisão subjetiva é o oposto do que os episódios toxicomânicos realizam. Na toxicomania, a abertura do corpo a um gozo ilimitado toma o psíquico como afecção, ou seja, é o estatuto de sujeito dividido que busca ser reparado.

Ao consentir na sua divisão, caminhando a partir do que lhe é desconhecido, ou seja, admitindo que algo não lhe é consciente A. pode levar em conta a raiz das contradições de seu uso: ao mesmo tempo em que, conscientemente, tentou parar de usar, as suas recaídas eclodem e produzem descentramentos, uma abertura para investigação sobre o desejo. A. Coloca o tóxico como sintoma a ser lido, que o ajudou a ter acesso a sua própria psicopatologia. É assim que “A entrada de um sujeito toxicômano em tratamento de análise tem início a partir da possibilidade de enunciar a seguinte interrogação: o que querem de mim?” (Conte, 2003a, p. 116).

Como fundamental no tratamento institucional A. fala dos grupos e do funcionamento da instituição a partir da coletividade. Se a toxicomania pode ser descrita como um encapsulamento num gozo auto erótico e autístico, é interessante que o outro ou o Outro possam ser considerados como fundamentais. Seja no outro toxicômano, buscado a partir de uma relação especular, ou no Outro da lei, da diferença de lugares que a instituição representa, parece haver o testemunho de que o manejo institucional pode realizar um suporte para o encontro do toxicômano no campo do Outro, sem que, todavia, esse compasso seja insuportavelmente ameaçador.

No entanto, esse é um manejo delicado, a instituição precisa estar atenta ao percurso que vai sendo trilhado, porque no início de seu primeiro internamento A. lembra que rompeu com o analista que fez sua orientação para o internamento e que o acompanhava até então. Estaria aí presente uma tentativa de dar o troco ao analista, na medida em que orientou a suspensão da droga via internamento voluntário, A., então, suspende o analista, o destitui do seu lugar? A. é tomado por uma invasão do Outro, portanto, insuportável? A flexibilidade da instituição ao encaminhá-lo a continuar o tratamento com outro analista parece ter propiciado que, nesse internamento enquanto a entrevista acontece, A. testemunhe uma retificação subjetiva quanto ao analista anterior: “*se eu pudesse não ter mudado eu não teria mudado, foi uma bobagem de quem estava muito doente*”. A. traduz como compulsório e imperativo seu ato de rompimento naquela ocasião, podendo elaborar algo dali apenas no só-depois.

Ainda temos sinalizada a importância dos grupos ao incentivar um exercício fundamental na possibilidade de subversão do sujeito. Se o tóxico tampona as questões existenciais, colocando a resposta automática da droga para não ver cintilar o sujeito, a fala, a associação-livre, a tentativa de responder sobre o que deseja nos grupos e após eles, é consonante com a subjetivação. Produzir um sentido para a toxicomania é convocar um sujeito, é dar voz aos sintomas, entrelaçando-o com a história de vida.

Um significante marcado por A. como responsável por sua recaída após o tratamento iniciado, foi o sucesso, ele diz: “*Então, logo veio o sucesso e aí, eu recai*”. Retomaremos mais detalhadamente o paradoxo próprio ao sucesso na entrevista 02, quando se apresenta com grande veemência. Desde já, no entanto, sinalizamos a dificuldade de sustentar o sucesso, as realizações e as construções como muito presentes nessa clínica. Ao contrário dos sentidos para o tóxico se evidenciarem sempre em traumas e conflitos, outra face é vista, não necessariamente desvinculada da primeira: uma impossibilidade de suportar o crescimento. Esse funcionamento contém conflitos edípicos, aponta para identificações primordiais, dá testemunho do infantil que habita no adulto. Essa leitura é possível porque, para a Psicanálise, o infantil não é sinônimo de infância, está para além da cronologia dos primeiros anos de vida. Assim, o infantil é definido como “o trabalho psíquico necessário para transpor a posição de objeto de gozo do Outro, almejando a posição de sujeito desejante” (Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 1990, p. 08).

Ainda no âmbito da recaída, fala não ter assumido prontamente, e que, apesar da desconfiança da esposa, A. mente: “*era suficiente que eu enganasse minha mulher, para poder conviver com a droga, e dizer a minha esposa que não convivia pra poder ir convivendo com ela e com a cocaína*”. Essa fala aponta para uma lógica fundada em um a-

mais de gozo, onde não há espaço para perdas. Ilustra a tentativa do toxicômano, tão coerente com a pós-modernidade, de liberar-se de qualquer mal-estar. Esse modo operativo é encenado no filme *Admirável mundo novo*⁵⁰, do qual transcrevo um trecho da fala do narrador:

Tudo é perfeito e ensolarado. Agradecemos por viver agora. Nunca deixe para amanhã a diversão que você pode ter hoje. Cidadãos do mundo tenham uma feliz terça-feira. Esta noite o mundo está em paz porque estamos drogados e unidos. Assim, deixem as verdades e divirtam-se. Sejam felizes. Não deixem ninguém de fora. Lembrem-se: Cada um pertence a todos e todos pertencem a cada um.

A toxicomania é demarcada como sintoma recente (Escotado,1994) e sua localização enquanto uma patologia visa suprimir a dor e sofrimento que compõem a própria etimologia da palavra ‘patologia’⁵¹. O funcionamento legitimado no social pós-moderno é um gozo do excesso, faz parecer que não há perda articulável, a busca é por uma contínua satisfação que não mede consequências. Essa fala de A. aponta como o sintoma individual e o sintoma social são intrincados. E, ao contrário da negação da incompletude e recusa ao limite, consonantes com a pós-modernidade, A. aponta uma abertura para subjetivação que se coaduna com a decisão de ter seu terceiro internamento, quando diz: “*Descobri que não conseguia fazer um uso controlado*”. A. parece internalizar algum interdito, a falta de controle de seu uso de drogas aparece como uma questão que o indaga sobre um horizonte com limites, ao invés do horizonte infinito.

É possível localizar aqui, que as especificidades para a entrada no internamento são variáveis dentro de um mesmo caso. Contar com alguns internamentos, ao contrário de ser lido como fracasso, condiz com o tempo lógico necessário para cada sujeito interrogar a função da droga. Algumas pessoas, tal como A., terão diversas entradas na instituição, e isto não desqualifica o modelo de tratamento. Trabalhar com a voluntariedade é admitir que cada sujeito fará um percurso que inclui, desejo, possibilidades e resistências e, portanto, é uma trilha singular que implica uma originalidade no acompanhamento por parte da instituição.

⁵⁰ Título original “*Brave New World*” (1998). Baseado no livro homônimo de Aldous Huxley (1932), que denuncia os aspectos desumanizadores do progresso científico, apresentando uma padronização do produto humano.

⁵¹ Segundo Zimerman (2012), a etimologia é composta dos étimos gregos *pathós* (= dor, sofrimento) + *logos* (estudo de, tratado, palavra), “designa um aprofundado *estudo das doenças* em geral, que causam sofrimento ou que ameaçam provocar sérios danos ao organismo; porém, também pode indicar um sofrimento mais específico, como, por exemplo, o derivado *psicopatologia*, que alude mais diretamente às doenças (*pathos*) que são próprias da área *psico* (designa *mente, psiquismo, alma, espírito*)” (p. 201).

Sobre isto, Oliveira (2012) diz:

No imaginário popular, os “serviços para drogados” são, como o desejo das famílias, restritivos e punitivos, a ideia de um espaço onde ele seja o protagonista é estranha à maioria dos nossos usuários. O respeito ao seu direito de decidir o uso de drogas precisa estar presente para o técnico e para o usuário. A possibilidade de que alguém escolha a droga como forma de comunicação com a sociedade tem que fazer parte do elenco de decisões da vida de cada um. Quem vem ao serviço quer ajuda, admita ou não. Há sempre a possibilidade de identificarmos motivação, no mais desmotivado dos usuários. Como diz o poeta *é sempre bom lembrar que o copo vazio está cheio de ar*, é sempre bom lembrar que há sofrimento e solidão associados ao uso nocivo/dependência de drogas. É este sujeito que nos procura sem consciência de sua situação, na maioria das vezes, mas com potencialidades de enfrentamento diferente da vida (p. 01).

É assim que tais potencialidades e elaborações serão construídas ao longo do tratamento. E a subversão do sujeito pode ser consentida, tal como A. atesta: *“Eu me forjo conscientemente há mais de 30 anos e to tendo que re-forjar em um ano e meio. Então, eu hoje me sinto outra pessoa completamente diferente, graças a esse tratamento que eu faço”*. Um dos significados para o verbo forjar é “modelar com esforço”⁵², e abrange o que Freud (1916) descrevia como sendo uma tarefa do trabalho psicanalítico “trocar uma dose imediata de prazer por uma mais segura, ainda que adiada, (...) pede-se que ele [em referência ao paciente] avance do princípio de prazer para o princípio de realidade pelo qual o humano maduro se distingue de uma criança” (p. 326).

Ao falar sobre a importância do internamento voluntário A. diz que a manutenção do tratamento nessa modalidade se apresenta com “*responsabilidade maior*” e conclui com asserção bastante ambivalente: *“O fato de você tá se implicando no tratamento, porque é realmente você que tá ali imbuído disso ou porque você precisa, porque senão vai morrer, né, ou seja, o desejo é muito menos desejo e mais uma necessidade”*. Em sua fala, A. traz um conteúdo importante que o manejo institucional precisa estar advertido. Ao dizer que a voluntariedade permite ser “*responsável pelo tratamento*”, mas ao mesmo tempo situar que essa implicação e responsabilidade se ancoram na “*necessidade*” de manter a vida, temos a

⁵² Referência encontrada em <http://www.lexico.pt/forjar/>. Acessado em 14/02/2014.

composição de uma dualidade pulsional. A pulsão como já vimos com Lacan (1964/1998) “divide o sujeito e o desejo” (p. 867) e isso se dá devido ao desprendimento da necessidade, é sempre a tentativa de satisfazer o desejo que é a mola da vida. No entanto, no campo das toxicomanias Lebrun (2004) diz que há uma necessidade absoluta da droga, refuta-se o confronto com o mal-estar inerente ao desejo e há uma reivindicação de dispor do objeto droga como um puro objeto de necessidade.

Valas (2001) diz que “o desejo não deve ser confundido com a necessidade”, pois, “enquanto a necessidade pode encontrar satisfação em um objeto adequado, a satisfação do desejo pertence a outro registro” (p. 11). Desse modo, a satisfação de um desejo é sempre referida a uma satisfação subjetiva, daí talvez, porque A. intuitivamente anuncia que o “*desejo é muito menos*”, pois o desejo “é a ilusão da falta do objeto” (Valas, 2001, p. 199).

Portanto, compreender a entrada no tratamento como uma necessidade para conservar a vida pode parecer uma motivação essencial, no entanto, o corpo pulsional não tem compromisso com a sobrevivência. Desde a teorização da compulsão à repetição e do mais-além do princípio do prazer, Freud já demonstrava que o homem pode buscar a dor como prazer, e o desprazer como prazeroso. Se uma instituição de tratamento atenta à diferença entre o dito e o dizer puder tomar a fala de A. como uma metáfora, verá que, apesar de toda disponibilidade para “*manter os pés no chão*” e seguir em tratamento, pode nisto, está reproduzindo o discurso institucional, o que acredita que deve ser o certo a dizer. No entanto, acompanhando os significantes em curso, ao longo do tratamento, pode verificar que as dificuldades em trilhar a via do desejo, em lidar com o paradoxo próprio ao ser sujeito, que estão sendo anunciados, há grande resistência de ceder da busca pelo objeto droga enquanto objeto que pode trazer a completude, e por isso, tão necessário.

As intervenções precisam seguir no sentido de viabilizar uma elaboração da função da droga e, ao mesmo tempo, apontando que as dificuldades encontradas na trilha do desejo é a única barra ao gozo, apostando assim, que a entrada em tratamento veicula sempre uma demanda, ao invés de uma necessidade.

5.2. Entrevista 2

Dados pessoais e história familiar

B., tem 35 anos, é advogado com duas pós-graduações em Direito e é estudante de Ciências Contábeis. O pai é engenheiro agrônomo aposentado, e a mãe é pedagoga de formação, mas trabalha como profissional liberal de vendas. B. é o filho mais velho, tem um irmão que tem a profissão do pai e mora fora do País, e uma irmã mais nova, que se formou em medicina, em Cuba.

Conta que teve uma infância boa, morava no litoral de Recife, e brincava muito na rua e na praia. Como fato relevante e negativo, diz que fez xixi na cama até uns oito anos de idade, e que o pai o fazia descer todas as vezes, ou seja, quase todos os dias, com o colchão mijado para colocar no pátio do prédio, *“isso me deixava extremamente mal, porque meu prédio tinha muita gente, é um prédio de 13 andares com 04 apartamentos por andar. Então, era muita turminha jovem, muita, eu tinha muitos amigos. Então, nisso eu tava naquela fase de começar a querer paquerar, não sei o quê... E isso me, me causou assim... é o fato relevante mais negativo, que eu trago comigo da minha, da minha infância”*. Esse comportamento era interpretado pelo pai como safadeza, B. diz que nunca entendeu o porquê dessa incontinência urinária noturna, mas tinha muita vergonha. Esse problema cessa quando a mãe o leva a um médico que receita uma medicação para tomar por 30 dias. No entanto, B. diz conservar a sensação de que faltou um maior tato do pai para lidar com a situação. Conta que o pai perdeu o próprio pai muito cedo, e acha que é por isso que o pai sempre foi oito ou oitenta na criação dos filhos.

B. não consegue se lembrar de outros fatos relevantes da infância e acha que tem a ver com o fato de ter começado a beber e fumar aos 14 anos. Mas considera importante dizer que se percebia, desde muito cedo, com um comportamento muito mentiroso: *“vivia alguns comportamentos assim, já distorcidos, algumas coisas... tirava dinheiro da bolsa da minha mãe pra jogar vídeo game. Alguns comportamentos que não eram legais, não eram... digamos assim, de uma pessoa normal. Não estou dizendo que não sou normal, mas é... tinha algumas falhas de comportamento”*.

Quanto à dinâmica familiar, diz que foi criado com horários e disciplina, e que a família tinha uma estrutura sentimental muito sólida. Sentia-se amado pelos pais e sempre teve bom relacionamento com os irmãos. Descreve esse período:

A relação familiar em termos de sentimentos sempre foi muito, muito rica, sempre houve muito amor, sempre houve muito carinho. Eu sempre fui uma pessoa muito

carinhosa, mas assim, existia uma disciplina e um rigor de comportamento muito forte por parte do meu pai. Meu pai exigia, por exemplo, todo mundo na mesa na hora da alimentação de camisa, não podia falar, não podia... Então a gente tinha essa... Eu particularmente tinha e tenho uma restrição muito grande de conversar com eles, de me abrir com eles, de ter eles como meus amigos digamos assim, ou como meus confidentes ou como aquelas pessoas que, de fato, me ajudam de uma forma mais sentimentalmente, digamos assim. Eu não tenho essa proximidade do meu pai e da minha mãe pra tá chegando pra eles, pra dizer que eu tô, por exemplo, sofrendo, tô sofrendo porque minha namorada me deixou ou tô sofrendo porque aconteceu alguma coisa errada na minha vida. Não tinha essa aproximação, né. Era... existia aquela hierarquia, do pai e mãe e filho, né, e a gente se virava nós três como irmãos. Um era muito cúmplice do outro, então talvez por isso, por existir essa diferença, essa hierarquia, criou-se essa ligação tão forte entre nós, irmãos. E eu como mais velho, tinha uma demanda maior. Tinha minha demanda e não tinha ninguém acima de mim pra, pra recorrer. Eu fui muito carente dessa orientação psicológica, de orientação de muita coisa, que eu notei mais na frente, que ficou um hiato, um buraco. Faltou esse tipo de orientação sentimental de eu saber lidar com meus sentimentos, saber lidar com minha ansiedade, saber lidar com minhas frustrações, com minhas decepções amorosas, né, ficou muito buraco assim, meio vazio, né, de... resposta, de orientação. Eu ficava sempre perdido, ficava sempre flutuando num, num, na... no que minha cabeça produzia.

B. acredita que precisava ter tido acompanhamento terapêutico desde a adolescência, mas que os pais eram muito céticos em relação a esse tipo de tratamento. Dessa fase da vida, diz que não falava muito com os pais nem com ninguém sobre o que sentia e que se expressava na rua:

eu expressava bebendo, pichando muro, me expressava sendo, digamos assim, o oposto do que eles queriam que eu fosse, digamos assim, né. É tive fases de todo tipo, eu gosto até hoje de pegar onda, não pego onda mais porque tô gordinho. Então, fumei muito cigarro, mas era surfista, e meu pai dizia que surf era coisa de maloqueiro, maconheiro, e ainda gostava de andar de skate, teve uma época que eu gostava muito de banda de rock in roll e andava só de preto e não sei o quê... Passei várias fases daquelas que eles chamam, hoje em dia, de aborrescência e tal, então eu me expressava dessa forma. Eu tentava chamar atenção, de todas as

formas, pra mim. Não sei... hoje eu acho que era como se fosse um pedido de ajuda, sabe... de dizer assim: rapaz eu tô precisando que alguém me ajude.

Apesar do uso de álcool e de tais comportamentos, B. diz que isso nunca atrapalhou os seus estudos. Desde os 14 anos decidiu que queria ser advogado e estudou muito para isto. Achava a profissão bonita e identificava-se: *“Eu acho o poder da fala, o poder da argumentação, principalmente o poder do convencimento, através da fala, da escrita, muito bonito, sabe... as batalhas jurídicas, pra mim são uma realização”*.

Sobre a relação dos pais, B. diz que o pai sempre foi muito bruto, xingava, gritava muito, chamava palavrão, tanto com a mãe quanto com os filhos. B. descreve que é *“uma coisa meio antagônica, assim... muito complicada de se explicar, porque ao mesmo tempo que ele tinha esse comportamento, de meio que... de repelir a gente assim, né... ele sempre foi muito protetor, sabe... do meio externo, né. Assim, a família ele protegia muito do meio externo, mas dentro de casa ele era, digamos assim, o ditador, autoritário. Isso, com certeza, marcou tanto pra mim, como pra minha mãe, pro meus irmãos”*. Os pais continuam casados há mais de 36 anos, considera que a mãe é uma santa por aguentar o pai. Diz que o pai não tinha problemas com álcool, ao contrário, sob efeito ele ficava *“uma pessoa que se tornava alegre, uma pessoa descontraída. A gente até se aproveitava disso, né, quando eu era mais novo, já percebia essas coisas, e quando queria sair à noite com a namorada, eu ia lá pedir o carro quando ele já tinha tomado umas duas cervejas, na sexta-feira e tal. Mas a relação dele com a minha mãe era muito boa, apesar dessas coisas. Porque minha mãe decidiu assim, tipo: eu sei que ele é assim, eu aceito ele assim”*.

Histórico de uso de drogas

Inicia aos 14 anos uso de cerveja e cigarro, *“ambos mais por uma inclusão social”*. Nessa época, tinha acabado de mudar de escola e sempre teve a necessidade de chamar atenção e queria fazer parte da turma. Aos 15 anos foi apresentado à maconha e fumou muito até os 18 anos, que foi quando entrou para a faculdade. Nesse momento, foi apresentado à cocaína e usava a cada seis meses em média, e seguiu fazendo uso diário de maconha. Não relata prejuízos desse uso nos estudos porque sempre se considerou muito focado. Formou-se, passou na primeira tentativa na OAB, começou a trabalhar e adquirir certa independência financeira.

Nessa época, com 21 anos, passa a ter experiência com novas drogas *“comecei a usar LSD, a usar ecstasy, e aí eu comecei a fazer algumas viagens pra festivais de música eletrônica, que eram 07 a 08 dias de festa, aí eu consumia muita droga sintética”*. B. diz não

entender bem sua relação com as drogas. Conta que seu psiquiatra, que é também seu terapeuta, diagnosticou-o como depressivo crônico e acha que seus comportamentos justificam esse diagnóstico: *“eu acho que havia uma demanda, um vazio em mim que, que fazia com que eu buscasse essa... alguma substância... até então, qualquer substância que alterasse um pouco a minha percepção e preenchesse aquele vazio que eu sentia. Apesar de querer chamar atenção pra mim, eu me sentia inferior a algumas pessoas, eu tinha dificuldade de auto aceitação, eu tinha dificuldade de ter autoestima. Então, a droga, ela entrava nisso daí com muita força. A cocaína tem essa propriedade de elevar - ao menos no começo - a autoestima, de fazer aquela sensação de super-homem, né, mas até então, tudo era uso recreativo. Maconha, cocaína, LSD, e aí ia vários outros tipos de drogas sintéticas”*.

Quanto à vida profissional, B. se descreve como proativo, sempre correu incessantemente atrás de suas metas. Foi contratado na empresa que estagiava durante a graduação e teve a ideia de investir numa nova vertente do Direito que o escritório ainda não trabalhava. A ideia foi apoiada, duplicou o faturamento do escritório e ele alcançou o sucesso profissional. A partir de 2004, identifica uso mais grave de cocaína, diz *“eu comecei a usar cocaína pra me manter acordado e trabalhando noite e dias, dias, dias, dias e dias. Até que mesmo quando chegava o final de semana e eu ia descansar, eu não conseguia porque eu tava querendo usar cocaína. Então, eu cheguei, parei e pensei: bom, agora deu ruim. Mas assim, eu não admitia que era doente, eu cheguei a ter a primeira consulta com esse meu médico em 2007, foi onde eu comecei a identificar esse problema. Mas eu ainda tava numa crescente profissional muito grande. Eu já tava começando a sair daquela condição de coitadinho, pra entrar numa condição de arrogante, prepotente. Eu achava que quem comandava o mundo era eu. A droga me trouxe essa sensação: aquele coitadinho que tinha demandas de sentimentos e etc., agora dava as ordens, né, agora eu tava em evidência”*.

B. se casa em 2004 e se separa em 2009. Em 2005 teve uma pancreatite devido à associação de seu uso de cocaína que era sempre acompanhado de uísque, *“eu tive uma época que parei de comer, emagreci muito e tive a pancreatite, fui hospitalizado por 10 dias e mesmo lá no hospital eu ainda mantinha o vício, por exemplo, do cigarro, eu fumava dentro do quarto. Eu sempre fui muito transgressor, eu sempre tive comportamentos transgressores. E aí, eu saí do hospital em abstinência de cocaína e a primeira coisa que eu fiz foi ligar pro traficante e já iniciei o uso novamente”*.

Em 2008, teve a segunda pancreatite e correu risco de vida, mas seguiu ignorando os sinais de cronicidade da sua doença e mantinha-se bebendo e cheirando excessivamente. Em 2010, além de seguir administrando o escritório de Recife, foi contratado por uma grande

empresa em São Paulo, com um alto salário, mudou-se para lá e tinha todas as despesas custeadas. A partir daí, diz que o uso foi ficando insuportável, começou a ter apagamentos, não conseguiu manter os compromissos profissionais e foi demitido. No entanto, manteve-se em São Paulo e descreve que sua vida era regada pelo excesso.

Eu queria tudo sempre mais do que eu podia, eu queria ganhar mais do que eu podia. Eu tinha sonhos maiores do que eu podia. Então, eu queria transar com as mulheres mais bonitas e eu pagava muito caro por essas coisas. Ao ponto que eu vi uma hora que eu não tinha mais, não tinha mais dinheiro, não tinha mais de onde tirar dinheiro. A cocaína é cara, e eu só gostava da cocaína mais cara que tinha. Então, de onde se tira e não se coloca, se acaba e se acabou muuuito rápido. Então, eu tive que entregar a chave do meu carro, eu me lembro como se fosse hoje, na mão do traficante, porque eu tava devendo, quase 40 mil reais a ele, e entreguei a chave de um carro de mais de 100 mil, porque se não eu morria.

B. relata seu processo rápido de degradação. Saiu do flat por não poder pagar, passou a trocar seus bens por cocaína e viveu na rua, comeu lixo, até conseguir ligar para o pai e pedir ajuda. Foi quando retornou a Recife.

Sobre o seu estado emocional, quando está sob efeito das drogas e sem elas, ele diz, “*meu estado emocional quando eu uso droga, digamos assim, é desse vazio preenchido, e quando eu não uso droga é de um buraco no peito enorme, sabe, que eu já, hoje em dia, já tenho ele mais condensado, mas é, através de muuuito ambulatório, muita terapia*”.

Quanto à função da droga em sua vida:

A droga me tirou do meu... digamos assim, do meu anonimato, do que eu achava normal, e eu não queria ser normal. E eu consegui não ser normal... a droga preencheu aquele vazio que eu tinha de ter um feedback emocional do que eu sentia, a droga preencheu isso daí durante um tempo de forma bem eficaz. Mas, a dependência quando se instala, quando se instalou ela foi muito feroz. Todo esse sentimento se transformou em transtornos, em dor, em sofrimento, em perdas e uma sensação de fracasso atrás de fracasso. A relação familiar fracassada na minha opinião; uma relação de família com a esposa fracassada, ela na época queria ter filhos e eu não queria, etc. e fracassou meu casamento; fracassei no escritório porque eu larguei o escritório; fui pra São Paulo, fracassei em São Paulo. E, já em recuperação tive outros fracassos e... é... essa sensação de fracasso que já foi mais ou menos identificada por meu terapeuta com uma auto sabotagem. Eu não me permito ser feliz. Toda vez que eu tô muito bem, eu me

boicoto, e isso inclusive, acontece, aconteceu sem usar droga.

Histórico de tratamento e enfoque no internamento atual.

Em 2004, teve internamento em hospital geral por 10 dias devido à pancreatite. Em 2007, teve a primeira consulta com psiquiatra e terapeuta atual, mas não levou adiante. Em 2008, ficou mais de 15 dias internado devido a uma nova crise de pancreatite. Como essa crise foi mais forte e correu risco de vida, nesse mesmo ano, devido à preocupação dos familiares, foi para uma clínica de tratamento às dependências, em São Paulo. A esposa estava engajada nos cuidados com ele, e se internou junto para apoiá-lo nos primeiros dias, mas B. só conseguiu ficar sete dias. Voltou para Recife e para o uso intenso de drogas. Em 2010, quando volta de São Paulo para Recife, após ter falido financeiramente, ainda fica um tempo usando drogas.

O primeiro internamento no RAID foi em 2010, no entanto, quanto à motivação ele diz, *“eu não tinha vontade de parar de usar droga. Eu vinha voluntariamente por uma questão de satisfação à família, de satisfação a meus sócios, de satisfação a alguém, não a mim. Eu não vim em busca de tratamento pra ficar bom. Eu vinha em busca de dar um tempo né, de dar uma limpada, de dar uma recuperada porque eu lembro a primeira vez que eu cheguei aqui, eu acho que cheguei com 68 kg, e hoje eu peso mais de 100, né. Então, a debilitação física era muito, muito grande”*.

Nesse internamento, lembra ter ficado pouco tempo também e decidiu abandonar, no entanto, os pais enviaram para o RAID a remoção de uma clínica psiquiátrica e ele ficou internado involuntariamente, por 12 dias. Em seguida, retornou ao RAID, mas abandonou logo depois.

Uma justificativa na minha desistência em 90% das vezes, é que eu ainda tinha vela pra queimar, digamos assim, ainda tinha dinheiro no banco, ainda tinha alguma... Quando eu cheguei em Recife, vendi o café que eu tinha né, então eu recebi algum dinheiro, então tinha algum dinheiro guardado, isso me dava aquela vontade de usar ainda né. Então, eu passei mais uns dois ou três internamentos aqui no RAID, de pouquíssimo tempo, até que eu fiz uma combinação com meu terapeuta que se eu usasse novamente iria pra um internamento mais rigoroso, um internamento involuntário. Ai eu passei uns 04 meses em abstinência, 05 meses por aí, mas tava numa depressão profunda né, usei cocaína novamente e fui pra outra clínica, onde eu passei 09 meses internado de forma, sem poder sair. E lá eu vi horrores, lá eu passei por momentos de trabalho escravo, de tortura, de

todo tipo de coisa ruim. Teve uma vez que enfiaram um funil na minha boca pra botar remédio, né, derramaram remédio diluído na minha boca. Então assim, foi muito, muito doloroso. Eu saí revoltado de lá, né, porque meus pais fizeram aquilo comigo.

Após sair desse internamento involuntário, recaiu novamente e diz que se deu a “*bancarrota total, quebrei geral*”. Não tendo mais dinheiro, nem pertences para vender, clonou o cartão de crédito dos pais e roubava dos pais, disse nunca ter tido coragem pra roubar na rua, mas conseguiu roubar de casa, ficou com dívidas com traficantes e “*digamos assim, o fundo do poço chegou, eu cavei o meu fundo do poço ainda mais do que era pra cavar. E foi aí, que veio aquela vontade de começar a me tratar de verdade, foi aí que eu tive vontade de me tratar de verdade*”.

A partir daí, B. relata ter iniciado um processo de investimento no processo terapêutico, não contou com internamento, mas ficou no ambulatório com seu psicanalista duas vezes por semana, durante um ano.

A verdade é que eu decidi entrar em recuperação, porque eu não aguentava mais sofrer, eu não aguentava mais ter que todo dia me acordar imaginando como é que eu ia arrumar dinheiro pra comprar droga, cocaína, etc. Eu não aguentava sofrer, aquela coisa tava me consumindo. E eu procurei meu terapeuta, ele fez um acerto comigo, em termos financeiros, etc. bem, enfim, eu comecei a fazer terapia individual e terapia em grupo e fui ficando limpo e fui ficando limpo, e fiquei um ano mal, mas limpo. Mal que eu digo é... não fiquei depressivo, mas fiquei recolhido dentro da minha casa. Cortei minhas amizades, eu não ia num bar, eu não ia numa boate, eu não ligava pra amigos de ativa, eu desativei meu facebook, eu mudei meu número de celular, eu mudei de e-mail. Eu fiz uma estratégia pra não ter contato mais com pessoas que usavam cocaína. Porque ver uma pessoa beber não me incomodava; ver uma pessoa fumando uma pedra de crack não me incomodava, ver uma pessoa louca de LSD ou de ecstasy não me incomodava, agora, a palavra cocaína já me traz um arrepio, sabe. Então eu me protegi da maneira que eu via que era a que eu conseguia né.

Quanto à função da cocaína na sua vida, diferentemente das outras drogas que usou, diz que ela preenchia o vazio de uma forma diferente, “*aquelas interrogações sentimentais que eu tinha, o vazio que eu sentia, tudo isso quando eu cheirava cocaína... eu não diria que ela preenchia o vazio, mas era como se ela tirasse o vazio de dentro de mim e o deixasse de lado, e quando ela saía, o vazio voltava*”.

Após 20 meses seguindo no tratamento ambulatorial, B. recaiu e voltou a se internar. Esta entrevista acontece nesse momento. Em julho/2013 identificou um processo de recaída que culminou com seu momento atual de internamento. Conta que faltou ao ambulatório duas semanas seguidas, também tinha começado um novo emprego há poucos meses e vinha ganhando a confiança no trabalho. Os pais tinham viajado e após sair do trabalho recebeu um convite para uma *happy hour* num bar no centro da cidade. Até então, ainda não tinha ido a nenhum local considerado de risco, e nesse dia foi. Quando foi ao banheiro do bar, percebeu uma movimentação e viu pessoas usando cocaína, *“assim me deu dor de barriga na hora, eu tive que ir ao banheiro, defequei né, e sai de lá, liguei pro traficante e aí eu comecei a usar no mesmo dia, era 23/07/2013. (...) Costumo dizer que eu esqueço o número do telefone da minha casa, e eu não esqueço esse número do traficante nunca mais na minha vida. Ele tem um telefone, que ele chama de telefone mãe, ele não usa aquele telefone, se você ligar ninguém vai atender nunca, mas ele vê o número que ligou, se for um número conhecido ele retorna de um outro número, entendeu, e aí você tem um contato com ele sempre”*.

Após esse uso, B. diz que começou a ligar para amigos pedindo dinheiro emprestado, eles desconfiaram do comportamento, ligaram para o irmão dele que estava passando férias aqui, o irmão ligou para os pais que estavam de férias em Cuba, e no dia 25/07, o pai retornou. Mas B., diz que já tinha ligado para seu terapeuta, que havia feito ajuste na medicação e com isso conseguiu interromper o uso de cocaína e manteve-se usando álcool, *“eu adquiri um hábito que eu acho foi assim, preponderante pra eu tá aqui hoje me sentindo bem. Que é ligar pra meu médico e terapeuta nas emergências. Quando eu me sentia mal né, ou bem demais, porque assim eu usei cocaína durante tanto tempo que eu não sabia lidar nem com as coisas ruins, nem com as coisas boas”*.

Sobre essa última recaída B. analisa:

Sinceramente eu acho que fui permissível, eu baixei a guarda. Eu já tava alguns dias sozinho em casa, tava já me achando muito seguro, a limpeza da casa tava impecável, meus pais viajaram, houve uma liberalidade maior pra mim que eu nunca tinha tido, depois que eu tinha entrado em recuperação. Depois de muito tempo, eu fiquei só em casa pela primeira vez. Tinha acabado de sair de um relacionamento, tinha acabado de voltar pra casa deles. Porque eu tinha iniciado um relacionamento com uma namorada no início de janeiro, ela engravidou em fevereiro. Em março comecei a trabalhar, em abril montei um apartamento pra gente e fui morar com ela lá em maio. Em junho eu saí. Não deu certo, eu saí e voltei pra casa dos meus pais, então nesse período eles viajaram pra Cuba e aí

houve esse ambiente mais permissível pra mim. O hiato de tempo sem uso, já me permitia fazer as escolhas sabe, de dizer assim: eu não vou usar, tinha fissura, mas eu em hora nenhuma eu tinha assim... o ímpeto de usar. Mas foi um processo. Eu fui baixando a guarda, meu pai e minha mãe viajaram, aí, eu já não fui pra duas semanas de sessões. Eu tinha um carro à minha disposição, dispensei o carro e fiquei usando o carro do meu pai. Então, comecei a ter mais liberdade, por exemplo, o horário que o motorista me pegava, o horário do motorista que me deixava em casa, então quer dizer, eu com o carro do meu pai, eu já podia desviar o caminho, eu já podia sair à hora que eu quisesse e voltar à hora que eu quisesse, então, foram algumas liberalidades que foram acontecendo.

B. diz que identifica nisso o mesmo movimento de autossabotagem que vivenciou outras vezes, *“porque eu tava bem em casa, tinha voltado bem pra casa, tava trabalhando, tinha montado um apartamento né, tava voltando a comprar minhas coisas, ou seja, tinha saído da toca, tinha saído daquele casulo que eu tinha ficado um ano, mais de um ano, um ano e três meses, um ano e quatro meses, se não me engano, sem trabalho, sem sair, sem nada. Pra voltar a ter uma vida social, voltar a trabalhar, voltar a ter o respeito das pessoas. Então quando eu me vi com essa condição, eu puxei meu tapete de novo”*.

Quanto à escolha pelo RAID, diz que seu terapeuta é um dos diretores, e o outro diretor é amigo do seu pai, ambos haviam enfatizado a importância do internamento. Descreve o modelo de tratamento e diz identificar-se:

Eu me identifiquei muito com o modelo de tratamento daqui, porque aqui você trabalha muito através da fala, da argumentação. Eu chego com uma demanda pra você, você me traz uma fala, você traz uma argumentação, você me traz um feedback e eu acho isso muito rico. Como eu já disse antes, eu gosto muito da fala, da argumentação, do convencimento. Eu gosto de mudar de ideia, eu gosto de que me convençam que eu tô errado. Eu gosto dessas coisas. Eu não sou o dono da razão. Eu tive épocas que eu achei que era dono da razão, mas hoje em dia eu gosto dessa troca, desse feedback, que é aquela carência que eu sempre tive desde da época de infância. O RAID vem e organiza a gente, volta a colocar a gente nos horários né. Determinado horário é de tal grupo, você tem hora de refeição, uma hora de grupo, uma hora de descanso, hora de educação física, então isso foi muito importante, tá sendo muito importante pra mim. Essa reorganização disciplinar de horário, de comprometimento... e o principal é a questão dos grupos, cada um com sua peculiaridade, cada um feito no formato de

discussão, de argumentação. (...) Isso tudo pra mim é muito rico, os grupos vêm carregados de informações, de ferramentas. O grupo de prevenção de recaída, o grupo de avaliação de final de semana, o grupo de preparação pro final de semana... Quer dizer todos são norteados pela fala. Todos são norteados pela carga de informações que vocês profissionais têm a nos passar. E eu como disse assim, passei esse tempo de drogadição todinha, mas eu sempre tive uma vontade de aprender, de crescer intelectualmente. Então, tudo quanto é informação que é jogada pra mim eu gosto, eu assimilo ou eu rebato. Eu sou um pouco contestador e o RAID me estimula muito, muito sabe, o RAID estimula esse meu lado de falar, você meio que vomita um pouco daquela doença. Na minha época de infância, faltava esse espaço de conversar com alguém, de discutir com alguém. E eu encontro aqui, aquilo que me faltava, um apoio. Nas consultas com meu psicanalista, quando eu saio do consultório dele eu já começo a contar os minutos pra outra semana quando eu vou entrar de novo pra sessão com ele, entendeu. Quer dizer já há uma cumplicidade muito grande entre a gente né. Então, tudo isso né, eu acho que... Uma alimentação boa, uma dormida tranquila, uma medicação, você é medicado de forma razoável, né. Não é medicado feito nas outras clínicas, que você vira um famoso robozinho né. Então, eu acho que é assim, pelo menos pra mim, eu não vou dizer que é o ideal, não vou fazer apologia nem nada, mas assim, pra mim, é a Instituição que me acolhe de forma mais eficaz. O RAID me proporciona esse olhar individualizado.

Sobre a especificidade do internamento voluntário:

Você tem aqui a autonomia de chegar e dizer: eu quero ir embora, assina o termo de responsabilidade, e vai embora. Então só fica aqui quem quer tratamento né. Quando você tem um grupo pra trabalhar que quer tratamento, eu acho que a evolução é muito mais tranquila né. Você só vem para um tratamento voluntário, quando existe o reconhecimento da doença por parte do albergado e há a vontade de ficar limpo. Assim, a probabilidade de êxito pra mim é bem maior, do que você pegar um cidadão que não quer parar de usar e trancar ele num lugar. Na minha cabeça, de leigo, o êxito deve ser bem maior. Apesar das outras vezes, que eu fui internado aqui, quando eu ainda não tinha a ideia fechada de recuperação, eu já captei muita informação, que me ajudaram a tomar essa decisão de entrar em recuperação posteriormente. Então, pra mim foi preciso mais de uma vez né. Eu abandonei todas, nunca conclui um tratamento aqui. Nunca, todas às vezes eu

abandonei, agora estou próximo de ter minha primeira alta terapêutica.

Quanto às mudanças que percebe em si no percurso do internamento:

A minha relação com a cocaína é ainda muito estreita, sabe. Apesar de dois anos e dois lapsos, ela é muito estreita, ela ainda tem o poder de preencher esse vazio muito grande, que eu ainda sinto. Apesar de como eu te falei, é no ambulatório, as terapias individuais e as terapias de grupo, mexem com meu presente e com o meu passado. Hoje tenho uma orientação espiritual que me dá uma visão de futuro, uma visão de esperança, então tudo isso tem ajudado a preencher um pouco mais esse vazio. Mas tem hora que o vazio vem de verdade sabe. Hoje em dia eu não tenho mais aquelas fissuras que me levavam automaticamente, que era como se fosse uma coisa automática a usar droga. Esse hiato de tempo que eu conquistei com muito sofrimento e a abstinência, hoje me levam a usar a droga se eu quiser.

B. deseja, após a alta do internamento, manter-se em abstinência e seguir no tratamento ambulatorial. Diz que está ansioso pelo nascimento de sua primeira filha. Quer ser um pai presente, embora, atualmente, a sua ex-namorada tenha-o impedido de acompanhar a gestação, e não poderá assistir ao nascimento da filha devido a uma medida judicial, que ele está tentando recorrer. “*Antigamente fazia o tratamento pra agradar meu pai, minha mãe ou pra dar um tempo. Eu agora vim pra cá com uma condição, eu quero ficar em recuperação, tá vindo uma pessoinha aí, agora que eu tenho que ter mais responsabilidade e mais disposição e mais sabedoria e mais serenidade pra aguentar as dificuldades e me manter sóbrio, porque não só sou eu agora*”.

Atualmente, B. foi demitido do emprego, está morando com os pais, voltou a ser dependente financeiramente, e a recaída segue abalando a confiança deles. Pretende trabalhar com seu terapeuta juntamente, com os pais, um projeto de vida para a alta e diz que terá paciência para concluir essa etapa e seguir reorganizando-se mais uma vez.

Discussão da Entrevista 2

Ao descrever que a relação familiar “*em termos de sentimentos sempre foi muito rica, sempre houve muito amor, sempre houve muito carinho*”, e, ao mesmo tempo, notadamente falar da sua carência, de não contar com ninguém, B. expressa uma ambivalência. Há, de um lado, o pai que tem todo poder, com exigências desmedidas e que silencia a todos. E de outro,

B. desconcerta-se com a incontinência urinária que marca a sua infância. A incontinência aponta para uma dificuldade de controlar, lidar com o controle, seria este um sintoma que no Real do corpo constitui um endereçamento ao pai? Diante do veto de falar, B. faz o seu corpo de texto para driblar a lei paterna? O excesso de gozo que regula o pai de B. aproxima-se do funcionamento do pai da horda primitiva, que não veicula uma abertura para as identificações, mas a partir de uma lei cega, taxativamente, legisla na hierarquia do ambiente familiar.

B. diz que anterior ao uso de drogas, reconhece em si “*alguns comportamentos que não eram legais*”, legais relativos à Lei? Contra a lei? Seria o impasse identificatório com o pai, a bússola de B.? Na errância de sua relação com pais ausentes, o uso de drogas se apresenta como um lugar de identificações possível, ou como uma forma de atrair pela via do que é marginal, não bem-aceito, o olhar desses pais. E é no curso do tratamento que B. pode fazer tal elaboração: associar a rebeldia de sua adolescência contendo um “*pedido de ajuda*”.

Diante de um pai descrito como ditador, B. fala de sua escolha profissional pelo Direito porque trabalha com a “*argumentação*”, com o “*convencimento*”, parece fazer disso uma alternativa, uma oportunidade de ter voz. A realização com as “*batalhas jurídicas*” podem indicar a revivência edípica que visa à justiça e concessão de gozo. Ao final do Édipo é necessário que a falta seja articulada e não que o todo, o completo se presentifique. Laurent (1997) adverte sobre isto: “Se qualquer um deles cometer um erro, pensando que ele ou ela é aquele que falta – se o pai pensar que ele é o pai, se a mãe pensar que é *A Mulher*, se a criança pensar que é o falo para sua mãe – todos ficam presos em seus cálculos. Nenhum irá achar a saída. Ficarão aprisionados na eterna repetição (p. 35).

Ainda na ambivalência com relação ao pai, ele era protetor da família quanto ao meio externo, mas dentro de casa era autoritário. Interessante notar que parece ser esse traço que B. busca conservar em seu uso de drogas, ou seja, ao mesmo tempo ela o protege do meio externo, mas ela também é imperativa. O início no uso de drogas se dá “*mais por uma inclusão*”, seria essa uma tentativa de romper a proteção que o pai lhe fazia do externo, possibilitando fazer parte de outra comunidade além da familiar? Sobre esse momento vivido na adolescência, Bittencourt (1996) ressalta:

A adolescência é justamente a época em que ocorre a saída da posição de submissão incondicional às prescrições do Outro: “não estou mais pronto para fazer tudo o que você quiser”. Mudança exercida, em geral, de forma radical. É um dado clínico bastante importante junto ao adolescente toxicômano – e aí diria que todo toxicômano é fundamentalmente um adolescente – o

artifício da droga como aquilo que permite ao sujeito separar-se do Outro (p. 44).

Ao descrever sua vida como “*regada pelo excesso*”, seria essa a sua forma de recuperar o pai? Identificar-se com o gozo a-mais do pai, pois deixa de ser “*coitadinho*” para ser “*prepotente*”. Pré-potente é uma potência prévia? Está em vias de sobrepor o pai, desbancá-lo? Quando diz “*Eu queria tudo sempre mais do que eu podia*”, B. parece enunciar algo sobre esses questionamentos. Parece existir uma tentativa de dispensar-se do pai ao querer “*sempre mais*”, no entanto, ao confirmar que isso era “*mais do que podia*” traz concomitantemente a introjeção de algum limite. Mesmo sendo transgressor, durante a vida inteira, essa nova posição encontrada na asserção acima localiza-se enquanto uma subversão importante a favor do sujeito.

Sobre o seu estado emocional de “*vazio preenchido*” quando usa drogas, Loureiro, et al. (2006) diz

O fenômeno da dependência expressa de forma amplificada a maneira como se estabelece a busca do prazer numa sociedade do consumo. O imperativo de consumir caracteriza a forma cotidiana mais comum de preenchimento existencial (...). Não existe nada que seja eterno e esta é a verdade que mais radicalmente nas dependências procura-se renunciar (p. 29).

Portanto, B. parece conseguir “*não ser normal*”, na medida em que o *farmakon* introduz a ordem de um real imediato, e assim, a dimensão da ausência fica excluída (Le Poullichet, 1990). Se a castração apresentada pela mãe e por seus irmãos é adotada como o lugar comum, o normal, B. oferece o real de seu próprio corpo para manter-se como exceção, para não estar nesse campo da normalidade e gozar de um gozo estranho ao Outro, tal como o pai faz. No entanto, essa subliminar competição ganha destaque em letras garrafais a partir dos significantes “*fracasso*” e “*auto sabotagem*”.

Do seu encontro com as drogas, B. supõe que, desde cedo, ele pode estar referido ao vazio existencial, à baixa autoestima. No entanto, há uma indicação de virada nesse modo de uso quando diz ter alcançado o sucesso profissional, o sucesso é um significante bastante marcado em seu depoimento. E nessa elaboração de B. temos uma direção sobre a função que a droga vai ocupando em sua vida psíquica.

Nesse ponto, apresentaremos uma experiência clínica de Freud (1936/1996) que

contribui com a entrevista

Lembro-me de que, em uma ocasião anterior, tratei do caso parecido de pessoas que, conforme expressei, são ‘arrasadas pelo sucesso’. Geralmente as pessoas adoecem de frustração, da não-realização de alguma necessidade vital ou de um desejo. A estas pessoas, contudo, sucede o contrário; adoecem, ou, até mesmo, ficam aniquiladas, porque um desejo seu, excepcionalmente intenso, realizou-se. O contraste entre as duas situações não é tão grande como parece à primeira vista. O que acontece no caso paradoxal é simplesmente que o lugar da frustração externa é assumido por uma frustração interna. O sofredor não se permite a felicidade: a frustração interna ordena-lhe que se afeire à frustração externa. Mas por quê? Porque - esta é a resposta, em muitos casos - a pessoa não pode esperar que o Destino lhe proporcione algo tão bom. De fato, é outro exemplo de ‘bom demais para ser verdade’, é a expressão de um pessimismo do qual uma grande parte parece estar presente em muitos dentre nós. Em um outro grupo de casos, como naqueles que se arruinam com o êxito, encontramos um sentimento de culpa ou de inferioridade que pode ser traduzido assim: ‘Não mereço tanta felicidade, não mereço.’ Mas esses dois motivos são, em essência, o mesmo, por ser um apenas uma projeção do outro. Conforme há muito já se sabe, o Destino, que esperamos nos trate tão mal, é a materialização de nossa consciência, do severo superego que há dentro de nós, sendo ele próprio um remanescente da instância primitiva de nossa infância (p. 240).

Em resumo, ainda nesse texto Freud conclui sobre o âmago do fracasso e sua contígua relação com a sabotagem: “Parece como se a essência do êxito consistisse em ter realizado mais do que o pai realizou, e como se ainda fosse proibido ultrapassar o pai” (p. 245).

Portanto, se no âmbito do uso de cocaína B. mantém a dualidade entre o “*vazio preenchido*” e o “*buraco no peito enorme*”, que é a favor da reivindicação presente no conflito edípico, no âmbito do trabalho, no entanto, essa dualidade parece ser superada, e há o advento do sucesso, que, metaforicamente pode representar ter ultrapassado o pai, logo, um acontecimento insuportável para B. Daí, toda voracidade da dependência, como uma defesa, que ele refere ter se instalado a partir daí.

Quando diz “*Eu não me permito ser feliz. Toda vez que eu tô muito bem, eu me boicoto e isso inclusive, acontece, aconteceu sem usar droga*”, estaria B. apresentando seu modo de

gozo, seria uma atuação, que insiste em manter-se numa expiação frente ao Outro? Parece estar numa formação de *acting-out* oferecendo com seu ato repetitivo de decadência e “*degradação*” um endereçamento em transferência, que pode ser lido tanto no manejo institucional quanto na relação terapêutica com o analista.

Esta entrevista, tal como a primeira, pode ser orientada a partir da lógica da toxicomania de suplemento, que se marca fundamentalmente por uma ortopedia da função paterna. E tal como nos aponta Conte (2003a), há uma fragilidade da instância terceira, trabalha-se no sentido do seu fortalecimento, reconstruindo com o paciente os significantes paternos frente aos quais poderá se reconhecer e ser reconhecido. A compulsividade com que B. faz uso das drogas, colocando-se em risco de vida, e ainda assim, não podendo abrir mão do tóxico, parece atestar a importância desse recurso para lidar com algo intolerável de sua história.

O *operação de farmakon*, a partir do indizível, propõe uma verdadeira interrupção dos conflitos psíquicos, apresenta-se como substituto que aplaca a angústia, apaga a divisão subjetiva e, portanto, os elementos fecundos da estrutura do sujeito. Assim, com relação à depressão, que B. descreve como fazendo parte de sua sintomatologia, Le Poulichet (1990) diz que “certos toxicômanos vivem um estado depressivo antes que apareça seu dispositivo de adicção, este último constitui um meio de sair do vazio, ou melhor, de encontrar uma nova configuração” (p. 71). B. fala ainda da impossibilidade de esquecer o “*telefone mãe*” do traficante, um número que possibilita “*ter um contato com ele sempre*”, ao contrário da falta de contato que B. experienciou na relação com os pais, a droga mostra-se como suplemento, corrigindo as faltas, tamponando-a.

A entrada no internamento é descrita cronologicamente, conforme a motivação para cada internamento. Em 2010, ressalta a necessidade de dar “*satisfação à família*”, “*dar um tempo*” ao uso de drogas, sem que seja possível localizar uma demanda, havia uma impossibilidade de consentir em trabalhar a função da droga, e a resistência ao tratamento é reforçada, segundo B. por ainda ter recursos financeiros para comprar a droga, seja vendendo suas coisas, seja roubando de casa.

O reconhecimento de ter cavado o “*fundo do poço ainda mais do que era pra cavar*” parece anunciar a veiculação de uma demanda pelo tratamento, o esboço de um desejo, e é também a assunção de um limite. Este momento descrito por B. como doloroso e sofrido coincide com o que Conte (2003a) atesta em sua clínica, “o toxicômano, no percurso de sua dependência, quando se desilude de seu investimento na droga, acaba por identificar-se com ela na posição de refugio, de resto, de lixo” (p. 66). Portanto, o momento de maior implicação

no tratamento de B. acontece a partir da decepção com a droga, ao mesmo tempo que permanece alienado nela. A droga parece ocupar o lugar dos significantes primordiais do sujeito e a abstinência da droga reitera com toda força esses significantes suprimidos ao longo do uso do tóxico.

Poder reintegrar algo desse tóxico pela via da palavra, delinear o lugar que o sujeito ocupa na vida familiar e qual a contribuição do tóxico em sua existência é um trabalho meticuloso. B. fala da importância da pessoa do analista no seu processo, liga para ele sempre que necessário, transformou isso em um “hábito”, talvez na transferência algo seja simbolizado e vinculado com o analista diferentemente do que o telefone-mãe do traficante oferecia, a partir do objeto real da droga. Agora, falar com o analista, ouvir sua voz, suportar a ausência que a palavra comporta traz também alguma sustentação, não alude apenas à solidão.

Ao longo do tratamento, essa distância ideal é todo o tempo convocada. Como a instituição pode operar possibilitando identificação e endereçamento, ao mesmo tempo em que reapresenta a lei? Um dos caminhos possíveis que Le Poulichet (1990) sublinha é que a relação transferencial não deve competir com a droga, mas convidar a considerar a posição de um tóxico na palavra, por isto falar é tão difícil: “Se trata do advento de uma nova posição do sujeito na palavra, correlativa da implementação de novos itinerários simbólicos” (p. 181).

No momento da entrevista, B. estava internado devido à recaída depois de mais de um ano em abstinência e reorganizando projeto de vida. Descreve essa recaída como resultado de algumas “liberalidades que foram acontecendo”. Ora, ao longo desse um ano e quatro meses, aproximadamente, em que B. consegue não fazer uso de drogas, ele descreve uma vida tutelada pelos pais, sob forte vigilância e dependência deles, é no espaço da casa que encontra alguma proteção contra o externo, contra os amigos de uso, evitando as situações de risco. No entanto, com a retomada do trabalho e ao ficar só, na casa dos pais, ou seja, sem que o olhar deles faça alguma contenção, nesse momento, B. recorre à cocaína: “puxei meu tapete de novo”, repete não poder ficar bem, ressurgiu a identificação ao fracasso.

No âmbito do internamento e tendo este funcionamento de B. como norte, de que forma a prática clínica institucional pode operar se esquivando de funcionar conforme a tutela dos pais, mas permitindo um trânsito entre a casa e a rua, ou seja, a elaboração de um interdito? Além do tempo de trabalho analítico necessário para que B. elabore seu gozo, fixado em perseguir e rivalizar com o pai, podendo construir outros destinos de gozo nas malhas de seu conflito edípico, como a instituição pode auxiliar na construção de autoria frente às mudanças?

Na descrição de B. sobre o RAID vemos uma linha tênue entre o RAID, enquanto

instituição, funcionar como terceiro e entre ser um duplo dos pais. Quando anuncia “*O RAID vem e organiza a gente, volta a colocar a gente nos horários*”, este lugar convoca a equipe a diferenciar em suas intervenções a apresentação do limite que possibilita criatividade de caminhos, e uma imposição de funcionamento conforme a regra, buscando a normatividade. Levando em consideração que essa segunda posição é tão tóxica para B. quanto seu uso de drogas, alimenta seu sintoma.

O “*apoio*”, o acolhimento, o “*olhar individualizado*” que B. reconhece encontrar na instituição precisa ir além de uma continência, de apresentar-se como um lugar seguro apenas porque distante da apresentação de drogas. Precisa possibilitar uma nova organização do sujeito frente à rotina, planos e projetos, mas não pela via da regulação, não enquanto um *supereu* inquisidor, mas a partir dos recursos simbólicos, imaginários e reais, que a instituição possa lançar mão para interrogar o sujeito sobre o seu desejo e se dispor para estar junto diante dos paradoxos e incompreensões que o sujeito poderá construir sobre a função do seu uso de drogas.

No âmbito do internamento, na convivência com o coletivo, na transferência com a equipe e com o terapeuta de referência, a instituição pode propiciar ao toxicômano uma abertura para o sujeito se fazer questão, encontrar possibilidade de viver sem o uso da droga, mas sem apoiar-se no que “é o certo a fazer” ou no ideal de uma vida normal. Ao contrário, a mudança pode ser produzida ao trabalhar os significantes que se marcam em sua história e permitindo estar advertido do automatismo do gozo. Kaës (2002) assinala a função continente da instituição ao permitir a elaboração de um espaço psíquico diferenciado, lugar onde as angústias e os conflitos psíquicos podem ser atualizados e significados.

Na história de B., talvez algo seja escavado de novo com o seu lugar de pai. Ou seja, o nascimento de sua filha e a sua passagem como pai pode propiciar que o novo, o inédito dessa função, ajude-o a rememorar seu próprio narcisismo e possa elaborar o seu próprio lugar de filho. Ou ainda, há que se ter muita atenção, pois ser pai pode trazer de novo (no sentido de uma repetição), repercutir uma estranheza, dificuldades e rivalidade vivida com seu próprio pai. Esse é um acompanhamento que o tratamento percorrerá, seguindo os passos da subjetivação de B.

No entanto, desde agora, ele parece repetir a dinâmica reconhecer – ser reconhecido ao recorrer com medida judicial para acompanhar a gestação da filha, pois se encontra impedido de ser pai. Em que registro esse impedimento se opera e em que medida será possível uma retificação subjetiva, essa é uma trilha que B. pode ou não consentir em percorrer. Tal consentimento é uma exigência de trabalho psíquico que, no caso de B., convém lembrar:

“Aquilo que herdaste de teus pais, conquista-o para fazê-lo teu” (Goethe, Fausto)⁵³.

⁵³ Referência encontrada em: Schestatsky, S., Hartmann, I. B. (2011). Transmissão do psiquismo entre as gerações. In: *Revista brasileira de psicoterapia*. 2011; 13(2):92-114. Também disponível em: http://www.rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=60. Acessado em: 10/01/2014.

Entrevista 3

Dados pessoais e história familiar

C., 47 anos é músico e auxiliar administrativo em uma universidade pública de Pernambuco. O pai é falecido há 10 anos, e era contador na distribuidora de energia elétrica do Estado, e a mãe é professora aposentada. Tem três irmãos: A irmã mais velha é jornalista, C. é o segundo filho, tem um irmão que é professor de inglês e a caçula, que é médica. Casado com uma professora aposentada, eles têm dois filhos, um de 21 anos, estudante de administração, e outro de 19 anos, estudante de arquitetura e urbanismo.

Diz ter tido uma infância boa e livre, moravam numa casa grande, com quintal cheio de árvores frutíferas, criação de animais e muitas brincadeiras de criança. Cada filho tinha atividades domésticas para realizar durante a semana e, no final de semana, o pai dava um dinheiro para o lazer.

Até os doze anos, sempre ficou em casa, brincava com a irmã, os pais não deixavam sair muito. A partir dessa idade, é que começa a brincar na rua, jogar bola com amigos. Como relevante desse período, diz que aos 12 anos pescava um peixe chamado beta, com amigos, em um barreiro, e um dos colegas levou um corte em uma bacia sanitária que estava quebrada dentro da lama. O colega quase precisou amputar a perna, e isso o marcou muito. Como aspecto positivo, lembra que ia para a mata com amigos para pegar taboca, uma espécie de palmeira, com a qual se faz armação para pipa. Juntava-se com amigos, comprava materiais e faziam pipa pra vender. Desde essa época, diz que “*sempre teve uma viração pra ganhar algum dinheiro. Desde pequeno, aprendi a valorizar o trabalho. No caso é você se esforçar pra ter, pra ter as coisas. Não vinha nada fácil pra mim*”. Relata ter aprendido com o pai a ter que suar, e trabalhar, para conseguir as coisas.

Quanto à relação dos pais, descreve como sendo estável, embora eles brigassem muito, porque a mãe era muito consumista e o pai queixava-se por ela gastar mais do que podiam. Lembra-se de que quando tinha 12 ou 13 anos, o pai ficou muito endividado, os pais ameaçaram se divorciar e enviaram C. e a irmã mais velha para morar na casa da avó, por um mês. Depois tudo se regularizou.

Sobre os pais e o relacionamento com eles:

Meu pai era assim, ele não gostava de bater não, ele não batia, ele dava castigo. Já minha mãe batia. Minha mãe quando tinha raiva, ela pegava o cipozinho de goiaba dela e dava umas cipoadazinhas na gente e tal, umas chineladas era meio assim. A relação com meu pai era boa. Com minha mãe é que era todo dia eu

levava praticamente umas cipoadas dela, porque eu saia pra rua, pra empinar pipa, jogar papagaio e não gostava muito de estudar. E quando ela chegava na hora do almoço eu tava todo sujo de lama, aquela lama dos barreiros. Ela ia pra escola e eu estudava à tarde. Minha mãe sempre educou assim, e eu não guardo nenhuma mágoa dela não, em relação a isso, porque eu acho que as tapinhas que ela me dava não doía não, era, mais pra eu tomar vergonha, mas eu mesmo assim ainda desobedecia, eu sempre fui meio rebelde, nunca fui de gostar de ser mandado. Eu gostava muito de fazer o que dava vontade, e eu acho talvez que foi por essa falta de limite que eu criei na minha mente... que eu sai me perdendo por aí.

A relação de C. com a irmã mais velha é descrita como de cão e gato, durante a infância, mas hoje é quem sempre está mais preocupada com ele, embora até hoje mostre-se autoritária, “*Ela sempre se mostrou preocupada, sempre tá ligando pra mim e procurando saber e dando conselho, pedindo pra eu sair, pra eu não me meter nessa. Sempre ela tá ligando sabe, mas ela liga pra mim, querendo se impor assim: ‘olhe preste atenção sua mãe tá doente e você quer matar sua mãe?’ Ela vive dizendo que se eu me drogar, me entregar de novo às drogas isso vai matar minha mãe*”.

Não se dá bem com o irmão que é encostado a ele, falam-se o necessário, mas há muito tempo atrás, quando o irmão se separou da esposa, voltou a morar na casa dos pais, bebia muito, chegava bêbado e preocupava os pais, C. disse ter se intrometido, então o irmão foi morar no Canadá, decidiu trabalhar lá e passou muitos anos. Voltou só após o pai ter morrido, assumiu-se gay e ficou morando com a mãe. Começou a levar muitos namorados para casa, chegar tarde, etc, e C. mais uma vez interveio, dizendo ser inapropriada a forma como ele lidava com a casa da mãe. O irmão foi morar em outro estado do Nordeste. C. diz não ter preconceito e que estará disponível sempre que o irmão precisar.

Com a irmã mais nova, diz que se dá muito bem, ela é quem ficou cuidando da mãe após a morte do pai, casou-se, segue morando no apartamento da mãe e paga todas as despesas.

Quanto à relação dos irmãos e os pais, C. diz que ele e a irmã mais velha pegaram o tempo das vacas magras, tiveram mais dificuldades, mas foi bom porque com isso “*cada um conseguiu ficar independente o mais rápido possível da família*”. Sentiu que os pais eram mais maleáveis com os dois irmãos mais novos.

Aos 16 anos, arrumou o primeiro emprego na loja de materiais de laboratório que o seu professor de biologia tinha, e era frequentada por estudantes interessados em materiais

para as aulas práticas. Com seu primeiro salário, comprou um violão, diz que o pai não queria que ele tocasse o instrumento, achava boêmio, embora o pai cantasse e organizasse festas em casa onde muitos músicos frequentavam. Depois o pai reconhece que ele levava jeito e C. passou a tocar chorinho junto com os outros músicos nas festas de casa.

Trabalhou na loja até os 18 anos, quando a loja fechou. O pai conseguiu uma vaga de estagiário na empresa de energia e ele começou a fazer também a graduação de licenciatura em química na UFRPE. Depois fez uma prova no setor do estágio, foi aprovado e contratado pela empresa como assistente técnico e cuidava do almoxarifado.

Além disso, à noite e, principalmente, nos finais de semana, começou a tocar violão em festas, a beber muito e farrear, *“eu era a animação da festa, levava meu instrumento, o violão e minha caixa amplificadora. Eu comprei logo um carro pra mim, um opala, aí comecei a me sentir o ban, ban, ban, né. Porque com dinheiro, carro, instrumento, namorada que só a peste, aí a vida ficou muito assim, eu passei a curtir demais a vida e deixar de lado e esquecer o futuro, esquecer de, de juntar algum dinheiro, de construir algum patrimônio, de ter alguma coisa. Tudo que eu ganhava, eu gastava”*.

No governo Collor, disseram que seu cargo e de outros mais eram de marajás e deram incentivo financeiro para que pedissem demissão, era um dinheiro razoável, mas C. disse que preferia a estabilidade do trabalho e não fez acordo. Nessa época, tinha acabado de montar um apartamento para morar com a namorada, com quem casou, que estava grávida do primeiro filho deles e estavam com muitas dívidas. Foi ficando na empresa e recebendo represálias por não aceitar o acordo, tal como colocarem-no para tomar conta do setor de sucata, onde ficava o lixo da empresa.

Ficou trabalhando por mais dois anos, foi transferido algumas vezes, viajava a trabalho, não conseguiu conciliar a graduação e trancou. Sua esposa ficou grávida do segundo filho e ele foi demitido, mas não assinou a carta de demissão.

Histórico de uso de drogas

O uso de álcool aos 18 anos começou nas festas que aconteciam em sua casa. Tocava violão e bebia cerveja, mas sempre muito pouco. Quando entrou na universidade com 18, 19 anos, conheceu as pessoas do movimento estudantil, e foi apresentado à maconha. Passou a fumar diariamente antes das aulas.

Fiquei na maconha, maconha e bebida. Aí quando eu passei na prova e fui contratado pela empresa, eu comecei a ganhar mais dinheiro, aí eu comecei a tomar uísque, só gostava de uísque e bebia muito tocando na noite da cidade do

Recife.

Aos 20 anos foi apresentado à cocaína por um cliente assíduo de um bar onde tocava na noite:

Ele botou, eu cheirei. Ai, quando eu voltei pra tocar, eu voltei eufórico demais, aí, toquei mais ainda, fiquei mais animado, ai comecei a beber e o efeito foi muito bom assim, que eu senti na hora. Ai eu disse: rapaz que negócio bom danado. Foi o meu primeiro contato com ela, com a cocaína, e já foi um namoro. Nessa época a cocaína era muito cara e eu não tinha condições de manter esse vício, né. Ai eu cheirava esporadicamente, assim final de mês, de 15 em 15 dias. Ai se encontrava, juntava com uns amigos, a gente rachava, comprava uma quantidade pra cheirar. Ai cheirava e depois ia beber e fumava maconha, mas sempre foi um negócio pontual. Nunca fui viciado em cocaína.

Quando trabalhava na empresa, o salário era para a família e só usava drogas com o dinheiro extra que conseguia tocando. Ao ser demitido, recebeu a indenização e colocou na conta da esposa, diz que mesmo com o vício nunca se endividou ou vendeu coisas, diz sempre ter tido consciência quanto às necessidades da família. No entanto, a partir daí “*eu comecei a precisar ganhar a vida tocando, aí o bicho pegou. Foi quando eu comecei a tocar dia de semana em shopping, tocar também final de semana... não tinha dia pra mim. Se eu pudesse tocar todos os dias, eu tocava pra ganhar dinheiro. Assim eu passei dezoito anos só vivendo de música, minha esposa como professora e eu tocando*”.

Ao longo desses 18 anos, seu consumo era de maconha e álcool, mas diz que diminuiu a quantidade, “*diminuiu porque eu tinha que ter responsabilidade de tocar bem e eu não podia me embriagar porque eu me perdia nos acordes, na música... e tinha que tá ligado lá, era um trabalho. Eu usava pouca maconha... só quando chegava em casa, aí eu fumava pra relaxar. Eu passei dezoito anos desse jeito, sempre usando maconha, bebendo aqui e acolá, sem muito exagero, sempre com parcimônia*”.

A vida seguiu assim, até que em 2010 e com 44 anos de idade, foi cumprida a lei que designou que as pessoas que foram demitidas indevidamente fossem reestabelecidas às empresas públicas, assim retomou vínculo como auxiliar administrativo com a empresa de energia, mas ficou cedido a uma universidade porque não tinha vaga no seu cargo, “*comecei a ganhar meu salário, comecei a ter os direitos, todos os direitos de plano de saúde, de previdência, de tudo. (...) Mas fui trabalhar em uma sala que era um depósito de lixo, praticamente assim, era um arquivo de documentos cheio de poeira, tinha um ar condicionado que fazia, acho, uns dois anos que não limpavam e eu fui trabalhar nessa sala.*

Computador arcaico, tudo muito mal, sabe, eu sei que eu comecei a ficar deprimido”.

Sua rotina começou a apresentar mudanças significativas quanto ao padrão de consumo de drogas:

Aí todo dia, no intervalo do almoço eu tomava uma cachaça, almoçava e voltava pra trabalhar de tarde. Só que foi aumentando esse consumo, tanto que eu comecei a não voltar mais. Mas isso não era todo dia, acontecia mais final de semana. Tinha dia também que eu não bebia, ficava sem beber, trabalhava, mas ficou com mais frequência o consumo de álcool e o de maconha também aumentou. Eu me acordava com ressaca, fumava maconha e ia trabalhar chapado, chegava no trabalho o pessoal notava que eu não tava normal, né, tava na cara estampada, assim... os olhos vermelhos, aquela inércia que a maconha dá na pessoa, você fica com o pensamento meio distante, parece que você não está ali, naquele lugar. E isso começou a ser notado pela minha chefia. Pra piorar a situação, eu ia fumar maconha na casa de um colega que morava perto da universidade e era quem comprava maconha pra mim e foi ele que me apresentou o crack ainda em 2010.

C. conta que começou fumando crack misturado com maconha, e que gostou do efeito, pois mesmo quando bebia muito, o melado - como é chamada a mistura de maconha e crack - cortava o efeito do álcool.

Daqui a pouco eu tava fumando dez cigarros de maconha com crack misturado. Comprava cinco pedras de crack, dividia no meio e dava pra fazer dez baseados e fumava dez, um atrás do outro. E isso foi aumentando, e isso junto com a bebida, comprava um litro de uísque, começava a beber e usar; ai foi quando eu comecei a usar o crack puro. Que é o crack que você usa com a cinza do cigarro começa a fumar e eu aumentei minha quantidade de bebida. Ai, nessa época eu saia do trabalho já ia direto pra casa do camarada lá, não passava nem lá em casa. Minha esposa começou a achar que meu problema era só alcoolismo, porque eu bebia, mas quando chegava em casa eu não aparentava que tava muito embriagado, por causa do efeito do crack e ela não sabia que eu tava usando crack.

Seguiu trabalhando na universidade e tocando à noite, mas com o uso de crack e de álcool, já não conseguia manter o desempenho, e quando os músicos com quem tocava descobriram que ele usava crack, C. ficou muito prejudicado no meio musical, diz que até hoje sua imagem está ruim.

Quanto ao histórico de uso de drogas na família, diz que os pais bebiam, mas controladamente, só o irmão parece abusar de álcool e fazer uso de maconha. C. considera-se dependente de álcool e crack, na sua rotina de 2010 em diante, diz que frequentava a casa do colega com quem fazia uso em média quatro vezes ou mais por semana. Não tinha outro local pra ir, era lá que se reunia com outras pessoas para dividirem a droga e fazer uso.

Quando uso droga, eu fico me achando. Na realidade, a última vez... eu quando usava assim, eu sentia uma depressão já. Tava me dando um desprazer, porque eu tava vendo que eu tava num buraco, querendo sair dele e não conseguia, porque a droga, o efeito da droga tava sendo mais forte do que a minha vontade de deixar. Isso me deixava muito depressivo. Muitas vezes aconteceu de tá na casa desse colega e a gente chamar garotas viciadas e fazer sexo, envolver uso de Viagra, que no caso é uma droga também, mais álcool, mais crack, mais maconha, acontecia isso aí, era quase como se fosse uma overdose de drogas. Eu sentia, às vezes, o coração batendo no pescoço, de tão alta que minha pressão tava, do efeito da dopamina, isso no outro dia parecia que eu, eu ia morrer. Aí eu tinha que usar de novo pra poder estabilizar o sistema nervoso central. E o crack foi uma droga devastadora na minha vida, assim, eu acho que ele veio... ele só não me matou porque eu parei, mas se eu tivesse continuado, eu acho que já teria morrido. Teria tido uma overdose aí de alguma coisa. O consumo dele é incontrolável, enquanto você tiver dinheiro no bolso, você tá comprando, você tá usando, não pára... é uma coisa... uma roda, uma bola de neve que vai assim, crescendo, crescendo, crescendo cada vez mais, mais, você quer mais, quer mais, quer mais e, é, um... é incrível é um negócio terrível.

A experiência que teve sem uso de drogas, C. conta que foi após a alta de um dos internamentos quando ficou dez meses sem usar nada, diz que se sentiu em equilíbrio, melhorou sua relação familiar, “*agora eu sempre sentindo aquele vazio, aquela coisa da, falta da dependência, né, da droga*”.

Quanto à função da droga em sua vida:

O crack e o álcool ele tinha uma função devastadora assim, era uma coisa que me dava um prazer na hora, era um prazer efêmero que durava pouco tempo e logo vinha o desespero. Tá entendendo? Ele não ocupava um espaço muito bom na minha vida não. O espaço que ele tava ocupando dentro da minha vida era uma coisa ruim, não sei dizer, descrever... Eu to excluindo assim como se fosse, como se fosse um deletar. Mas o que motivava usá-los era uma falsa sensação de me

sentir vivo, sentir mais energia, mais emoção, adrenalina. O crack, ele dá adrenalina, dá aquela sensação de poder. É um negócio que dura muito pouco tempo assim, sabe. Ai você já precisa usar de novo, de novo, de novo e você sempre quer manter o uso. É devastador.

Sobre os prejuízos do uso, C. diz que alteraram muito sua libido, sente-a muito baixa. O uso de drogas somado aos antidepressivos que toma diz que “*sinto-me meio morno*”. Tem sintomas de impotência sexual e só consegue realizar o ato sexual com medicação estimulante. Não sabe se esses sintomas foram do consumo de drogas ou se estão interligados também com a Diabetes que descobriu ter há pouco tempo. Socialmente, diz que se isolou de todo mundo, manteve apenas o ciclo fechado de relacionamento com usuários. E tal postura, influenciou sua vida profissional como músico.

No âmbito familiar, diz que o filho mais velho foi diagnosticado com transtorno de personalidade *borderline*, e acha que ele pode ter se desenvolvido assim devido ao seu uso de drogas e as constantes brigas que presenciava entre C. e a esposa. A relação com os filhos é distante, descreve-os como uma incógnita. Diz que tem tentado se aproximar dos filhos, eles sabem de todo seu processo de uso de drogas e tratamento, e ele tenta fazer disso um exemplo para que os filhos aprendam que as más escolhas produzem dificuldades. C. diz ter adiado a realização dos seus sonhos, “*sempre deixei as coisas pela metade, nunca termino. Eu já gravei dois CDs de, de músicas minhas, composições, dois CDs bons e eu nunca fiz nada, gravei e deixei engavetado. Não divulguei o trabalho, não fui pra uma rádio divulgar. Montei uma banda, não fiz show, não fiz nada. Simplesmente gravei pra dizer que eu gravei, pra dizer que eu tenho músicas próprias, isso ficou pra mim, ficou parado*”.

Histórico de tratamento e enfoque no internamento atual.

Em 2010, a esposa levou-o pela primeira vez a um psiquiatra. Ela achava que era só problemas com o álcool. Mas na conversa com o médico C. falou sobre todas as drogas, foi receitado um esquema medicamentoso. Começou a tomar os remédios e um dia fez uso de álcool, teve uma intoxicação muito forte e passou 10 dias no hospital. Após isso, conseguiu passar três meses em abstinência, depois recaiu no uso de crack. Foi quando pediu ajuda à Assistente Social da empresa que trabalha, ela indicou o RAID e veio para o primeiro internamento em 2011.

No primeiro internamento, diz que ficou cinco meses internado e quando terminou o prazo do INSS, decidiu abandonar o tratamento e voltar a trabalhar. Seguiu tomando a medicação e passou dez meses em abstinência. Então após esse tempo, recaiu primeiramente,

no uso de maconha:

Eu disse pra mim vou só usar no final de semana, uma vez de noite, aí começou a ficar mais recorrente o uso, o uso foi aumentando. Daqui a pouco, já não tava fazendo o efeito desejado e eu me boicotei da seguinte forma: eu parei de tomar o remédio, e tava esperando receber um dinheiro que a Empresa paga toda vez que é a participação de lucro. O dinheiro saiu e minha esposa tava confiante em mim, que eu não ia usar nada, que eu tava sem usar nada, me deu o cartão do banco. Ela disse: vá ver o saldo, ver se o dinheiro entrou. Ela tava botando crédito no celular dela. Aí eu fui lá ver o saldo, quando eu vi o saldo, o dinheiro tinha entrado. Aí eu na mesma hora, não pensei duas vezes, saquei quinhentos reais, em dinheiro, botei no meu bolso e tirei o saldo. Eu me roubei, eu roubei um dinheiro que era meu, mas eu chamo isso um furto. Porque eu tirei da minha família. Eu já tava recaído a partir desse momento que eu saquei esse dinheiro, mas mesmo assim, eu ainda passei uma semana articulando a recaída. Eu passei a semana trabalhando, quando chegou na sexta-feira, que eu saí do trabalho, eu já fui num bar, que era um bar perto do uso, do local de uso, eu já tava devendo nesse bar. Fui lá paguei a conta que tava devendo, de não sei quanto tempo atrás, já peguei um litro de uísque e comecei a beber. Aí, com isso os amigos de, de bebida me viram não sei quantos meses sem eu beber, quando me viram fizeram a festa. ‘Ele voltou! O boêmio voltou novamente!’ Aí correram tudo pra minha mesa, arrumaram um violão, eu fiquei logo rico, botei outro litro de uísque e a gente começou a beber, aí daí eu corri pro crack. Fui pra casa desse cara que eu usava, quando chegou lá ele tomou um susto, porque ele pensou que eu não ia usar mais.

C. conta que usou crack dois dias e percebeu que já estava completamente fora de controle. Ao chegar em casa, contou para a esposa e ela queria que ele se internasse em uma instituição fechada por seis meses, no entanto, ele preferiu vir ao RAID, disse que só faria o tratamento se fosse voluntariamente. A esposa não apoiou sua decisão, pois disse não acreditar no trabalho do RAID, já que ele recaiu. Essa entrevista, acontece nesse momento, no segundo internamento de C. no RAID.

Sobre o porquê de ter escolhido o RAID para o internamento, C. diz que desde a primeira vez gostou do Instituto, foi bem tratado, descreve “*é um espaço democrático. Eu senti autonomia aqui dentro. Porque tem clínicas que você vai e fica dopado, que eu já ouvi falar, nunca fui, graças a Deus eu ainda não fui. Você vai pra lá e fica o tempo todinho dopado e sem ter uma assistência psicológica. E aqui, a gente tem o tempo ocupado, que eu*

acho muito importante, essa questão de você ter os grupos, de você ter horário pra acordar, ter horário pra comer, isso cria um cotidiano da vida normal que você vai ter que levar lá pra fora. Eu acredito muito nesse método do RAID”.

Já nesse segundo internamento, decidi vir ao RAID porque “quando eu usei pela segunda vez, eu fiquei em pânico. Cheguei em casa chorando, em pânico com a depressão que me veio depois, aquela tristeza, a angústia foi tão grande de ter usado que eu digo: só tem uma forma de eu parar, parar essa dor: eu preciso me isolar, me afastar. Ai foi essa sensação que eu tava sentindo quando corri pra cá e pedi socorro ao RAID. Foi como uma forma de interromper o uso. Se eu fosse ficar em casa, talvez eu passasse quinze dias sem usar, vinte dias, mas eu ia voltar a usar”.

Sobre o modelo de tratamento do RAID, C. diz:

É um modelo de albergue, no caso, convivem pessoas de níveis diferentes, de graduação diferente, mesmo uma pessoa com nível escolar baixo até uma pessoa pós graduada, doutor e tal. E você vê assim, que, na realidade, todos são tratados... eu vejo todos tratados iguais. Eu sinto que a gente quando tá em terapia tá todo mundo nivelado, cada um com seu problema, com seu problema singular. Eu acho que o modelo de tratamento do RAID ele é muito democrático assim, em relação a tratar as pessoas. E o tratamento do RAID é um tratamento que faz com que a pessoa tenha um cotidiano. Porque quando a pessoa tá se drogando, a pessoa não tem noção de hora, de dia, perde a noção das coisas, você fica, se tranca num lugar pra começar a usar droga, você esquece, no meio da noite amanhece o dia, ai você vai bebe, vai e não sei o quê...E o RAID faz com que você volte a pensar que existe horário pra acordar, existe horário pra dormir, faz uma reeducação da vida da pessoa. Eu acredito que esse é o método do RAID, uma reeducação em relação ao cotidiano, a você voltar a viver uma vida normal como todo mundo vive. Porque o drogado, a pessoa que toma droga assim, que tá no auge do uso, ela perde totalmente a noção de dia, de obrigação, da alimentação, não pensa. Não quer comer, não come, não tem hora pra comer, não tem hora pra dormir, não tem hora pra nada, você tem 80% do seu tempo investidos em como você vai conseguir a droga, e usando a droga e se recuperando do uso. O RAID corta isso, corta esse lado, faz com que você volte a ter autonomia, volte a pensar de uma forma racional, de uma forma equilibrada.

Quanto às mudanças que percebe em si, ao longo do tratamento “estou mais tolerante, mais paciente, eu não sinto mais tanta ansiedade e depressão, aquela tristeza que eu sentia

não sinto mais. Eu só acho assim, o que ainda reclamo é porque minha vida tá morna assim... ela não tá nem quente nem fria, tá no meio termo assim, entendeu? Outra mudança, é que tô mais compreensivo com meus filhos, eu acho que eu converso mais, procuro puxar mais assunto com eles, ser mais amigo deles, coisa que eu não era. Eles até estranham, dizem que eu estou muito sentimental, que eu tô querendo ser pai agora, querendo ocupar meu espaço, né, meu espaço de... de... de... de... de pai”.

Sobre o que mais o ajuda no internamento, C. fala do grupo de prevenção da recaída porque acontece nas sextas-feiras, que é o dia que ele diz sentir mais fissura e a discussão no grupo o ajuda a refletir, *“já acende uma luz vermelha”*. Também gosta do resultado que está tendo com a família, sente que o tem tratado melhor devido ao internamento. Ressalta que gosta dos grupos, mas participa mais ativamente no grupo de música porque contribui tocando e participa também da discussão.

C. diz que o fato do internamento ser voluntário lhe possibilitou o *“reconhecimento de que eu estava precisando de ajuda, que eu tava precisando me tratar. Não foi uma coisa que eu tava cego, usando a droga e de repente pra poder eu parar de usar fui pego à força, levado pra um lugar, onde me dariam uma injeção. Isso aí seria muito, muito difícil pra mim, se acontecesse um dia esse tipo de coisa”*.

Após a alta do internamento, C. pretende seguir no ambulatório, continuar frequentando os grupos de prevenção da recaída, continuar com a medicação prescrita e resume: *“não vou ficar sem tratamento de jeito nenhum. Eu vou continuar. Não vou ficar achando que eu tô curado, que tô bem, que eu tô saindo bem não, não, não isso aí é um ledo engano. Porque eu já saí daqui achando que tava bem e não estava, eu vou sempre tá com o pé atrás”*.

Discussão da Entrevista 3

C. sublinha o significativo *“trabalho”* ao longo de toda a sua fala. Desde cedo, aprendeu *“a valorizar o trabalho”*, e sua história profissional possui dois rumos: o trabalho com a música e o trabalho na empresa em que o pai trabalhava, em ambos teve a influência do pai, há uma marcada identificação.

Enquanto tocar violão é inicialmente associado pelo pai como *“boêmio”*, no trabalho arrumado pelo pai havia maior *“estabilidade”*. B, no entanto, consegue ser reconhecido pelo pai nesses dois lugares e encontra nessas atividades sua fonte de renda, diz que para ele *“Não*

vinha nada fácil". A finalidade do trabalho estável é sustentar a família e "*usava drogas com o dinheiro extra*" de seu trabalho boêmio.

Ao contrário dessa direção, C. descreve uma mãe consumista, que gastava "*mais do que podiam*" e endividava o pai. O que C. terá apreendido dessa diferença de lugares entre ganhar para gastar e gastar sem ter de onde tirar? Em qualquer uma das posições o consumo faz intersecção. E essa capacidade de consumir exaltada na vida familiar se coaduna com uma sociedade capitalista, onde o indicador de sucesso é validado pelo que se consome.

Ao ser demitido da empresa de energia, passou a "*ganhar a vida tocando*", "*tocava pra ganhar dinheiro*", passou "*dezoito anos só vivendo de música*". Das festas familiares ao trabalho como músico em bares, o consumo de drogas acompanha a vida de C., no entanto, sempre "*sem muito exagero*".

Uma torção nesse modo de uso acontece quanto C. é reintegrado ao trabalho na empresa de energia, diz que começou a "*ganhar salário, ter todos os direitos*", mas nesse mesmo ato, foi trabalhar em "*uma sala que era um depósito de lixo*", daqui, começou "*a ficar deprimido*". Situa-se a partir deste ponto um aumento na frequência de uso de álcool e maconha que coincide com o intervalo do trabalho ou durante o próprio trabalho, "*ia trabalhar chapado*" e "*ficava com o pensamento meio distante, parece que você não está ali*".

Quando voltou a ter a carteira assinada relata que houve um desinvestimento em seu trabalho como músico, e uma maior entrega ao uso de drogas. Diz que "*seguiu trabalhando na universidade e tocando à noite, mas com o uso de crack e de álcool já não conseguia manter o desempenho*". C. não subjetiva muito sobre a função de seu uso de drogas. Faz um relato descritivo de sua forma de uso, mas consegue sublinhar "*Quando uso droga, eu fico me achando*", "*tinha de usar de novo para estabilizar o sistema nervoso central*", "*o consumo dele [crack] é incontrolável*".

O que o uso de álcool e crack tenta estabilizar na vida de C.? A fala aponta que sua questão tem mais a ver com o trabalho do que com o uso de drogas. Parece que o trabalho é quem faz o complemento fálico dele, gostar de trabalhar é um ofício que aprende com o pai. Enquanto músico, trabalha com arte, criatividade, tem protagonismo e reconhecimento, mas ao ser cedido à universidade, situa como se tivesse acontecido uma morte simbólica, identifica-se com o lixo ao redor e se drogar pode ser o único lugar possível de reconhecimento.

Gianesi (2005) diz que segundo Santiago (2001) "torna-se viável afirmar que não é possível estabelecer razão direta e literal, ou determinação causal entre a droga e a toxicomania, e tampouco entre o efeito químico explicitado pela ciência e a fala sobre o

objeto. Isso porque existem muitos dizeres sobre a droga, que são particulares e aparecem de forma única em cada sujeito” (p. 127).

Em nossa leitura desta entrevista, não é possível apontar detalhadamente como a *operação de farmakon* se organiza, há uma inclinação para pensar em uma toxicomania de suplemento. No entanto, ocupamo-nos mais em levantar questões sobre o que pode fazer função de significante para C., do que tivemos condições a partir do material da entrevista, de ter pistas de como a função do tóxico opera. A droga ocupa um lugar particular, sem dúvida, porém C. expressa uma colagem à “necessidade” da substância, não esboçando ainda uma demanda mais simbólica do que fez a transição de seu uso controlado para a dependência que diz possuir.

Parece que o uso de drogas tenta suplantar a morte simbólica vivida no trabalho - burocrático e desvalorizado - que ocupa na universidade. Com toda a força o *farmakon* conserva aqui a função de remédio e veneno enquanto C. enfrenta uma discordância entre sua imagem real e a ideal, quando o trabalho, que parece ser seu complemento fálico, fracassa.

O seu sentimento de impotência parece ser anterior ao que descreve como impotência sexual, efeito dos prejuízos do uso de drogas. A impotência parece marcar C. a tal ponto que a motivação para o uso de drogas advinda da “*falsa sensação de me sentir vivo, sentir mais energia, mais emoção, adrenalina*”. Falsa sensação de se sentir vivo equivale a estar morto? Daí, o que advém como queixa no curso do tratamento é o fato de sentir-se “*meio morno*”, falta-lhe a droga que vivifica? Sem a droga é tomado por representações intoleráveis e ainda pouco representadas pela sua palavra? A droga o lança, tal como descreve na última recaída, ao encontro com o boêmio, ali “*O Boêmio voltou novamente*”, esse é o único lugar para recuperar o significante paterno?

C. não faz “questão” de seu tratamento (tanto pelo fato de não questionar-se sobre o que o mobiliza ao internamento do ponto de vista psíquico; quanto pelo fato de não valorizar o espaço como lhe propiciando alguma continência específica). C. pede “*socorro ao RAID*” para interromper sua recaída e o que o mobiliza ao Instituto é o reconhecimento de que “*é um espaço democrático*”, por sentir autonomia. Estaria a instituição favorecendo a transferência de C. exatamente por dar abertura ao seu tempo de subjetivação? O que ele chama de democrático, seria o acolhimento para que os desdobramentos de cada história venham a partir da disponibilidade de fala de cada um emergir nos grupos, no atendimento individual? A autonomia refere-se à aposta na subversão do sujeito que cada hóspede da instituição pode fazer?

A equipe terapêutica precisa estar advertida de que “Quando o sujeito não fala, o corpo

apresenta-se capaz de satisfazer a energia pulsional. Na ausência de um discurso que promova o enlaçamento social o real aparece através das ações desgovernadas na ânsia de satisfazer o imperativo do gozo” (Moraes, s/a, p. 07). Desse modo o manejo institucional suporta que C. atribua como função do internamento proteger a vida, evitar uma overdose, enquanto a escuta situa que a droga na singularidade da história de C. é quem responde pela manutenção da sua vida.

O tratamento visa a uma retificação subjetiva, no entanto, é preciso antes disso que a falta se evidencie:

Entendemos que a psicanálise trabalha com o sujeito do inconsciente, portador de uma falha fundamental, que o caracteriza como faltoso. É esta falta que o torna um sujeito desejante, que promove o laço social e o torna parte da civilização. Dizemos que na atualidade o sujeito encontra-se apagado devido às inúmeras tentativas de tamponar esta falta, de obstruí-la. Entretanto, sabemos que os objetos oferecidos pelo mercado e pela ciência não são capazes de tamponar por completo essa falha fundamental (Vieira, M. P.; Besset, V. L., 2008, p. 48).

Se o espaço institucional lhe reeduca, ajuda-o a ter “*um cotidiano*”, todavia, enquanto ele ainda não endereça uma pergunta sobre o seu sofrimento, o manejo institucional não deve perder de vista a possibilidade de interrogar e acompanhar os deslizes significantes que deixam “*morna*” a temperatura da vida de C.

O objetivo no trabalho, a partir da escuta psicanalítica, não é solucionar a questão do sujeito; é ao contrário, levar o sujeito a uma questão:

A impostura do analista permite que o lugar da falta se evidencie e que o sujeito possa se perguntar sobre o que ele quer e sobre o que lhe falta, no lugar de ficar apenas tentando incorporar mais objetos na tentativa de eliminar o sofrimento, sem ao menos refletir sobre o que lhe passa (Vieira, M. P., Besset; V. L. (2008, p. 50).

Reclamar de uma vida morna, que “*não tá nem quente nem fria, tá no meio termo*”, parece ser a justa medida para silenciar as interrogações, e não avançar sobre o campo das paixões (*pathos*). Essa conformidade com o sintoma, no âmbito da queixa, parece não anunciar nada relativo ao desejo, ou exatamente, evitar que algo do desejo se articule.

5.3. Entrevista 4

Dados pessoais e história familiar

D., 32 anos, sem profissão e desempregado. Seu pai é corretor de imóveis e a mãe, arquiteta e psicóloga. Tem um irmão, um ano e quatro meses mais velho, que é educador físico e psicólogo. D. é casado e tem uma filha de quatro anos.

Sobre a infância diz ter sido perfeita, foi um garoto muito hiperativo, *“tive tudo que uma criança normal gostaria de ter, brincadeiras, escolas boas, sempre fui um dos primeiros de turma até meus 14 anos mais ou menos”*.

Na adolescência, *“eu mudei de escola, por ser o menor da turma, como uma forma de chamar a atenção, comecei a fumar cigarro com 12 anos. Coloquei brinco, andei de skate e comecei a tirar notas baixas na escola”*. Dessa época, percebe que não tinha muita noção de limites.

Quanto à vida familiar, diz que os pais brigavam muito porque o pai era ciumento. A mãe viajava muito, trabalhando como psicóloga, e o pai é quem ficava em casa. Os pais tiveram filhos muito jovens e D. lembra que todos os finais de semana, os pais gostavam de sair, passear e separavam ele do irmão, deixavam o irmão com a avó paterna, e ele com a avó materna. Na relação com os pais, diz que nunca lhe faltou nada de bens materiais, mas que não tinha muito afeto, devido à dinâmica de vida dos pais, lembra de ter sido criado pela secretária que cuidava da casa.

Quando estavam presentes, a mãe buscava conversar e o pai sempre foi um incentivador da prática esportiva. Na relação com o irmão, diz que sempre foram muito companheiros e muito livres, sente que os pais sempre exigiram mais do irmão do que dele.

Conta que, aos 17 anos, pegou o pai e o tio em casa, com outras duas mulheres, e relatou o fato para a mãe e para a tia, e isto motivou os divórcios. A partir daí, os pais se divorciam, saíram de casa e o irmão e ele morando sozinhos, no apartamento.

D. iniciou cinco cursos universitários, mas não concluiu nenhum, devido ao uso de drogas.

Histórico de uso de drogas

Inicia o uso de tabaco e álcool aos 12 anos, o pai era fumante e D. fumava escondido com os cigarros do pai e também fumava na escola. Em seu primeiro contato com o álcool, bebeu uma garrafa de vodka e quase entra em coma alcóolico. Aos 14 anos, inicia o uso de maconha com colegas da escola. Aos 17 anos inicia uso de cocaína, esse uso coincide com a

época que passa a morar sozinho com o irmão, e o irmão começa a tocar numa banda e a se apresentar em boates e tiveram acesso a essa droga.

A partir dos 17 anos, começa a trabalhar como assessor parlamentar, e começa a fazer festas e consumir maconha e cocaína em casa, *“minha casa se transformou num bordel, não soube utilizar essa liberdade que a gente teve”*.

Aos 22 anos, teve um surto psicótico, *“eu só usava maconha e cocaína. Não tinha afetado ainda minha vida social. Eu fazia faculdade normal, tinha meu trabalho normal, tinha meu carro, tudo direitinho. Só que aí eu tive um surto psicótico e foi diagnosticado que eu tinha transtorno bipolar”*. Acha que o seu uso de substâncias psicoativas e o fator genético, já que tem três tios com esse mesmo diagnóstico foi o que desencadeou o surto. Foi internado por uma semana em uma clínica psiquiátrica, desse período lembra pouca coisa, mas se achava com poderes sobrenaturais e ficava em constante euforia. Não aceitou a doença, não queria tomar os remédios e, a partir daí, identifica que o seu uso de drogas aumentou.

Sentia-se bem, mas seu comportamento em plena mania incomodava as outras pessoas. Nesse período tentou suicídio, tomou em excesso as medicações psiquiátricas prescritas, e que não gostava de tomar. Foi internado para uma lavagem estomacal e ficou bem. Depois disso, não tomou mais remédios e mantinha-se usando drogas.

Aos 23 anos começa a fumar maconha misturada com crack, em uma festa no Recife Antigo, deixa de cheirar cocaína e fica usando essa mistura até os 25 anos, quando passa a usar o crack puro, *“quando eu passei a usar crack puro, eu passei 06 meses usando todos os dias crack puro, onde não bebia nem água praticamente. Tive um princípio de enfisema pulmonar. Eu tenho 01 metro e 89, cheguei a pesar 63 Kg. E aí, fui internado num manicômio”*. Ficou 15 dias internado em outra clínica psiquiátrica. Ao sair dessa clínica, ou seja, desde 2007, não voltou a usar crack, mas passou a beber e cheirar cocaína mais intensivamente.

Quando estava usando drogas diz que *“tinha uma sensação de prazer de uns três minutos, muito grande, e depois, uma sensação de angústia muito grande e de morte”*. Com o uso de cocaína dizia ter algum controle, mas no uso do crack perdeu completamente o controle. E quando não está usando *“eu tenho oscilação normal da bipolaridade. Mas, eu tomo meus medicamentos normais e consigo ter uma vida social normal”*.

Sobre a função de seu uso de drogas: *“eu usava como remédio”*. Diz que ela remediava a angústia proveniente da bipolaridade. Perguntado se mais alguma coisa o angustiava, diz que se sentia culpado pela separação dos pais e a droga diminuía a culpa e trazia algum prazer.

Sobre os prejuízos de seu uso *“passei por cima de todos os meus princípios. Pedi demissão do emprego pra receber rescisão e poder pegar o dinheiro e usar droga. Perdi noiva. Perdi carro, tive 07 perdas totais de carro, alcoolizado e drogado. Uma dessas perdas, eu tinha 14 anos, estava alcoolizado e roubei o carro do meu pai e sofri um acidente. Só tive esse surto, só que fora esse surto, tive muitas paranoias, achava que o pessoal me olhava diferente e senti muita depressão”*.

Na relação profissional, perdeu toda credibilidade. E na relação familiar, agradece por poder contar com a mãe, que foi quem arcou com os débitos e nunca o abandonou. D. diz nunca ter tido uma boa relação com as drogas, desde o início sua forma de uso foi destrutiva com todas elas, nunca estabeleceu uma relação recreativa, mas acha que a que lhe trouxe mais prejuízos foi o uso de crack. Na sua família tem um tio que é alcoolista. Foi D. quem apresentou maconha ao irmão quando este tinha 21 anos, e depois fumavam mesclado, crack com maconha. Posteriormente, o irmão passou a usar crack puro também, tornou-se dependente e teve alguns internamentos no RAID.

Histórico de tratamento e enfoque no internamento atual.

Houve os dois internamentos já citados, em clínica psiquiátrica e foi acompanhado por vários psiquiatras que faziam prescrição medicamentosa. Interna-se no RAID pela primeira vez em 14/09/2007, pois embora não estivesse usando crack, estabeleceu a mesma compulsão com álcool e cocaína. Quando chegou para o internamento *“eu disse que estava preocupado com a saúde da minha mãe, pelo fato dela estar com câncer e meu terapeuta e médico, que me acompanha até hoje, disse: sua doença é mais grave que a da sua mãe. Comecei a identificar que outras pessoas tinham o mesmo problema que eu. Esse espelho, nos grupos de autoconhecimento, fez com que eu refletisse e visse que tinha possibilidade de sair das drogas, mesmo sendo uma chance mínima. Porque eu descobri que de cada 10 que se tratam, 02 conseguem sair e eu me apeguei nesses dois. Sai pela primeira vez de alta clínica. E continuei o tratamento”*.

O primeiro internamento foi de 49 dias, e depois seguiu com medicação ajustada, participava de grupos dos Alcoólicos Anônimos e grupos em igrejas. Seguiu por seis anos, mantendo o tratamento e sem recaídas, abstenendo-se de todas as drogas. A família também participou do seu tratamento, vindo às reuniões e o ajudou muito. Conseguiu reorganizar sua rotina. Fazia manutenção, ficando alguns dias no RAID, a cada seis meses e participando de terapia individual e terapia em grupo, semanalmente. Ao longo desses seis anos, veio diversas vezes para algumas manutenções, tanto as que eram combinadas previamente com o

terapeuta, quanto em outros momentos em que D. ou o grupo terapêutico sinalizava que ele não estava bem. Passava alguns dias no RAID, trabalhava nos grupos seus sentimentos, tinha um tempo para se reorganizar.

Conta que a maior motivação para essas manutenções “*era problemas no trabalho. Afetivo... não tive problemas afetivos em termos de relacionamentos. Mas em termos profissionais, quando lidava com alguma dificuldade, ou metas a serem colocadas pra mim, e eu não consegui cumprir, isso me deixava muuito angustiado. E eu pedia demissão. Eu fugia. Antigamente, eu fugia utilizando a droga. E, recentemente, eu fugia pedindo demissão, mas é o mesmo movimento, mesmo sem ter a utilização da substância*”.

Há três meses, voltou a fazer uso de maconha e o seu terapeuta orientou que voltasse a se internar, pois apresentava uma recaída comportamental⁵⁴ que poderia trazer prejuízos maiores. Ele contextualiza esse uso de maconha, diz que vinha tendo paranoias frequentes, pediu demissão do emprego e quando ficou ocioso em casa, pensou em fazer um uso recreativo de maconha. No entanto, em pouco tempo esse uso já estava lhe trazendo problemas. Esta entrevista acontece nesse momento do internamento de D. no Instituto RAID.

Quanto ao modelo de tratamento do RAID, descreve:

É um modelo de autoconhecimento, onde as pessoas identificam dificuldades na sua vida pessoal, profissional, ou de relacionamento ou depressão. Porque normalmente a dependência química, ela vem como uma doença secundária e eu não sabia disso. Tem uma doença primária antes, onde a gente identifica e conseguindo tratar faz com que fique bem mais fácil a gente lidar com essas dificuldades. E a gente aqui ganha a teoria, e a prática tem que ser posta lá fora. Eu acho que o RAID é um primeiro momento e o tratamento tem que ser continuado lá fora, cada um de uma forma diferente, com as suas singularidades.

Sente-se diferente com o tratamento, menos arrogante, mais carinhoso. Durante o internamento, acha que o que mais o ajuda são as terapias “*pelo fato de identificar coisas que estão no inconsciente, digamos assim, e interiorizar informações de que nós não podemos fazer utilização daquela substância. A recaída, ela é inconsciente e esse inconsciente é porque a gente não interiorizou a informação que não pode utilizar aquelas substâncias. E eu acho que a terapia, pelo fato de você estar frisando sempre aquelas dificuldades, você*

⁵⁴ O Instituto RAID considera que não apenas o uso de drogas faz parte da rotina tóxica. Também tóxicos podem ser os comportamentos - quando guiados pela impulsividade e descompromissos – e as emoções – quando instáveis e desconectadas do pensamento e reflexão. Tais circunstâncias na experiência do tratamento parecem anteceder episódios de recaída no uso de drogas, por isso, são chamadas de recaída comportamental.

consegue melhorar”.

Sobre a especificidade do internamento voluntário *“Eu acho que é uma busca minha, quem vai ganhar sou eu. Eu não tenho que me internar por causa de ninguém. Quem tá se sentindo mal sou eu. Eu acho que quem tem a ganhar sou eu. E eu mudando vou conseguir lidar melhor com as pessoas, independente delas serem as mesmas. Porque muitas vezes, as pessoas querem que as outras mudem e a gente não tem essa capacidade, só temos a capacidade de mudar nós mesmos. E por ser voluntário, eu acho que o sucesso é maior”.*

Após a alta, pretende seguir com maior vigilância quanto ao uso de drogas, pois percebeu que o uso de qualquer substância, tal como foi essa experiência de três meses usando maconha pode desorganizá-lo muito. Diz que *“é difícil a pessoa lidar com suas dificuldades, tocar na sua ferida, é mais fácil jogar as dificuldades pra baixo do tapete”*, mas ele diz desejar reconstruir uma rotina saudável e seguir em tratamento.

Discussão da Entrevista 4

D. fala pouco de seu histórico familiar, durante a entrevista não consegue fazer associações de sua infância, diz lembrar pouco. Conta ter sido criado pela secretária e justifica a ausência e pouca afetividade dos pais por serem jovens. Descreve uma relação de companheirismo e liberdade com o irmão mais velho e acrescenta que os pais exigiam *“mais do irmão do que dele”*, logo podemos ler que exigiam menos dele. Estaria D. com a droga fazendo suplência, tentando marcar a existência, uma possibilidade de a-mais?

Quanto a si, D. tenta se sobressair na escola a partir da rebeldia já que era *“o menor da turma”* e dessa época percebe-se com pouca noção de limite. Na adolescência, é o delator da traição do pai que culminou com a separação do casal, bem como, a saída de ambos da casa, deixando D. e o irmão morando sozinhos. Essa separação, ao mesmo tempo que se apresenta como uma realização edípica, separando seu pai de sua mãe, pode ter sido a queda para D.?

Quanto ao uso de drogas, D. descreve uma voracidade no uso, um empuxo à morte: no primeiro contato com o álcool quase entra em coma. Fala de uma sucessão de perdas como prejuízo do uso, incluindo *“07 perdas totais de carro”*. Após o surto psicótico e o diagnóstico de transtorno bipolar é quando identifica que aumentou o uso. Tenta suicídio e depois *“mantinha-se usando drogas”*, sempre numa relação muito destrutiva com todas as substâncias.

Na tentativa de construir um aprofundamento clínico na história de D. ficamos com a

impressão que muitos elementos estão soltos, de que havia furos no tempo, uma descontinuidade. E assim como na entrevista de C., propomo-nos aqui, a fazer interrogações que, no âmbito do tratamento, poderiam ser exploradas.

Na história de D. teria faltado um maior banho libidinal por parte de seus pais? Não é possível localizar, na fala de D., significantes importantes que os pais lhe tenham emprestado. A marcada ausência relatada em “*quando (os pais) estavam presentes*” insinua pouco espaço dos pais, enquanto Outro, apontarem sentidos para dizer quem D. é, falicizá-lo. E a “falicização implica, nada menos, que uma criança fique marcada como ser desejado. (...) sem a falicização, é muito improvável que um indivíduo chegue a ter um corpo verdadeiramente erógeno, marcado pelo desejo” (Rodulfo, 1990, p. 61).

D. se reconhece na família a partir do diagnóstico de “*transtorno*”, refere que assim como três tios, devido a fatores genéticos, ele teve o surto psicótico. O que o identifica como pertencente ao grupo familiar é a bipolaridade, mas será que se refere também ao transtorno que culminou com a traição, ou com o transtorno do seu nascimento e de seu irmão para pais jovens? Não temos por objetivo nos fixar ao diagnóstico tal como D. o faz, mas essa é uma pista de como se estabelece enquanto estrutura. E desse modo, Petri (2003) nos diz que,

A criança psicótica não tem a agulha significante Nome-do-Pai para costurar o corte produzido pela inscrição (...). As crianças psicóticas ficam alienadas ao Outro, presas aos enunciados primordiais, comprometendo sua inscrição na linguagem e sua separação do Outro primordial, que as toma como objeto (...). O psicótico, embora esteja na linguagem, está fora do discurso, pois o discurso implica a referência ao desejo do Outro, ou seja, uma referência à falta no Outro” (p.55).

No que D. consegue falar de sua infância e desenvolvimento, quanto ao fato de que nunca lhe faltou nada de bens materiais, parece que sua educação e cuidados foram no sentido de garantir a sobrevivência. Em sua fala é possível identificar significações frouxas e certo apego ao “*transtorno*”, como se D. ficasse preso ali, como dejetos, objetos. Fink (1998) diz que “Segundo Lacan, a psicose resulta do fracasso por parte da criança de assimilar um significante “*primordial*” que estruturaria de outro modo o universo simbólico dela. Esse fracasso deixa a criança sem âncora na linguagem, sem uma bússola que a oriente” (p. 78).

E Melman (1992) adverte que, embora a dependência do Outro seja constitutiva, a toxicomania é uma operação para lidar com o estado de falta, com o objetivo de contorná-la

no real, já que a função simbólica falha:

a dependência é também um estado normal constitutivo do sujeito. Cada um se encontra, com efeito, em estado de adição em relação à instância subjetiva que representa o falo, cuja falta provoca angústia quando é ocasional e a psicose quando é definitiva. A angústia ligada a seu eclipse é muito próxima daquela do drogado em estado de falta e pode servir, como a dele, para alimentar um gozo. Mas⁵⁵ a diferença maior é que esta instância fálica é primordialmente simbólica e imaginária, enquanto que a dependência toxicomaniaca privilegia um objeto real” (p.121).

Assim sendo, perguntamos: a *operação de farmakon* orientada para a suplência funciona como estabilizadora? D. faz suplência ao que não é possível simbolizar? Se assim o for, o objetivo terapêutico é “criar condições para que o paciente consiga construir um objeto de desejo, empreendendo um luto do objeto para sempre perdido, podendo assim, realizar separações e enfrentar-se com a falta, não mais como pura perda, mas desde a ótica da castração simbólica” (Conte, 2003a, p.142).

Quanto à função do uso de drogas, no âmbito do tratamento, D. atribui que usava como remédio para tratar a bipolaridade e para remediar a culpa pela separação dos pais. E sua entrada no internamento não foi se ocupando com seus próprios sintomas, mas (pré-)ocupado com o câncer de sua mãe. No curso do tratamento, D. enfatiza a função especular do grupo “*Esse espelho nos grupos de autoconhecimento fez com que eu refletisse e visse que tinha possibilidade de sair das drogas*”, o que se destaca aí, o espelho do grupo, o outro no coletivo do tratamento lança-lhe um olhar que o interroga enquanto desejante, faz aposta nele, ao passo que seus pais não exigiam muito dele?

As intervenções institucionais precisam estar advertidas da especificidade de sua ação que, conforme Viganò (1999), é introduzir, através da construção do caso clínico, o lugar da palavra.

Construir o lugar da palavra subjetiva é criar o lugar do Outro que permite a palavra. O Outro que nós chamamos equipe de trabalho, é qualquer um que no interior do vínculo social, esteja disponível à escuta, operadores que evitam, sobretudo devorar os sujeitos com psicofármacos, auxílios, projetos próprios, etc. (p. 56).

⁵⁵ Após o “Mas” deveria ter uma vírgula. No entanto, sendo citação direta estamos sendo fidedignos à fonte.

Essa é uma operação que leva em conta a multiplicidade de respostas no encontro de cada sujeito com sua subjetividade, onde o tratamento subsidia a direção do desejo, na singularidade de cada caso.

Na continuidade do tratamento, D. segue com acompanhamento ambulatorial e fazendo manutenções do seu vínculo com a instituição, contando com esse espaço para trabalhar seus sentimentos e se reorganizar. No entanto, parece ser fruto do seu investimento no tratamento uma elaboração importante: a percepção de que, quando metas são colocadas para ele, não consegue cumprir. A entonação e a repetição dessa percepção de que “não consegue cumprir” parece ser o lema de D., ou mais além, apresenta-se como nome de gozo, rerepresentando, talvez, que nunca vai estar à altura do irmão ou dos colegas de classe, ele é sempre “menor”. Diz: “*Antigamente, eu fugia utilizando a droga. E, recentemente, eu fugia pedindo demissão, mas é o mesmo movimento, mesmo sem ter a utilização da substância*”. Seja repetindo o que lhe diz o analista, o grupo terapêutico ou a equipe de tratamento, essa elaboração contém uma subversão. E ainda há maior destaque porque a dificuldade de lidar com expectativas e com o cumprimento de metas parecem surgir como significantes que retomam algo da história de D. Há uma oferta enquanto metáfora para o processo analítico.

D. descreve o modelo de tratamento como de “autoconhecimento”, e Le Poulichet (1990) descreve que, na toxicomania de suplência “o sujeito enfrenta uma falta de representação do seu próprio lugar, e sua identificação com o objeto de gozo do Outro constitui uma resposta possível a esta falta” (p. 134). Talvez o manejo do tratamento seja no sentido de possibilitar a construção de um objeto de desejo que permita sustentar uma castração simbólica, e não mais real, dando alguma consistência ao corpo de D. e fazendo alguma continência às representações insuportáveis que lhe sobrevêm e o impelem para a fuga. Um trabalho que seja possível desidentificar-se de cair enquanto objeto perante seus sentimentos de culpa, mas ter uma continência que lhe dê alguma sustentação na palavra, na transferência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou articular teoria e clínica a partir do campo pulsional, portanto, compreendendo-os à luz da metapsicologia⁵⁶ tal como Freud indicava. Assim sendo, a toxicomania precisa ser lida como expressão/atuação de um sujeito, dividido, de desejo, lidando com a tensão advinda do desprazer, inerente ao aparelho psíquico e buscando incessantemente impedir que o trajeto pulsional contorne a perda de objeto. Ao contrário, a droga é tomada como solução real para a falta de objeto própria à constituição da subjetividade.

Buscamos apresentar as consequências dessa posição, que visa mesmo apagar a condição de sujeito. Não assegurar o lugar do impossível e da falta é rasurar a função da ordem fálica que inscreve o falo como representante de uma ausência fundamental para assunção da linguagem. Não se suportar na linguagem, ou seja, não encontrar alguma consistência nas palavras, é não conseguir jogar com a falta no caminho que inscreve um sujeito, pois é a fala dentro do discurso que o delinea.

Interrogar a toxicomania como tendo uma função na vida psíquica possibilita, ao mesmo tempo, o advento da pluralidade, das toxicomanias, que podem ser de suplência ou suplemento, conforme Le Poulichet (1990) nos adverte, e também aponta, para o singular, cada caso clínico, mesmo quando se assemelha a uma estruturação da *operação de farmakon* em comum, tem aspectos da história de vida e da significação própria, como marca ímpar da função do tóxico.

A impossibilidade de generalizar tal função requer uma clínica atenta, criativa, aberta para os deslizes significantes que façam emergir o sujeito. A partir da escuta das associações-livres é possível ter indicadores de como está constituída a toxicomania e obter precisões subjetivas dessa engrenagem defensiva, a fim de proteger-se da relação com o Outro, de interromper o fluxo do desejo, remendar a castração.

Manejar a direção do tratamento pela via do sujeito, ao invés de reportar-se estritamente pela lógica da abstinência ao uso de substâncias psicoativas, requer do clínico a sensibilidade para acompanhar dilema semelhante ao que expõe G.H., personagem de Lispector (1998b) quando diz:

⁵⁶ Freud (1915b) propõe que os processos psíquicos sejam sempre descritos em três aspectos: no aspecto dinâmico, os sistemas se organizam em: Ics; Pcs; Cs; não se referiam a localidades anatômicas e sim, “a regiões do mecanismo mental, onde quer que estejam situadas no corpo”, tratando o aspecto tópico de seu sistema; o aspecto econômico que trata da quantidade de excitação (que mais tarde ele chamará de libido): os investimentos, contrainvestimentos e desinvestimentos que sofrem os conteúdos mentais.

Perdi alguma coisa que me era essencial, e que já não me é mais. Não me é necessária, assim como se eu tivesse perdido uma terceira perna que até então me impossibilitava de andar mas que fazia de mim um tripé estável. Essa terceira perna eu perdi. E voltei a ser uma pessoa que nunca fui. Voltei a ter o que nunca tive: apenas as duas pernas. Sei que somente com duas pernas é que posso caminhar. Mas a ausência inútil da terceira me faz falta e me assusta, era ela que fazia de mim uma coisa encontrável por mim mesma, e sem sequer precisar me procurar (p. 11-12).

A droga - como a terceira perna - é, ao mesmo tempo, o que impossibilita andar, e paradoxalmente, permite ficar de pé. É a engrenagem que visa modelar o corpo, corrigir a falta e, ao mesmo tempo, também irrompe rerepresentando a angústia da falta de um objeto harmônico entre o sujeito e o objeto. Há que se ter muito cuidado para descortinar o que o véu da droga intenta cobrir. No âmbito institucional, os casos apresentam-nos a exigência de desdobramento nas intervenções de modo a contemplar o singular de cada história, e ratificam a falácia do aconselhamento ou da indicação pré-formatada de tratamento, posto que, onde há receitas, onde há compilações, esvai-se o sujeito.

Seja durante os grupos terapêuticos ou na psicoterapia individual não se pode perder de vista a elaboração necessária que cada sujeito fará do luto da droga, bem como, acompanhar os tempos subjetivos que permitirão que o toxicômano, enquanto insígnia identificatória, irrompa com nome próprio. Da terceira perna (equivalente à suplência ou suplemento tóxico), às duas pernas, há percurso, tempo lógico, possibilidade de subversão do sujeito.

Localizar a toxicomania como sintoma social, marca do tempo e da cultura, bem como de um modo próprio de subjetivação é a possibilidade de não isolar categorias nosológicas específicas. Não tratar a toxicomania no aspecto do transtorno mental implica trabalhar a partir do laço social, como laço fundante do sujeito e, por conseguinte, da humanidade. Compreender o empuxo ao gozo totalitário e à absorção da incompletude permite que a clínica com toxicômanos situe-se na contramão do discurso vigente e faça operar a mola que opera com a falta e interponha-se como uma trava na engolfante sociedade de consumo.

Observar a similaridade tóxica entre a *operação de farmakon*, como uma montagem que visa apagar a divisão psíquica, e a emancipação do lugar lógico da exceção na pós-modernidade possibilita que uma instituição de tratamento esteja advertida da construção de

um lugar para a clínica que siga apresentando o lugar do impossível, da falta necessária, a fim de viabilizar lugar para contornar a falta, abrir espaço para a fala, exatamente porque há algo a ser dito. Afastar-se do silêncio intoxicado que o uso da droga encena, possibilita que se tenha algo a dizer, que se defronte com a condição de falantes.

Se, no intervalo contido no efeito da droga, entre estar sóbrio e estar “chapado”, surge o toxicômano, buscando remediar sua subjetividade, queixando-se da “fissura”; na clínica, aportada pelo viés psicanalítico, debruçada na escuta, o intervalo entre a queixa e a demanda apresenta um sujeito, e é essa subversão a aposta para uma atuação desmistificante quanto às representações das drogas, ocupando-se delas apenas no que se transformam em palavras, efeitos de discurso, significantes.

Na epígrafe do capítulo 01, trouxemos uma referência que agora complementaremos. Diz respeito aos apontamentos de Rocha (2012) quando nos descreve o papel da ilusão na vida psíquica,

*Não sonhes tua vida, porque sonhar a vida é perder-se nas brumas das ilusões vazias e enganosas, criadas precisamente para fazer esquecer, ou evitar, os limites, frustrações e sofrimentos que nos impõe a inexorável Anánke⁵⁷. São aqueles que vivem *sonhando a vida*, que acreditam *ser verdadeiro o que é ilusório*. Seus sonhos se desfazem sempre em desilusões. Bem diferente é a sorte daqueles que, não obstante a dureza da vida, não desistem de esperar e tudo fazem para conseguir *viver os seus sonhos*. *Viver o sonho*, apesar das dificuldades, é abrir um horizonte para a esperança que sustenta nosso caminhar, quaisquer que sejam as dificuldades dos caminhos. Os que assim procedem terminam se convencendo de que *o sonho, mesmo quando parece ilusório, é o mais verdadeiro*, porquanto é, nele, que encontramos a motivação necessária para dar sentido e dizer sempre sim à vida (p. 270).*

Dessa advertência para um contorno necessário, no campo das ilusões, que possibilite novas significações, nós lemos, na clínica da toxicomania uma plasticidade possível no campo do desejo, onde, ao invés de apresentar-se como pedra de tropeço seja uma mola propulsora. A subversão do sujeito no percurso do internamento voluntário pode ser assim ilustrada, em uma aposta de elaboração que possibilite, ao invés de ‘sonhar a vida’, uma mudança de posição para ‘viver os seus sonhos’.

⁵⁷ Do grego antigo, quer dizer força, necessidade, leis da natureza, destino.

Trabalhar nessa clínica com o tóxico, ao invés da droga, é uma cisão entre a substância psicoativa, que o termo droga enuncia, e um realce para a função inexorável que o tóxico cumpre na vida psíquica. Seja como suplemento ou suplência, uma toxicomania não é regulada pelo uso de drogas, e sim pela capacidade de transformar um produto químico em elixir para tratar a relação consigo e com a vida.

Tal como descrevemos nesta pesquisa, o internamento possibilitou essa inclinação para acompanhar mais detidamente cada história, atentar para os desdobramentos significantes que marcam a relação de cada sujeito com o tóxico. A partir do cotidiano institucional, dos grupos terapêuticos, da vivência em espaço protegido, do contato com os familiares e com o desdobramento do enredo de cada projeto de vida tem-se a chance de, a partir de um trabalho em equipe, contemplar os desafios que cada caso clínico propõe.

O tratamento com toxicômanos não encontra homogeneização. Aliás, o singular de cada caso clínico para a psicanálise faz essa clínica caminhar nessa direção. Na toxicomania, apresentam-se em comum, a dependência por uma mesma substância (cocaína, crack, álcool, maconha), e ao mesmo tempo expõem que, apesar do composto orgânico similar, não se trata de uma mesma substância. É singular a significação e a representação que o uso de drogas assumirá em cada história.

Embora seja possível falar nos grupos de prevenção à recaída de estratégias úteis para manter a abstinência e seguir investindo no tratamento, bem como, os hóspedes descrevem semelhantes situações de riscos e ocasiões de maior vulnerabilidade, ainda assim, o norte para a clínica sustentada pelo aporte psicanalítico mantém a atenção no que sobressai em cada história, na especificidade quanto ao projeto de vida, no que individualmente precisa ser advertido.

O trabalho em equipe acontece com muitas mãos, diversos ouvidos e possibilidades de interlocução. No cotidiano institucional de uma equipe com toxicômanos em tratamento, muitas relações de transferência se apresentam. É necessária atenção no manejo e discussão constante em equipe, a fim de se afinar ao projeto terapêutico de cada hóspede, e no dia a dia acompanhar a trajetória, auxiliando, oferecendo a escuta, intervindo, incentivando a fala.

O tratamento segue muito mais além do que o tempo, sempre flexível e singular, de um internamento. A necessidade de manutenção precisa ser sinônimo da alta de um internamento, pois o processo de internalizar, de voltar-se ao interno, ou seja, fazer elaborações, repensar a vida, não coincide com o tempo cronológico, há que se dar tempo, trabalhar as resistências e ter abertura para os significantes primordiais de cada história.

Verificamos que a voluntariedade no tratamento é um componente ético fundamental,

na medida em que, somente a partir da disponibilidade de cada sujeito será possível a construção de novos itinerários para o seu próprio desejo. Elaborar a função do tóxico é um trabalho que leva tempo, significa um mergulho na história pessoal, requer desejo por essa revisão. É preciso paciência para contornar os caminhos que o sujeito pode fazer, e acompanhar seu plano de viagem. À equipe, ao terapeuta, bem como à família, não é possível desejar pelo sujeito, todo o bem que se almeje não é suficiente para que um projeto de mudança ganhe consistência. A clínica nos ensina que o trabalho com sujeitos precisa estar aportado não por desejar o bem; mas, fundamentalmente, por apostar em um sujeito de desejo.

Da experiência clínica apresentada, dos desafios que conseguimos delinear nesta pesquisa fazemos o convite para que novos trabalhos surjam. Há campo para seguir averiguando o manejo clínico institucional com as toxicomanias, bem como, seguir investigando os efeitos da lógica pós-moderna nos novos sintomas. O toxicômano é, antes de tal rótulo diagnóstico, um sujeito que na encruzilhada com o seu desejo investe no tóxico como solução real para a subjetivação. A toxicomania é mais uma forma de com-sumir. É um dos modos de lidar com o mal-estar. Esperamos ter contribuído com quem tem interesse em debruçar-se nessa clínica e com quem nela já labuta, fazendo um debate das questões que vigoram nessa seara e buscando elucidar pontos centrais.

Essa é uma clínica de surpresas, de desejo, de constante insistência, de versatilidade. Tal como no cerne da psicanálise, não falamos de cura, ocupamo-nos da direção do tratamento, de inclinar-se para escuta e para a manutenção de uma postura ética que, distante de qualquer moralidade, vise perguntar e viabilizar que o sujeito responda pelo seu próprio desejo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS⁵⁸

Albuquerque, Debora D. R. (2013). Do escudo ao escuto: contribuições da Supervisão Clínico-Institucional para a interface Psicanálise e Saúde Mental em CAPS AD. *Dissertação de mestrado*, Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Pernambuco.

Associação Psicanalítica de Porto Alegre. (1990). O infantil na psicanálise. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*. Vol. 1, n. 1. Porto Alegre: APPOA, (pp. 1-72). Também disponível em: <http://www.appoa.com.br/uploads/arquivos/revistas/revista40-1.pdf>. Acesso em: 14/05/2013.

Barros, Paula Cristina Monteiro de. (2009). “Vê se me desimbaça”: Do apelo à demanda de crianças e adolescentes em situação de rua. *Dissertação de Mestrado*, Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Pernambuco.

Baumam, Zygmunt. (1998). *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Benetti, Antônio. (1996). Sobre as toxicomanias e o tratamento do toxicômano. In: *Subversão do sujeito na clínica das toxicomanias. IX Jornada Centro Mineiro de Toxicomania*. Belo Horizonte (pp. 07-19).

Bittencourt, Lígia. (1996). Psicanálise, Adolescência e Toxicomania - Algumas Aproximações. In: *Subversão do sujeito na clínica das toxicomanias. IX Jornada Centro Mineiro de Toxicomania*. Belo Horizonte (pp.135-145).

Brasiliano, Silvia. (1997). Grupos com Drogaditos. In: Osório, Luiz Carlos; Zimerman, David E. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Bucher, Richard. (1991). Visão histórica e antropológica das drogas. In: Bucher, R. (org.). *Prevenção ao uso indevido das drogas*. Brasília: Ed. Universidade de Brasília (pp. 15-31).

Burroughs, W. (2013) *Junky*. São Paulo: Companhia das letras.

⁵⁸ De acordo com o estilo APA - American Psychological Association. In: Funaro (coord.), [et al.]. (2009).

Cabas, Antonio Godino. (2009). *O sujeito na psicanálise de Freud a Lacan: da questão do sujeito ao sujeito em questão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed..

Chemama, Roland (Org). (2007). *Dicionário de Psicanálise*. Rio Grande do Sul: UNISINOS,

Conte, Marta. (2003a). *A clínica psicanalítica com toxicômanos: o “corte & costura” no enquadre institucional*. Santa Cruz do Sul, RS: EDUNISC.

Conte, Marta. (2003b). Necessidade – demanda – desejo: os tempos lógicos na direção do tratamento nas toxicomanias. In: *A direção da cura nas toxicomanias*. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, n° 24, 2003, pp. 41-60.

Corso, Diana. (1996). *Trainspotting, a droga como ela é. Sobre o filme de Danny Boyle e a toxicomania*. Disponível em: http://www.marioedianacorso.com/trainspotting-a-droga-como-ela-e_. Acesso em: 09/01/2014.

Dor, Joël. (2003). *Introdução à Leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Dunker, Christian. *Revolução na Clínica*. Revista CULT, junho de 2008.

Elia, Luciano. (2007). *O conceito de sujeito*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed..

Escobar, José Carlos Soares de,. (2006). Dependência de Drogas e Psicoterapia – A perspectiva psicanalítica. In: Silveira, D. X. da., Moreira, F.G. *Panorama atual de drogas e dependências*. 1. ed. São Paulo: Editora Atheneu, pp. 217 – 221.

Escohotado, Antonio. (1994). *Las Drogas: de los orígenes a la prohibición*. Madrid: Alianza.

Falcão, A. L. B.. (2004). Desejo do analista. *Textos preliminares para o II Congresso de Convergência*, Recife/PE.

Figlie, N. B.; Payá, R. (orgs.). (2014). *Dinâmicas de grupo e atividades clínicas aplicadas ao uso de substâncias psicoativas*. São Paulo: Roca.

Fink, Bruce. (1998). *O Sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Freda, Francisco Hugo. (1996). Da droga ao inconsciente. In: *Subversão do sujeito na clínica das toxicomanias. IX Jornada Centro Mineiro de Toxicomania*. Belo Horizonte (pp.106-115).

Freud, S. (1905/1996). Os chistes e sua relação com o inconsciente. (Vol. VIII). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Editora Imago.

Freud, S. (1900/1996). A interpretação dos sonhos. (Vol. IV). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Editora Imago.

Freud, S. (1907/1996). O esclarecimento sexual das crianças. (Vol. IX). In: *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1908/1996). Sobre as teorias sexuais das crianças. (Vol. IX). In: *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1912/1996). A dinâmica da transferência. (Vol. XII). In: *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1913a/1996). Totem e tabu. (Vol. XIII). In: *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1913b/1996). A disposição à neurose obsessiva: uma contribuição ao problema da escolha da neurose. (Vol. XII). In: *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1914/1996). Sobre o narcisismo: uma introdução. (Vol. XIV). In: *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1915a/1996). Pulsões e Destinos das Pulsões. (Vol. XIV). In: *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1915b/1996). O Inconsciente. (Vol. XIV). In: *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Editora Imago.

Freud, S. (1915c/1996). Observações sobre o amor transferencial. (Vol. XII). In: *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Editora Imago.

Freud, S. (1916/1996). Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho psicanalítico. (Vol. XIV). In: *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Editora Imago.

Freud, S. (1917/1996). Uma dificuldade no caminho da psicanálise. (Vol. XVII). In: *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Editora Imago.

Freud, S. (1920/1996). Além do Princípio do Prazer. (Vol. XVIII). In: *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Editora Imago.

Freud, S. (1924/1996). A dissolução do complexo de Édipo. (Vol. XIX). In: *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Editora Imago.

Freud, S. (1927/1996). O futuro de uma ilusão. (Vol. XXI). In: *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Editora Imago.

Freud, S. (1930/1996). O mal-estar na civilização. (Vol. XXI). In: *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Editora Imago.

Freud, S. (1932/1996). Feminilidade. (Vol. XXII). In: *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1936/1996). Um distúrbio de memória na acrópole. (Vol. XXII). In: *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1939/1996). Moisés e o monoteísmo. (Vol. XXIII). In: *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Editora Imago.

Funaro, Vânia Martins Bueno de Oliveira (coord.) [et al.]. (2009). *Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico e impresso. (Parte II (APA). 2. ed. rev. ampl.)*. São Paulo: Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo.

Garcia-Roza, L.A. (2004). *Introdução à metapsicologia freudiana*. 3. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Garcia-Roza, L.A. (2005). *Freud e o Inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Gianesi, Ana Paula Lacorte. A toxicomania e o sujeito da psicanálise. *Psyché*, janeiro-junho, ano/vol. IX, número 15. Universidade São Marcos, São Paulo, Brasil, 2005, pp. 125-138.

Grossi, Fernando Teixeira., et al. (1996). Novas considerações sobre a abordagem psicanalítica no tratamento da toxicomania. In: *Subversão do sujeito na clínica das toxicomanias. IX Jornada Centro Mineiro de Toxicomania*. Belo Horizonte (pp.122-130).

Joseph, Betty. (1991). Vício pela quase-morte. In: *Melanie Klein hoje: desenvolvimento da teoria e da técnica*. Vol. 1. Rio de Janeiro: Imago.

Kaës, René. (1991). Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In: Kaës, R. et al. *A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kaës, René. (2002). O interesse da psicanálise para considerar a realidade psíquica da instituição. In: *Vínculos e instituições. Uma escuta psicanalítica*. São Paulo: Escuta.

Lacan, J. (1949/1998). O estágio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. In: *Escritos*. São Paulo: Perspectiva.

Lacan, J. (1953/1998). Função e Campo da Fala e da Linguagem em Psicanálise. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1954-1955/1985). Psicologia e metapsicologia. In: *O seminário, livro 2*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lacan, J. (1955/1998). As variantes do tratamento padrão In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Lacan, Jacques. (1955-56/1985). *O Seminário, Livro 3, As psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Lacan, Jacques. (1956-57/1995). *O Seminário, Livro 4, A Relação de Objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Lacan, J. (1957/1998). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1960/1998). Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, Jacques. (1960-1961/2010). *O Seminário, Livro 8, A transferência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Lacan, J. (1964/1998). Do “Trieb” de Freud e do desejo do psicanalista. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, Jacques. (1964/2008). *O Seminário, Livro 11, Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Lacan, Jacques. (1975). “*Conferencia de Genebra sobre o sintoma*”, texto para estudo veiculado na IPB-lista, tradução de Rita Smolianinoff, Recife, 23.12.2007.

Laurent, E. (1997). Alienação e separação I. In: Feldstein, R.; Fink, B.; Jaanus, M. (orgs.).

Para ler o Seminário II de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Laurent, E. (2011). *Loucuras, sintomas e fantasias na vida cotidiana.* Belo Horizonte: Scriptum Livros.

Lebrun, Jean-Pierre. (2004). *Um mundo sem limite: ensaio para uma clínica psicanalítica do social.* Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Lebrun, Jean-Pierre. (2008a). *A perversão comum: viver juntos sem outro.* Rio de Janeiro: Campo Matêmico.

Lebrun, Jean-Pierre. (2008b). *O futuro do ódio.* Porto Alegre: CMC.

Lebrun, Jean-Pierre. (2009a). Ensinem os filhos a falhar. Entrevista concedida a *Revista Veja*, edição 2142, 09/12/2009. Disponível também em: <http://veja.abril.com.br/091209/ensinem-filhos-falhar-p-021.shtml>. Acesso em: 10.04.2013

Lebrun, Jean-Pierre. (2009b). *Clínica da instituição: o que a psicanálise contribui para a vida coletiva.* Porto Alegre: CMC Editora.

Le Poulichet, S. (1990). *Toxicomanías y psicoanálisis.* Buenos Aires: Amorroutu Editores.

Lévy, Robert. (2008). *O infantil na Psicanálise: o que entendemos por sintoma na criança.* Petrópolis – RJ: Vozes.

Lima, Eloisa Helena. (1996). Considerações sobre o tema da subversão do sujeito na clínica com toxicômanos e alcoolistas. In: *Subversão do sujeito na clínica das toxicomanias. IX Jornada Centro Mineiro de Toxicomania.* Belo Horizonte (pp.95-99).

Lispector, Clarice. (1998a). *A hora da estrela.* Rio de Janeiro: Rocco.

Lispector, Clarice. (1998b). *A paixão segundo G.H..* Rio de Janeiro: Rocco.

Loureiro, C.; Vianna, F. de C. (2006). Sobre a experiência de morte no fenômeno das dependências. In: Silveira, D. X. da.; Moreira, F.G. *Panorama atual de drogas e dependências*. 1. ed. São Paulo: Editora Atheneu, pp. 26 – 37.

Mannoni, Maud. (1998). *A criança, sua “doença” e os outros*. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria.

Mannoni, Octave. (1999). A adolescência é analisável? In: Ariane Deluz e cols. *A crise de adolescência*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Melman, Charles. (1992). *Alcoolismo, delinquência, toxicomania: uma outra forma de gozar*. São Paulo: Escuta.

Melman, Charles. (2008). *O homem sem gravidade: gozar a qualquer preço*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Melo, Renata Aguiar Carrara de. (2010). Onde o mal está na civilização? In: *CliniCAPS*, Vol 4, nº 10. Disponível também em: http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_pdf/Rev_10/Revista%2010%20art3.pdf. Acesso em: 11/02/2014.

Mendonça, Antônio Sérgio. (2010). *Lacan com Freud: a cultura e o mal-estar civilizatório*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Lacaneanos – Instituição Psicanalítica e Companhia de Freud.

Miller, Jacques-Alain. (1999). Saúde mental e ordem pública. *Revista Curinga*, n. 13, EBP-MG, setembro de 1999, pp. 14-24.

Milner, Jean Claude. *O amor da língua*. Campinas: Editora Unicamp, 2012.

Minayo, M. C. S. (1998). *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*. (5ª Ed.) São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO.

Moraes, L. A. S. S. (s/a). *O advento do laço social e a violência contemporânea - uma concepção psicanalítica*. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/coloquioenriquez/tcompletos/75/O%20advento%20do%20la%20E7o>

%20social%20e%20a%20viol%EAncia%20contempor%EAnea-Col%F3quio.pdf. Acessado em 12/09/2012.

Nasio, J.-D. (1993). *Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Nasio, J.-D. (1997). *Lições sobre os sete conceitos cruciais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Oliveira, Evaldo Melo de. (1995). Alcoolismo: etiologia e tratamento. Trabalho apresentado no *XIV Congresso Brasileiro de Alcoolismo e outras Dependências*. Belo Horizonte, maio de 1995.

Oliveira, Evaldo Melo de. (2012). *O acolhimento*. Trabalho apresentado em supervisão de equipe no Instituto RAID. Recife, maio de 2012.

Pellegrino, Hélio. (1983). Pacto edípico e pacto social (da gramática do desejo à sem-vergonhice brasileira). *Folhetim* – Suplemento da Folha de São Paulo nº 347 de 11/set/1983.

Petri, Renata. (2003). *Psicanálise e educação no tratamento da psicose infantil: quatro experiências institucionais*. São Paulo: Editora Annablume, FAPESP.

Pfeil, Claudio. (2013). *Diário de um analisando em paris*. São Paulo: Zagodoni.

Queiroz, Isabela Saraiva de. (2001). Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. *Psicologia Ciência e Profissão*, 2001, 21 (4), (pp. 2-15).

Ribeiro, Eduardo Mendes. (2011). A psicanálise nas instituições: clínica e política. In: Associação Psicanalítica de Porto Alegre. *Psicanálise e intervenções sociais*. Porto Alegre: APPOA.

Rinaldi, Doris. (2006). Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental? In: Alberti, Sônia e Figueiredo, Ana Cristina. *Psicanálise e saúde mental: uma*

aposta. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, (pp. 141-147).

Rocha, Zeferino. (2012). O papel da ilusão na psicanálise Freudiana. In: *Ágora*, vol.15, nº.2, Rio de Janeiro: julho a dezembro de 2012, (pp. 1-14). Também disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982012000200004. Acesso em: 14/05/2014.

Rodulfo, Ricardo. (1990). *O brincar e o significante*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Santiago, J. (2001). A droga do toxicômano: uma parceria cínica na era da ciência. Rio de Janeiro: Zahar.

Santos, Jair Ferreira. (2006). O que é o pós-moderno. São Paulo: Brasiliense.

Seibel, S. D.; Toscano Junior. (2001). Conceitos básicos e classificação geral das substâncias psicoativas. In: Seibel, S. D.; Toscano Junior. *Dependência de drogas*. São Paulo: Editora Atheneu, (pp. 01-06).

Silva, Fabíola B. R. da,. (2009). O que implica escutar um sujeito? Uma concepção psicanalítica da clínica. *Artigo científico* apresentado para conclusão da graduação em psicologia. Faculdade ESUDA, junho de 2009, Recife/PE.

Silveira, Elaine Rosner. (2007). Desafios na saúde pública. *C. da APPOA*, Porto Alegre, n. 158, p. 19-26, jun. 2007.

Suárez, Esthela Solano. *As mulheres e suas paixões*. Disponível em: http://www.isepol.com/asephallus/numero_03/artigo_01port_edicao03.htm. Acesso em: 15\07\2012.

Valas, Patrick. (2001). *As dimensões do gozo: do mito da pulsão à deriva do gozo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Vanier, Alain. (2005). *Lacan*. São Paulo: Estação Liberdade.

Vieira, M. P.; Besset, V. L. (2008). *Psicanálise e laço social: breves considerações*. Disponível em: [http://www.polemica.uerj.br/7\(4\)/artigos/lipis_3.pdf](http://www.polemica.uerj.br/7(4)/artigos/lipis_3.pdf). Acesso em: 15\04\2012.

Viganò, C. (1999). A construção do caso clínico em Saúde Mental. *Curinga Psicanálise e Saúde Mental*, n.13, set. Belo Horizonte: EBP-MG.

Zimmerman, David E. (2012). *Etimologia de termos psicanalíticos*. Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

Anexo 01

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada “Da droga ao tóxico: subversão do sujeito no percurso do internamento voluntário”. Você foi selecionado por estar em tratamento integral no local escolhido para a pesquisa.
2. A participação nesta pesquisa é livre, voluntária e não remunerada. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.
3. O objetivo deste estudo é analisar as mudanças percebidas pelo hóspede do Instituto RAID no que diz respeito à motivação para o tratamento e ao significado que ele atribui ao seu uso de drogas durante o internamento voluntário (ou seja, a pesquisa interessa-se em observar que efeitos o modelo de tratamento operado pela instituição se evidenciam na percepção dos dependentes químicos quando descrevem a entrada, processo de internamento e expectativa para alta do internamento).
4. Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de entrevista/as que poderá/ão se caracterizar em um ou dois encontros, a depender da saturação ou não do conteúdo da entrevista em relação aos objetivos pesquisados. E os horários, duração e quantidade destes encontros serão acordados entre você e a pesquisadora.
5. A participação nessa pesquisa pode trazer o risco de desconforto e, caso isto ocorra, você pode interrompê-la para retomá-las posteriormente ou mesmo desistir da participação na pesquisa, podendo solicitar suporte psicológico do pesquisador que lhe encaminhará para os devidos cuidados, além de prestar toda a assistência possível. Caso desista da pesquisa, você pode solicitar a devolução e/ou destruição dos registros dos dados da entrevista.
6. Os benefícios relacionados com a sua participação são que: a pesquisa visa à melhoria dos serviços de tratamento a sujeitos toxicômanos (dependentes químicos) ao preocupar-se com a função que a droga ocupa na vida psíquica dos sujeitos; interessa-se pela história de vida como forma de compreender o uso de drogas; e busca apresentar a especificidade contida na experiência de internamentos voluntários.

7. Os seus dados pessoais serão mantidos em sigilo, usando-se nomes fictícios, de modo a que você não seja identificado(a) em momento algum, e os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados, apenas, para alcançar o objetivo do trabalho proposto.
8. Será garantido, também, o anonimato na divulgação dos resultados e guardado sigilo acerca das informações prestadas.
9. Os registros ficarão guardados em local seguro, nos bancos de dados da Universidade Católica de Pernambuco, podendo ser usados posteriormente em futuros trabalhos para fins científicos sempre mantendo rigoroso anonimato e sigilo quanto à identidade das pessoas envolvidas e sempre depois que esses futuros projetos forem submetidos à rigorosa aprovação das normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde (MS).
10. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.
11. Você terá acesso aos resultados da pesquisa através do pesquisador responsável pelo projeto, em contato posterior após a conclusão da pesquisa, e caso solicite lhe será entregue resumo da dissertação.

DADOS DO PESQUISADOR PRINCIPAL

Nanette Zmeri Frej

Nome

RUA ALMEIDA CUNHA, 245 – SANTO AMARO – BLOCO G4 – 8º ANDAR – CEP 50050-480 RECIFE – PE

Endereço completo

2119-4066

Telefone

Assinatura

DADOS DOS PESQUISADORES ASSISTENTES

Maria de Fátima Vilar Melo

Nome

RUA ALMEIDA CUNHA, 245 – SANTO AMARO – BLOCO G4 – 8º ANDAR – CEP 50050-480 RECIFE – PE

Endereço completo

2119-4421

Telefone

Assinatura

Fabíola Barbosa Ramos da Silva

NomeRUA ALMEIDA CUNHA, 245 – SANTO AMARO – BLOCO G4 – 8º ANDAR – CEP
50050-480 RECIFE – PE**Endereço completo****Assinatura**

Eu _____, abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do Subprojeto de Pesquisa: Da droga ao tóxico - subversão do sujeito no percurso do internamento voluntário. Segmento do Projeto de Pesquisa intitulado Limites, fronteiras e endereçamento. Estou assinando este Termo de Consentimento, ciente de que: Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na pesquisa. Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa. Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo. Os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados, apenas, para alcançar os objetivos do trabalho exposto acima, incluindo sua publicação na literatura científica especializada.

Poderei contatar o Comitê de Ética da UNICAP para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa através do telefone (81) 21.19.43.76 o qual encaminhará o procedimento necessário.

Recife, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Voluntário

Identidade: _____

CPF: _____

Anexo 02

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

1. Nome completo e idade
2. Profissão e ocupação atual
3. Nome, idade, profissão dos pais, irmãos, esposo(a) e filhos.
4. Descreva fatos relevantes da sua infância e adolescência
5. Descreva sua vida familiar (relação dos pais, com pais, com irmãos)
6. Como você começou a usar droga? (Qual ou quais e por quê?) (Outras pessoas na família usam drogas?).
7. Descreva a sua rotina de uso: local, companhias, tempo investido.
8. Fale sobre seu estado emocional quando usa droga e quando está sem usar?
9. Qual a função que a droga cumpre em sua vida?
10. Descreva os prejuízos devido ao uso de droga? (Psíquicos, sociais, familiares e profissionais).
11. Conte seu histórico de tratamento (ambulatório, hospital geral, internamentos).
12. Conseguiu ficar algum tempo em abstinência?
 - 12.1 Se sim, como estava sua vida durante o período que passou sem usar droga?
 - 12.2 Em que circunstâncias voltou a usar droga?
13. O que lhe motivou a optar pelo internamento no Instituto RAID?
14. Como você descreveria o modelo de tratamento do RAID?
15. Você observa mudanças em si desde a entrada no internamento até agora? (Quais?)
16. O que no internamento lhe ajuda mais?
17. Em sua opinião qual a especificidade do internamento na modalidade voluntária?
18. Após a alta, como você imagina que será sua relação com as drogas?