

Clínica da Toxicomania: Recortes de uma Experiência em Caps Ad

Elaine Rosner Silveira

Psicóloga e psicanalista. Doutora em Educação/UFRGS.
E-mail: rosilelaine@gmail.com

Resumo

Este artigo trata de alguns pontos da clínica com a toxicomania a partir de recortes de casos atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD), abordando o lugar que a droga ocupa para o toxicômano, o qual a busca numa tentativa de autoconservação narcísica, mas acaba não obtendo essa sustentação simbólica, ou utiliza a droga numa tentativa de separar-se do grande Outro, porém, acaba aumentando sua alienação ao Outro. Vários autores da psicanálise afirmam que o toxicômano não foi suficientemente investido narcisicamente pelo Outro – suas identificações e seu eu são fragilmente sustentados. Por isso, é importante que parte do processo de direção da cura auxilie na sustentação narcísica e constituição do eu a partir dos significantes simbólicos que marcaram o sujeito. Os CAPS, com seus espaços coletivos de grupos de apoio e de oficinas terapêuticas, podem ofertar múltiplas possibilidades de espelhos para identificação e apoio narcísico. Em um segundo momento, a direção da cura auxilia a desvelar a falta e a substituir, aos poucos,

o real da necessidade da droga pelo simbólico do desejo.

Palavras-chave: *toxicomania; tratamento; psicanálise; CAPS; apoio narcísico.*

Clinic of the Addiction: Clippings from an Experience in CAPS AD

Abstract

This article deals with some of the points with clinical drug addiction from cases seen in a Psychosocial Care Center on Alcohol and Drugs (CAPS AD). Discusses the place that holds the drug to the addict for that search in an attempt to narcissistic self-preservation, but just not getting this symbolic support. Or use the drug in an attempt to separate themselves from the big Other, but actually increasing its sale to the Other. Several authors of psychoanalysis claim that the addict was not enough narcissistically invested by the Other, their identifications and your self are weakly supported. So it is important part of the direction of the healing process assists in narcissistic support and constitution of the self, from the significant symbolic marking the subject. The CAPS, with their collective spaces support groups and therapeutic workshops, can offer multiple possibilities of mirrors for identification and narcissistic support. And in a second moment, the direction of healing assists in unveiling the lack and gradually replace the real need of the drug by the symbolic desire.

Keywords: *addiction; treatment; psychoanalysis; CAPS; narcissistic support.*

Clínica de la Adicción: Recortes de una Experiencia en CAPS AD

Resumen

Este artículo trata de algunos de los puntos con la drogadicción clínica de casos atendidos en un Centro de Atención Psicosocial sobre Alcohol y Drogas (CAPS AD). Discute el lugar que tiene el adicto a las drogas para esa búsqueda en un intento de auto-preservación narcisista, pero simplemente no conseguir este apoyo simbólico. O utilice el medicamento en un intento de separarse del gran Otro, pero en realidad el aumento de su venta a el Otro. Varios autores del psicoanálisis afirman que el adicto no era lo suficientemente narcisista invertido por el Otro, sus identificaciones y de su yo son débilmente apoyados. Por lo que es parte importante de la dirección del proceso de curación ayuda a apoyo narcisista y la constitución del yo, a partir de la significativa marca simbólica del sujeto. El CAPS, con sus espacios colectivos grupos de apoyo y talleres terapéuticos, puede ofrecer múltiples posibilidades de espejos para la identificación y el apoyo narcisista. Y en un segundo momento, la dirección de la curación ayuda en la revelación de la falta y reemplazar gradualmente la necesidad real de la droga por lo simbólico del deseo.

Palabras-clave: la adicción; el tratamiento; el psicoanálisis; el CAPS; el apoyo narcisico.

Addiction Clinique: Coupures d'une Expérience en CAPS AD

Résumé

Cet article traite de certains points avec la toxicomanie clinique de cas observés dans un centre de soins psychosociaux sur l'alcool et les drogues (CAPS AD). Traite de la place que tient le drogue pour le toxicomane que la recherche comme une tentative de narcissique

auto-préservation, mais juste ne pas obtenir ce soutien symbolique. Ou utilisez la drogue dans une tentative de se séparer de la grand Autre, mais en fait de plus en plus de sa vente à l'Autre. Plusieurs auteurs de la psychanalyse affirment que le toxicomane ne suffisait pas narcissiquement investi par l'Autre, leurs identification et votre Je sont faiblement pris en charge. Il est donc partie importante de la direction du processus de guérison aide à soutien narcissique et constitution du Je, des l'importante marques symboliques du sujet. Le CAPS, avec leurs espaces collectifs des groupes de soutien et des ateliers thérapeutiques, peut offrir de multiples possibilités de miroirs pour l'identification et le soutien narcissique. Et dans un deuxième temps, la direction de la guérison aide à dévoiler le manque et remplacer progressivement les besoins réels de la drogue par la symbolique désir.

Mots-clés: *la adicción; le traitement; la psychanalyse; le CAPS; le soutien narcissique.*

Introdução

A área de “álcool e outras drogas”, como é chamada pelo Ministério da Saúde, tem recebido atenção por parte da mídia e de algumas políticas públicas brasileiras, mas ainda de forma tímida em relação à alta prevalência encontrada na população. Com o intuito de discutir alguns aspectos dessa clínica no âmbito da saúde pública, pretendo, neste artigo, trazer alguns recortes clínicos de uma experiência de trabalho em CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas). Na relação do toxicômano com a droga, ele busca uma forma de autoconservação narcísica no real (Le Poulichet, 2005), pois não consegue sustentar-se simbolicamente, e, através da droga, pode estar buscando uma separação do grande Outro, mas perpetua uma situação de alienação. Também tematizo as diferentes perspectivas e discursos existentes nessa área, que comumente se excluem uns aos outros, bem como a ineficácia da intervenção centrada apenas em uma dessas perspectivas. Alguns discursos propalam como única assistência apropriada aquela centrada na droga e seus efeitos; outros propõem a inclusão social descontextualizada – ambos sem levar em conta o sujeito e sua implicação em seu ato. Por outro lado, os que trabalham numa perspectiva psicanalítica percebem que, nessa clínica, além da escuta do inconsciente, outras modalidades

de intervenção também se fazem necessárias. Na saúde pública, os CAPS são os serviços propostos pelo Ministério da Saúde para tratamento de saúde mental, com serviços específicos para atendimento de adultos usuários de álcool e outras drogas, adultos não drogaditos e da infância e adolescência.

A toxicomania se diferencia do simples uso de drogas porque, nela, o objeto droga, embora seja buscado como remédio para enfrentar os males, passa a ser tóxico e a ter uma função na vida psíquica de quem o consome – o usuário anula-se psiquicamente e se sente comandado por esse objeto, buscando nele a independência, mas acaba mais dependente. A toxicomania é um fenômeno complexo, multifacetado e com múltiplos fatores determinantes, por isso, deve sempre ser pensado em um contexto socioeconômico, relacionado também a questões psíquicas e biológicas. A redução a qualquer um desses três eixos implica em uma limitação da sua apreciação. Olievenstein e Parada (2002) consideram a toxicomania um fenômeno que engloba uma personalidade, um produto e um momento sociocultural, rejeitando as abordagens totalitárias que levam em conta apenas um desses aspectos. Os que veem a questão apenas do ponto de vista social consideram que basta incluir socialmente o toxicômano em cursos ou em um trabalho para que seu problema se resolva, esquecendo-se de que, muitas vezes, essas pessoas tinham uma inclusão social produtiva, mas sua relação prejudicial com a droga acarretou a perda de seu emprego ou de sua vaga em uma instituição de ensino. Além disso, no início do tratamento, elas geralmente não se encontram em condições de aproveitar as oportunidades de inclusão social. Por outro lado, ainda sobre o aspecto sociocultural, na “sociedade química” (Petit, 2003, p. 123) em que vivemos, as farmácias e os profissionais oferecem várias opções químicas para driblar o encontro com o rochedo da castração. Na nossa cultura consumista, a droga, tal como os outros objetos de consumo, vende a propalada promessa de felicidade imediata. Além disso, a influência do contexto social é gritante nas histórias relatadas pelos usuários do SUS e do CAPS. Impossível não escutar: nas vilas onde residem, o acesso à droga é muito fácil; em algumas regiões, o uso é feito nos becos e ruas; são muitas as “bocas” de venda; o tráfico é sustento de muitas famílias, além de ser motivo de frequentes disputas e até de violência. Nessa realidade social de baixa renda, o alcoolismo é algo que também faz parte da história transgeracional de algumas famílias. São relatadas

várias gerações de um uso desmedido – o avô morreu de cirrose; o pai, os tios, os irmãos e os primos são alcoolistas. Além disso, muitos que trabalham em funções de baixa escolaridade, como operários, coletadores de lixo, entre outros, relatam que, durante o trabalho, é comum os colegas consumirem álcool ou usarem droga, o que torna bastante naturalizada essa situação para eles. É, provavelmente, uma busca de gozo diante de um trabalho desvalorizado e mal remunerado, algumas vezes, em condições sub-humanas.

Os que referem a toxicomania apenas do ponto de vista químico, ignoram toda a implicação subjetiva e a função da droga na vida e na economia psíquica do drogadito – frequentemente, um lugar de remédio para suas angústias (Le Poulichet, 2005), de lenitivo ou de fuga das situações difíceis. Para Olievenstein (1990), a dependência não é só um fenômeno passivo físico-químico – ela é ativamente buscada. A psicanálise busca abordar o sujeito e o usuário não numa posição de vítima da droga, mas como responsável por seu ato de drogar-se, sujeito de sua história e de suas escolhas, colocando-o na posição de responsável por seu destino.

Por outro lado, Petit (2003) assinala que não se pode negligenciar o efeito real das drogas no corpo, como os efeitos sobre a percepção, a memória, a atenção e o comportamento. Por exemplo, as ideias persecutórias em quem faz uso intenso de crack ou cocaína: há pacientes que relatam se trancar no armário ou ir para baixo da cama para se esconder da polícia que, no seu delírio, estaria a persegui-los. Também se pode citar a neuropatologia chamada de *psicose de Korsakoff* ou *síndrome de Wernicke-Korsakoff*, a qual acomete alguns que fazem uso intenso de álcool, gerando uma confusão mental típica de um quadro psicótico. Portanto, quem trabalha numa perspectiva psicanalítica não pode negar os efeitos da droga na *psíqué* e no *soma* do sujeito. Tais efeitos tornam o diagnóstico e o trabalho bastante delicados, pois, muitas vezes, estamos diante de reações causadas pelas drogas, e não próprias ao funcionamento psíquico específico daquele sujeito.

Há também os que abordam a temática da toxicomania e do toxicomaniaco ressaltando apenas o aspecto do direito de drogar-se. Dessa forma, apontam para o aspecto importante de que os profissionais não podem decidir pelo outro a respeito de suas escolhas. Entretanto, muitas vezes, não levam em conta que, apesar de ter o

direito de usar a droga, o toxicômano pode estar em intenso sofrimento psíquico por se encontrar nessa situação ou por querer sair dela e não conseguir. Essa pessoa chega aos serviços de saúde à procura de ajuda justamente por não estar conseguindo escolher, ainda que nem sempre consiga formular claramente tal pedido de ajuda. Muitas vezes, apesar do sofrimento, essa pessoa comumente exalta a substância, encontrando-se, conforme assinala Olievenstein (1990), em uma situação de “lua de mel” (p. 106) com a droga ou de “recordação embelezada do êxtase” (p. 118).

Embora eu não considere que a dependência seja uma questão apenas “química”, acho apropriada a expressão “dependência”, pois verificamos na clínica que é disso que se trata em alguns casos. Neles, a relação de dependência com a droga é uma metáfora da relação de dependência ao Outro. Ou seja, não se trata apenas de uma dependência da substância, mas, também, de uma dependência subjetiva ou psíquica, que se configura numa relação de submissão ao Outro parental ou ao Outro social – uma dificuldade de posicionar-se frente à demanda e ao gozo do Outro.

Em muitos casos de adolescentes, a droga é buscada numa tentativa de se separar ou independizar dos pais, ou seja, é um instrumento para realizar essa passagem da vida infantil, na qual se está em situação de dependência ao Outro parental, para a vida adulta, na qual se efetiva uma independência. A droga, muitas vezes, entra na vertente da transgressão ou da rebeldia para diferenciar-se, não se submeter ao Outro, libertar-se ou desligar-se da demanda do Outro e de seus ideais. Ela também está associada aos significantes identificatórios do grupo e à busca de reconhecimento pelos pares e de novos ideais, diferentes dos ideais do Outro familiar. Essa situação é verificada, muitas vezes, em pessoas a quem se considera adultos pela faixa etária, mas cuja conflitiva subjetiva denuncia que atravessam dilemas próprios da adolescência. Nesse sentido, cabe citar que Rassial (1999) assemelha a problemática toxicomaniaca com a problemática de qualquer sujeito na adolescência, pois o que está em jogo é um luto dos objetos infantis e das encarnações parentais do Outro, assim como as metamorfoses da imagem especular e do narcisismo secundário – ou o estabelecimento de novos ideais do eu –, que, por sua vez, podem abalar o narcisismo primário ou a imagem do corpo. Assim, transgressão-rebeldia-drogas-libertação pode entrar numa associação na cadeia significativa de vários desses jovens

sujeitos. Porém, na toxicomania, o sujeito aliena-se na droga e a dependência dela é já uma tentativa de separação parcial, segundo Le Poulichet (2005). O paradoxal é que o sujeito busca a droga para amenizar as demandas – muitas vezes sem obstáculo – do Outro materno ou parental, como abordaremos a seguir, e comumente acaba em uma posição mais vulnerável e entregue a essas demandas.

Vejamos um pouco mais esse ponto. Muitos dos adolescentes chegados ao CAPS que fazem uso intenso de drogas estão presos numa dívida em relação à função materna. Mães que dizem “eu deixei tudo para cuidar de meu filho: o marido, o emprego...” colocam os filhos numa posição difícil, pois a questão é como se desligar desse Outro que abriu mão de tantas coisas por eles e, portanto, não pode ser abandonado. Para se defender e não se angustiar com essas questões, entra em cena a droga. É recorrente no discurso da função parental – seja ela a mãe, o pai ou os avós – expressões como “eu dou tudo para ele”, e isso ocorre de forma incondicional e ilimitada, realize ele ou não seus compromissos/deveres. Muitas vezes, esses pais realizam empréstimos e se endividam para poder dar o presente caro que o filho ou o neto pede. Ou seja, são pais ou avós que tentam atender a todas as exigências, tentam não frustrar e não deixar faltar nada a qualquer custo. Dessa forma, não transmitem a dimensão da falta, de que os desejos jamais serão totalmente realizados. Aprender a dimensão da falta introduz a dimensão do desejo para a criança, bem como dos limites e da constituição das defesas e da possibilidade de controlar-se, de aprender a lidar com a frustração e a insatisfação, e de que outros objetos de desejo substitutivos poderão ser buscados. A frustração introduz a castração simbólica, como já dizia Lacan (1995). A relação da criança com a mãe e sua escansão, com a presença e ausência desta, e a permanência dos traços do objeto real mãe para a criança possibilita o ajustamento da relação real com a relação simbólica. Ou seja, Lacan (1995) refere que, na oposição presença-ausência, antes da vivência da castração, já há a origem de uma ordem simbólica.

Dentro dessa temática da frustração/castração, podemos citar colocações de Lebrun (em entrevista a Soares, 2009) que apontam para a importância de os pais ensinarem os filhos a falhar, pois o processo de humanização ou de tornar-se humano começa pela compreensão de que jamais haverá a satisfação completa, de que não se ficará com a chupeta na boca a vida inteira, e, para isso, ele con-

sidera importante a criança, desde pequena, aprender a suportar a condição humana de perda de satisfação. Se os pais não apresentam à criança essa ideia, evitam que ela se defronte com as dificuldades da existência e impossibilitam que ela cresça – dessa forma, abrem o caminho para a busca de produtos que funcionem como meio de evitar as dificuldades. A droga é buscada para evitar o desprazer e buscar a felicidade, tal como Freud assinalou em *O mal-estar na civilização* (Freud, 1930/1996b). E é justamente dessa dificuldade de lidar com as frustrações e de inscrever a castração que sofre o toxicômano, desse descontrole e desbordamento pulsional. Ou seja, a dificuldade na intermediação simbólica na relação do sujeito com a falta e com seus objetos, sendo o corpo da mãe o primeiro objeto a ser interditado e simbolizado. O tratamento tem muito a ver com aprender a identificar as frustrações e os sofrimentos singulares de cada um, que, muitas vezes, levam à busca da droga para encontrar outras formas de lidar com seu mal-estar, com a “dor da existência” (Melman, 1992), com as situações que remetem à castração e às impossibilidades da vida.

Por ter uma função psíquica importante para o sujeito, torna-se fundamental que o analista não se coloque em posição de rivalizar ou competir com a droga, ou na ideia de “salvar” o paciente, demonizando e empoderando a droga, tomando-a como um mal a ser extirpado e o usuário como uma vítima. Também é fundamental que o analista não se coloque na posição sádica de privar o outro de seu objeto de gozo ou de fazer o controle do uso, pois esses posicionamentos reduzem o processo terapêutico a uma luta imaginária. O que possibilita o trabalho simbólico é a posição de terceiro ou de constituidor do terceiro adotada pelo analista e pela própria equipe do serviço que se interpõe na relação dual e fusional sujeito-droga, permitindo um restabelecimento da troca com o pequeno outro e com o grande Outro. No caso do analista, isso ocorre a partir da sua abdicação de disputar, proibir e prescrever (Le Poulichet, 2005), da sua posição de não exigir abstinência, mas de manter-se abstinente para buscar o reposicionamento do sujeito na palavra e na relação com a droga, o que não necessariamente significará o término do consumo. A estratégia de redução de danos, que também não realiza exigência de abstinência, tem convergências com essa forma de tratar. Porém, isso não exclui a possibilidade de que, em algumas situações, seja sugerida a abstinência.

Um paciente de 27 anos, que vou chamar de Antonio, dizia-me: “eu venho quando a senhora não marca horário e não venho quando a senhora marca, né?!”, e foi importante atendê-lo no CAPS em várias dessas ocasiões em que ele aparecia sem agendar, para que, aos poucos, passasse a vir nos horários agendados. Pois, segundo afirma Le Poulichet (2005), muitas vezes, o submetimento às exigências de um “enquadre” psicoterapêutico, com certo horário e ritmo de sessões, significa, para o sujeito, uma forma de captação de tipo materna e não opera a lei simbólica. Por isso, no atendimento desse caso, não realizei exigências iniciais quanto ao enquadre, já que o paciente se encontrava bastante submetido ao Outro materno. No início do tratamento, ele afirmou ter vindo ao CAPS para se “tratar com as próprias mãos” e que não fora trazido por ninguém. O seu estado de saúde já estava bastante debilitado devido ao uso intenso de álcool, apresentando lesão no fígado, pressão alta, entre outros sintomas. A vida desse rapaz se encontrava bastante enredada numa situação familiar em que a mãe pedia para ele cuidar da casa enquanto ela trabalhava fora, pois os irmãos bebiam, usavam droga e não tinham nenhuma responsabilidade com a casa, muitas vezes colocando-a em risco. A mãe insistia para que Antônio arrumasse a bagunça feita pelos irmãos e cozinhasse para eles. Antônio dizia que sua mãe era uma pessoa idosa e doente, que “ela é tudo que eu tenho, é minha paixão” e que ele a “respeitava”, por isso, nunca lhe “respondia” nem se opunha às suas determinações. Tanto que, em várias ocasiões, ficou preocupado em terminar logo a consulta e poder retornar para casa. Por muito tempo, ele não conseguiu frequentar as oficinas do CAPS, devido às obrigações que tinha em casa, ainda que tenha se interessado por uma delas, buscando sempre olhar os produtos confeccionados pelos outros pacientes quando vinha à consulta comigo. Ele se descrevia ironicamente como “dona de casa”, embora tivesse uma profissão de nível médio, mas já não conseguisse trabalhar, devido ao alcoolismo. Antônio dizia beber e usar drogas (*crack*, maconha e coca) não só para acompanhar os irmãos, pois também bebia quando estava sozinho em casa, em média, dois a três litros de cachaça por dia, deixando a garrafa ao lado de sua cama e começando a beber ao acordar, “antes de escovar os dentes”. Aprendera a beber quando criança, com o pai, que batia na mãe e nos irmãos, mas já era falecido. Talvez uma tentativa de identificação ao pai e à masculinidade estivesse inscrita sobre o alcoolismo, também presente em alguns irmãos homens. Aos poucos, começou a apresentar-se sóbrio em algumas consultas, intercalando

com outros dias em que se apresentava alcoolizado – diferentemente do início do tratamento, quando aparecia sempre alcoolizado –, e um dia disse: “eu devo estar doente, pois não bebi hoje”. Ele começou a se posicionar junto à mãe sobre suas vindas às consultas no CAPS e a participar de uma oficina, afirmando sua necessária ausência da casa e dos afazeres domésticos.

Podemos dizer que, no início, Antônio chegou ao serviço totalmente fusionado ao produto (principalmente ao álcool) e passou a fazer pequenos intervalos sem uso. Ele se encontrava numa posição feminina: tinha que cuidar do irmão e da casa e, aos poucos, começou a questionar isso. A preocupação edípica em não desrespeitar a mãe parecia buscar, inconscientemente, reforçar o terceiro ou a função paterna na sua vida. O trabalho com ele, que ainda se encontrava em atendimento no momento da escrita deste texto, constituiu-se em ajudá-lo a refletir sobre a situação em que se encontrava, a buscar seu posicionamento sobre o que queria para sua vida, valorizando seus pequenos avanços no comprometimento com o tratamento, ainda que fossem algumas vezes instavelmente sustentados por ele. Ao mesmo tempo, operou-se um apoio narcísico, auxiliando-o a encontrar alternativas no cotidiano para realizar uma separação da substância, o que possibilitaria, posteriormente, a separação da mãe e da situação familiar, e a sustentação de seu desejo. Isso, paulatinamente, possibilitaria-lhe perceber que discordar da mãe não significava desrespeitá-la, no sentido de cometer uma transgressão incestuosa, inscrevendo, dessa forma, o interdito e propiciando o processo de separação e de construção de uma autonomia possível. Isso pôde acontecer à medida que o jogo de presença-ausência (*fort-da*) foi se realizando em relação ao próprio tratamento. O corpo foi sendo colocado em palavras e num contexto de vida, entrando na cadeia simbólica e saindo do registro da necessidade da substância para a constituição de uma demanda de tratamento (Conte, 2003).

Narcisismos, Espelhos e Identificações

A diversidade de toxicomanias é igual à diversidade de sujeitos, assim como os modos de uso e de relação com a droga, mas essa diversidade não impede de observar e estabelecer algumas recorrências nessa clínica. Entre os sujeitos que fazem uma colagem

toxicomaníaca à droga e chegam ao CAPS AD, são frequentes histórias de submetimento a um Outro materno dominador, histórias de abandono parental por morte ou em vida ou de maus tratos psíquicos. É comum alguns relatarem ocupar na família, desde pequenos, o lugar da “ovelha negra” ou do “errado”. E não é por acaso que se encontram colados a esse lugar marginalizado e depreciado do “drogado” e do “pedreiro” (usuário de pedras de *crack*), sendo esses rótulos uma confirmação desse lugar rejeitado de dejetos que sentem ocupar. Petit (1986 *apud* Conte, 2003) afirma que o toxicômano se identifica com a droga como dejetos, como objeto desidealizado. Olievenstein (1990) e Olievenstein e Parada (2002) falam que o toxicômano passou pelo traumatismo de um estágio do espelho quebrado. Ele não teve meios suficientes para construir uma imagem de eu satisfatória; o Outro lhe devolveu uma imagem partida. Na minha experiência, são comuns relatos de receberem uma imagem negativa ou desvalorizada. Por isso, para Olievenstein (1990), o toxicômano vive uma eterna busca de identidade egoica, que leva à fusão com a droga, como uma forma de consertar provisoriamente essa fratura no espelho, como uma máscara para não se enxergar no espelho quebrado. O adito “carece de imagem de si”, segundo Petit (2003, p. 128); ele está no plano do autoerotismo e precisa organizar ou reorganizar seu narcisismo. Aponta Le Poulichet (2005) que, em alguns toxicômanos, há insuficiência de um vínculo primário com o Outro, e a *operação de farmakon* realizada pelo toxicômano é uma formação narcisista que atesta que esses sujeitos não foram narcisicamente investidos de forma suficiente e não tiveram um afiançamento do Outro. Ou seja, a *operação de farmakon* estabelece uma satisfação e completude alucinatória na droga para realizar a supressão ou cancelação tóxica da dor, constituindo e protegendo o que seria uma forma de narcisismo. Assim, a droga e a satisfação que ela proporciona se tornam uma tentativa de constituir uma unidade narcisista e/ou proteger o indivíduo de se confrontar com a falta e o desejo, neutralizando a castração e anulando o sujeito. Há um autoerotismo não falicizado, uma retirada do investimento libidinal do mundo exterior e dos objetos de amor. Se tomarmos a masturbação como comportamento autoerótico, podemos dizer que Freud (1897/1996a) já indicava, na *Carta 79*, algo nesse sentido: que os vícios como álcool, morfina, tabaco etc. são substitutos da masturbação, que seria o vício primário.

Para pensar o espelho quebrado, convém retomar o estágio do espelho formulado por Lacan. Em *O estágio do espelho como*

formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica, Lacan (1998) situa o estágio do espelho como ocorrendo entre 6 e 18 meses, sendo o momento de assunção de uma imagem de totalidade pelo ser humano que nasce ainda prematuro e inacabado e vivencia o corpo como despedaçado. O bebê faz uma identificação primordial a uma imagem retornada pelo outro, mediatizada pelo desejo do outro. Essa imagem é uma miragem que antecipa ao corpo imaturo uma forma total que ainda não existe, como Lacan (1998, p. 100) expressa: uma “[...] totalidade que chamaremos de ortopédica”, uma “identidade alienante”. Com essa imagem, opera-se a permanência mental do eu, e ligado a esse eu se encontram os mecanismos de defesa e, ao mesmo tempo, o isso. Lacan associa essa identificação primária ao *eu ideal* formulado por Freud, o qual possibilitará, posteriormente, as identificações secundárias (*o ideal de eu*) pela intermediação cultural e normalização da maturação e da libido. Essa experiência especular outorga uma unidade, constitui o eu através da identificação ao desejo do Outro e submerge o sujeito no desconhecimento de si mesmo. Ou seja, o eu é também inconsciente. A imagem que cada um quer passar não é totalmente governável e é recortada pelo inconsciente do Outro, mas a assunção dessa identidade imaginária que é o eu possibilita representar o sujeito frente aos outros. E é mais adiante, na vivência do complexo de Édipo e da castração, que o sujeito poderá sair dessa posição de alienação ao desejo do Outro materno. A função paterna corta a relação incestuosa com a mãe e faz a criança se deparar com a falta no Outro que ninguém a preenche, abrindo as possibilidades para as identificações secundárias ou para a constituição do narcisismo secundário. Ou seja, o corte possibilita sair da posição de ser o falo da mãe para a posição de procurar ter atributos fálicos valorizados pela cultura (Lajonquiére, 1992), como ter um trabalho, ter um ofício, ter dinheiro, ter uma companheira ou companheiro etc. Só é possível operar o corte da castração – ainda que não se opere completamente – se ocorrer primeiro a alienação ao desejo do Outro, o que permite construir a imagem de uma identidade egoica unificada. Esses são tempos lógicos da constituição da subjetividade.

Também se referindo ao estágio do espelho, Melman (1992) assinala, em relação ao alcoolismo (o qual ele considera uma forma de toxicomania, embora faça diferenciações), que o alcoolista tem uma fase do espelho inoperante por falta do olhar de aprovação no Outro; ele tem uma fragilidade da dimensão imaginária. Por isso, o alcoolista se apegua ao olhar do pequeno outro e faz apelo constante à

reciprocidade dos parceiros para sentir-se como ideal independente da realidade e não ser devorado pelo Outro. Diz ainda: “Ele não se vê, uma vez que não há no Outro um olhar para organizar sua visão [...]” (Melman, 1992, p. 35), no sentido de que o alcoolista comumente não consegue enxergar os efeitos de seus excessos no seu corpo. Em suma, esses vários autores apontam que a toxicomania parece uma tentativa de estabilizar, com o recurso tóxico, a imagem vacilante ou insuficiente do próprio corpo – uma tentativa de conservar uma imagem sólida de seu eu, de promover uma restauração narcísica.

O funcionamento toxicomaniaco busca, no real, sustentar um narcisismo com a droga, justamente porque não consegue a sustentação simbólica desse lugar do eu e denuncia o quanto o sujeito não foi suficientemente investido narcisicamente pelo Outro ou o quanto sua imagem a respeito de si e suas identificações são fragilmente sustentadas. Alguns casos de toxicomania parecem indicar uma falha na operação primordial de alienação na constituição do eu, do narcisismo primário do estágio do espelho. Já outros casos indicam que a operação de alienação se realizou, mas há uma falha na operação de separação ou no narcisismo secundário quando a castração ou o corte da função paterna possibilita ao sujeito sair da posição de mero objeto do desejo materno, de ser tragado pelo outro e desaparecer, lançando-o como sujeito de desejo, com uma identidade sexuada como homem ou mulher dentro da genitalidade que organiza o laço social, incluído em uma filiação. Ele só consegue ter condições de separar-se do Outro se primeiro aliena-se ao desejo do Outro, pois é isso que o sustenta, imaginária e simbolicamente. Mesmo os que possuem uma falha na formação do narcisismo secundário, essa fragilidade pode abalar o seu narcisismo primário ou a constituição de seu eu e imagem do corpo. Então, quer se trate de uma falha no narcisismo primário (eu ideal) ou no narcisismo secundário (ideal de eu), é sempre da constituição do narcisismo que os autores estão tratando.

Embora cada toxicômano tenha sua história e vivência singular com a droga, Le Poulichet (2005) e Conte (2003) agrupam as toxicomanias em dois tipos principais. Esta última autora refere a primeira toxicomania como uma entrega e uma tentativa de resgate da fusão maternal primitiva, e a segunda toxicomania como um apelo para fazer funcionar a metáfora paterna – ambas atuando como defesas. O toxicômano não aprendeu a representar simbolicamente a falta e a perda, desespera-se diante dela e busca o produto porque ele lhe fornece a

ilusão de preenchê-la. Pretende trocar a falta simbólica, constituinte do desejo, pela falta orgânica, constituinte da necessidade, pois esta pode ser preenchida com objetos reais, como a droga. Ao mesmo tempo, na toxicomania, muitas vezes, o ideal de eu parece inalcançável e o toxicômano busca a droga, conforme Melman (1992), para um engrandecimento da autoimagem, para uma melhora imediata da potência e para propiciar uma atenuação superegoica.

Muitos pacientes passam boa parte do tratamento numa posição de evitação em relação aos assuntos que realmente lhes são caros e que estão inconscientemente ligados ao seu uso da droga. Um deles esmurrou a mesa próxima de mim quando eu quis escutar um pouco mais a respeito dos assuntos de sua vida que ele qualificava como “tragédias”: “não me faça chorar!”, disse-me ele quando já se encontrava às lágrimas. No entanto, outro dia, na oficina de velas, ele comentou que eu era uma “doutora muito boa, pois fazia chorar”, mas não retornou mais no seu horário comigo. Ele só queria participar de oficinas, as quais ele associava à “alegria” e onde apresentava vários *actings-outs* de agressividade e desavenças com colegas e coordenadoras da atividade, tornando difícil seu convívio entre os demais. Nesse momento, era possível trabalhar as atuações vividas na cena das oficinas. Por isso, o plano terapêutico singular é construído juntamente com o próprio paciente e precisa ser elaborado a partir dos limites e das possibilidades de cada um em cada momento do tratamento, assim, esse plano vai se modificando sempre que o sujeito se encontre em outra posição e sejam indicadas outras intervenções.

Quanto a isso, Olievenstein (1990) refere que, na toxicomania, há uma palavra e um afeto proibidos, e por isso ocorre a passagem frequente ao ato em recaídas ou até tentativas de suicídio. Há sempre assuntos-tabus que esses sujeitos evitam abordar e não conseguem verbalizar, pois as verdadeiras razões do sofrimento são censuradas pelo sujeito. Um pouco diferente de Olievenstein, Le Poulichet (2005) não considera tratar-se apenas de uma repressão que impossibilita dizer algo, mas de uma “supressão tóxica” (p. 71), de algo intolerável, que não é assumido simbolicamente – a palavra é congelada e o interlocutor é anulado; o tóxico apaga ou dissolve as representações que provocam terror ou espanto e são vividas como ameaçadoras, fazendo “desaparecer” o sujeito através dessa supressão. Nesses pacientes, há uma dificuldade clara de fazer deslizar a cadeia significativa, “onde se inscrevem os desejos dos outros”, segundo Le Poulichet (2005, p.

72), pois o corpo não está revestido pelas representações da cadeia significativa, mas é vivido pelo sujeito apenas como um organismo que tem necessidade e fissura por uma substância. O toxicômano mantém-se num circuito compulsivo seduzido pelo gozo do corpo, na ilusão de encontrar um gozo impossível. E quando o gozo domina, o corpo toma conta de tudo, desaparecem as palavras e o pensamento e predomina a ação (Nasio, 1993).

Por outro lado, há os pacientes que falam muito, mas não se implicam subjetivamente no que dizem e descrevem um conjunto de situações dramáticas vividas em função da droga: venderam seus pertences, sua casa, perderam a família, mataram, a saúde se fragilizou etc., como se fossem fatos ocorridos com terceiros, e não com eles. Ou consideram que não têm nenhum problema com drogas, apesar das situações relatadas, dizendo “eu paro quando quiser”, apesar da situação mostrar que não estão conseguindo controlar seu consumo. Creio que aí o trabalho é devolver sua mensagem, fazer refletir sobre sua situação, sobre os efeitos do uso na sua vida e sobre o que quer para sua vida e seu futuro – constituir uma demanda e uma nova posição do sujeito na palavra, mais implicada e menos alienada.

Os pacientes mais jovens, que estão presos na relação com o Outro materno ou parental, comumente pedem para ir embora ou terminar a sessão justamente quando começamos a conversar sobre a sua situação familiar, pois não conseguem proferir qualquer palavra sobre o que sentem ou pensam a respeito da situação vivida, com travamento da fala e frequente atuação. Le Poulichet (2005) aponta que isso acontece porque as palavras têm um peso real para esses sujeitos. Para eles, pensamento é igual à ação. Como falta a função simbólica de separação, a palavra e o pensamento são considerados perigosos porque podem destruir ou afetar o objeto. Ou seja, há insuficiência da função do terceiro na palavra, que possibilitaria pensar e falar sem preocupar-se com a existência objetiva dos conteúdos do pensamento. Isso ocorre, segundo a autora, porque a intrusão da presença materna lhe retirou todo o direito de ser autônomo e pensar por conta própria, de disfarçar seu pensamento, ter segredos e mentir, pois o segredo permite que algo seja separado e ausentado, é uma metáfora de alteridade. Nessa clínica, em que a fala é travada e podem ocorrer muitos *actings-outs* e passagens ao ato, o tratamento busca “os lugares singulares de irrupção do tóxico na palavra” (Le Poulichet, 2005, p. 149), busca elaborar o corpo na palavra, fazer o simbólico

tomar o lugar desse real, possibilitando uma nova posição do sujeito na palavra. E o desenvolvimento do tratamento tem a ver com criar um campo no qual o pensar, o dizer e o sonhar não sejam sentidos como ameaçadores, o que não é tarefa fácil nessa clínica, conforme ilustram os exemplos. Por isso, em vários casos, o tratamento inicia por atividades intermediadas por um fazer, como as oficinas – espaços onde o falar não é fundamental, a expressividade se dá por outras vias e as sociabilidades propiciam um lugar, uma continência e uma confiança para poder existir fora da montagem tóxica.

Muitas vezes, leva um longo tempo para auxiliar o sujeito a sair do registro da necessidade da droga para a formulação de uma demanda de tratamento. Nessas situações, segundo Le Poulichet (2005, p. 178):

O tempo de elaboração da demanda parece ser aqui consideravelmente maior, posto que uma formação narcisista tem que ser desbaratada pouco a pouco pela instauração de uma destinação que revele uma falta a respeito da qual a *operação de farmakon* faz as vezes de máscara irrisória [...].

Ou seja, o toxicômano está apegado à droga porque procura nela uma sustentação de seu eu. Mas, para que o tratamento vá adiante, é preciso ultrapassar esse apego e esse gozo e suportar a falta que passará a ser desvelada.

A Direção da Cura na Toxicomania em um CAPS: Alguns Apontamentos

Por toda essa dificuldade no deslizamento da cadeia significativa e no trabalho com as motivações inconscientes da drogadição, percebe-se, nessa clínica, a importância de se ter muita cautela na sua condução. Vários autores sugerem que, num primeiro momento do tratamento, o trabalho deve ser da ordem de uma sustentação narcísica. Vejamos o que Petit (2003, p. 124) diz a respeito do tratamento na toxicomania:

[...] para começar, estamos longe de poder nos ater a nossos ideais analíticos. Os primeiros passos nos levam mais, ao contrário desses ideais, a reforçar o eu do sujeito, isto é, suas defesas. O que um toxicômano precisa antes de

tudo para se safar é uma sustentação narcísica, um apoio narcísico, não uma análise. Mas ao meu ver, a análise é incontornável num segundo momento, quanto a saber como ele vai poder se sustentar sem a droga, desta vez não mais em sua posição, isto é, em seu eu, mas como sujeito do desejo.

Pode-se questionar, num segundo momento, a afirmação de que a psicanálise é incontornável, pois há muitos que não desenvolvem uma demanda por um tratamento psicanalítico no sentido de querer conhecer as motivações inconscientes que o levaram à situação em que se enredou, mas é importante a questão do apoio narcísico que o autor indica. Naquele em que a identificação primordial é frágil ou as identificações secundárias não se sustentam, há primeiro que ajudar na construção ou reconstrução das imagens para identificação, levando-se em conta os significantes que o marcaram, com o intuito de constituir um narcisismo sólido e uma sustentação egoica que permita a mínima distância e diferenciação da droga, para que, posteriormente, seja possível a constituição do sujeito do desejo.

Também Melman (1992, p. 37) indica nesse tratamento a importância de “[...] um terapeuta bastante móvel para aceitar se mover entre os lugares do outro e do Outro [...]”. A partir dessas referências e de minha experiência clínica, penso que o trabalho com o inconsciente não é o único chamado a colaborar nessa clínica. Ora o terapeuta precisa estar no lugar de apoio, trabalhando no eixo imaginário e especular do pequeno outro, no plano da consciência, e ora o terapeuta está no eixo simbólico do grande Outro que trabalha as questões inconscientes. Há momentos em que é possível trabalhar com o sujeito a angústia que leva à recaída ou à fissura, ou a função que a droga tem na sua vida, mas há momentos em que é insuportável para o sujeito haver-se com essas questões. Ele fugirá do tratamento se as abordarmos, pois precisa de apoio e, muitas vezes, não só do terapeuta e da instituição onde se trata, mas de familiares e/ou de sua rede de relações. Creio que as singularidades individuais de cada caso direcionam que se trabalhe numa posição ou noutra, conforme o momento do tratamento. E cabe ressaltar que as instituições podem propiciar diferentes espaços para trabalhar no eixo imaginário do outro, do apelo à especularização e das sociabilidades, além do espaço de investigação das motivações inconscientes.

Portanto, uma parte considerável do tratamento constitui-se em reforço narcísico (Conte, 2003), no reconhecimento de suas qualidades, em ajudá-lo a aprender a se cuidar, a aprender a identificar e evitar as situações singulares de risco de recaída e a se proteger tendo em vista os seus objetivos de vida retomados ou traçados no tratamento. Esse reforço traduz-se na sustentação e valorização de seus pequenos passos no tratamento; ajuda a colocar em relevo o que é importante para ele em sua vida e a encontrar seus projetos de vida. É uma parte do tratamento que se opera mais no nível da consciência. Esse “apoio narcísico” visa fortalecer os mecanismos de defesa (Petit, 2003; Puentes, 2009) ou ajudá-lo a construir uma “defesa eficaz” (Conte, 2003, p. 93) na relação com o Outro invasivo, a partir do mapeamento das marcas identificatórias que lhe permitam uma identificação com a qual possa ser reconhecido e amparado por uma referência terceira.

Puentes (2005) refere que o adito não logra separar seu desejo do desejo do outro, desejar por si mesmo e “ser ele mesmo”, um indivíduo independente, porque não se constitui um eu. Por isso, faltam-lhe recursos egoicos para utilizar mecanismos de defesa e de controle para manejar e suportar a angústia, assim como para controlar o seu uso da droga. Ele atua a angústia por não conseguir lidar com ela; realiza *acting-outs*, drogando-se. Os profissionais que trabalham na perspectiva da psicanálise nessa clínica percebem que o trabalho com o inconsciente tem o momento certo para acontecer e não é o único necessário nesse tipo de tratamento.

A partir da minha experiência e de outros psicólogos ou psicanalistas que trabalham em CAPS AD ou serviços que atendem drogadição, percebo que, embora alguns pacientes consigam aproveitar um atendimento psicológico individual, é comum que eles não consigam falar e não se beneficiem com essa modalidade de atendimento. Por outro lado, nos grupos ou espaços coletivos, a partir do que a fala do outro/parceiro desperta, esses mesmos pacientes mostram-se falantes, participantes, expõem-se e se dão a conhecer muito mais. Esse tipo de situação demonstra a importância do trabalho de troca entre pares e de sustentação narcísica que os grupos de apoio propiciam, assim como as oficinas – ou seja, a necessidade de laços para a constituição do eu.

Para construir a sustentação do eu, Olievenstein (1990, p. 112) sugere que “será preciso oferecer ao sujeito diferentes modelos de

identificação, diferentes espaços para que ele se encontre com os pedaços esparsos do espelho, podendo fazer [...] escolhas de identidade parciais” e encontrar outras identificações que não essa prevalente de “dependente químico”; inclusive identificações sexuais que o situem como homem ou mulher e propiciem sair do campo do autoerotismo e ir além do narcisismo. Nesse sentido, o trabalho dos CAPS de oferta de variados grupos terapêuticos de fala e oficinas mediadas pela atividade fornece algumas possibilidades diversificadas de identificação, de construção de identidade e de escolhas, seja pelo convívio com outros usuários que estão buscando novas formas de vida, seja com os diferentes terapeutas. Pertencer a um grupo é importante para o reconhecimento de si e de seus traços identificatórios e para o encontro de novos espelhos que forneçam uma riqueza de possibilidades identificatórias, pois possibilita o retorno dos colegas e da equipe a respeito da própria imagem, o que estimula o investimento próprio e propicia a reconstrução da alteridade ao colocar-se no lugar do outro e do outro colocar-se em seu lugar (Conte, 2003). Puentes (2009) propõe os grupos como um meio para auxiliar a realizar o corte no circuito compulsivo do consumo, defendendo os grupos de apoio e autoajuda no primeiro momento do tratamento e o grupo terapêutico, que analisa motivações inconscientes, no segundo momento. Ele considera que o grupo propicia “a construção de uma nova subjetividade a partir da construção de uma intersubjetividade apoiada no grupal” (Puentes, 2009, p. 106), pois aprofunda e amplia o campo da transferência, a qual está voltada não só para o coordenador do grupo, mas para seus companheiros com quem realiza a identificação. O processo grupal tem a capacidade de gerar mudanças substanciais nas pessoas participantes.

Em suma, no início do tratamento, muitas vezes, o paciente só fala na droga ou reduz-se à necessidade de um organismo pela substância, porém, busca-se que ele fale também de sua vida, pois a droga está enredada a uma situação de vida. Então, a partir de uma relação de segurança e confiança, a qual o usuário talvez nunca tenha conhecido, estabelecida nas diferentes transferências oferecidas na instituição, ele pode realizar um aprendizado subjetivo singular, progressivo de nova forma de viver, e construir “um novo edifício psíquico mais ou menos sólido” (Olievenstein, 1990, p. 121). Assim, sairá da angústia revoltada de um eu fragilizado para a construção de um eu inserido na cultura e de um sujeito livre para fazer escolhas e desejar, em vez de escravizar-se a um produto. Pois a liberdade reside na

possibilidade de poder escolher, e não na dependência ou submissão a algo ou alguém.

Para Olievenstein (1990), o tratamento começa a partir da substituição da dependência do produto pela dependência da relação terapêutica, e, aos poucos, passa pelo aprendizado de um espelho democrático, em que o sujeito pode fazer suas escolhas de vida, em vez de um espelho ligado a uma relação de força dominante-dominado. Ou seja, a partir de uma relação transferencial não submetedora com um profissional e com uma equipe, que também possibilite um investimento em seu narcisismo, o sujeito pode encontrar a possibilidade de reconhecer que é alguém investido de valor fálico; bem como reconhecer a dependência estrutural em relação ao significativo e ao desejo do Outro, e a possibilidade de libertar-se em relação aos Outros da sua vida e em relação à droga. Ou de libertar-se da posição infantil em que muitas vezes se encontra, na qual ele supõe não ter que fazer algo por si, mas espera apenas que o outro o faça. Assim, constrói-se uma nova posição do sujeito na palavra e em relação ao produto e à sua vida, incentivando a implicação e responsabilidade do sujeito em seu destino, propiciando, ao mesmo tempo, que se constituam novas formas de lidar com as pequenas e grandes frustrações e castrações da vida e se construam ideais com os quais se possa identificar.

Referências

- Conte, M. (2003). *A clínica psicanalítica com toxicômanos: O "corte & costura"*. Santa Cruz do Sul, RS: Edunisc.
- Freud, S. (1996a). Carta 79. In J. Strachey (Org.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol.1, pp. 323-324). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1897).
- Freud, S. (1996b). O mal-estar na civilização. In J. Strachey (Org.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 21, pp. 73-148). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1930).
- Lacan, J. (1995). A relação de objeto. In J.-A. Miller (Ed.), *O seminário 4 de Jacques Lacan: 1956-1957* (pp. 40-58). Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (1998). O estádio do espelho como formador da função

- do eu, tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. In J. Lacan, *Escritos* (pp. 96-103). Rio de Janeiro: Zahar.
- Lajonquiére, L. (1992). *Para repensar as aprendizagens: De Piaget a Freud: A (psico) pedagogia entre o conhecimento e o saber*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Le Poulichet, S. (2005). *Toxicomanias y psicoanálisis: Las narcosis del deseo*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Melman, C. (1992). *Alcoolismo, delinquência, toxicomania: Uma outra forma de gozar*. São Paulo: Escuta.
- Nasio, J.-D. (1993). *Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Olievenstein, C. (1990). *A clínica do toxicômano: A falta da falta*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Olievenstein, C., & Parada, C. (2002). *Droga, adolescentes e sociedade: Como um anjo canibal*. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.
- Petit, P. (2003). Recorte pontilhado. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 11(24), 121-129.
- Puentes, M. (2005). *Detrás de La droga: Raíces espirituales, culturales, sociales, familiares, psicológicas e orgânicas de la problemática de la drogadicción*. Buenos Aires, Argentina: Lugar.
- Puentes, M. (2009). *Estratégia terapêutica em drogadicción: Sistema ambulatorio preventivo asistencial comunitario*. Buenos Aires, Argentina: Lugar.
- Rassial, J. J. (1999). *O adolescente e o psicanalista*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Soares, R. (2009, 9 de dezembro). Ensinem os filhos a falhar: Estudioso das relações familiares, o psicanalista belga Jean-Pierre Lebrun diz que aprender a lidar com o insucesso é fundamental para livrar-se de apuros na vida adulta. *Veja*, 2142. Recuperado de <http://veja.abril.com.br/091209/ensinem-filhos-falhar-p-021.shtml>

Recebido em 25 de novembro de 2011

Aceito em 15 de novembro de 2012

Revisado em 12 de maio de 2013