



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

Departamento de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

PSICOSE E TOXICOMANIAS: UM ESTUDO PSICANALÍTICO

Alenuska Nadja Rêgo de Queiroz Soares

NATAL-RN

2012

Alenuska Nadja Rêgo de Queiroz Soares

PSICOSE E TOXICOMANIAS: UM ESTUDO PSICANALÍTICO

Dissertação elaborada sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Cynthia Pereira de Medeiros e co-orientação da Prof^ª Dr^ª Cynara Teixeira Ribeiro e apresentada ao Programa da Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

NATAL-RN

2012



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

Departamento de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

A dissertação “PSICOSE E TOXICOMANIAS: UM ESTUDO PSICANALÍTICO”, elaborada por Alenuska Nadja Rêgo de Queiroz Soares, foi considerada aprovada por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo programa de Pós-Graduação em Psicologia, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Natal/RN, 14 de dezembro de 2012

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Dr^ª Cynthia Pereira de Medeiros _____

Prof^ª. Dr^ª Cynara Teixeira Ribeiro _____

Prof^ª. Dr^ª. Ana Karenina de Melo Arraes Amorim _____

Prof^ª. Dr^ª Zaeth Aguiar do Nascimento _____

Ainda não és livre, ainda procuras a liberdade. As tuas buscas desvelaram-te e envaideceram-te demasiadamente. Queres escalar a altura livre; a tua alma está sedenta de estrelas; mas também os teus maus instintos têm sede de liberdade. Os teus cães selvagens querem ser livres; ladram de alegria no seu covil quando o teu espírito tende a abrir todas as prisões. Para mim, és ainda um preso que sonha com a liberdade.

Friedrich Nietzsche - Assim falou Zaratustra

Para Eduardo

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pela confiança e suporte que sempre depositaram em mim e por me ajudarem a trilhar os meus caminhos.

Ao Adriano, pela força que me deu desde o início, pelo companheirismo e pela compreensão nos momentos em que não pude estar por perto.

À minha orientadora Cynthia Medeiros, pelo rico percurso que me proporcionou, com sua gentileza e sabedoria.

À minha co-orientadora Cynara Ribeiro, pela presença constante, por todos os materiais emprestados e pelos apontamentos indispensáveis que me deu desde o início.

Aos meus irmãos e avós, pelo apoio.

Às leitoras Ana Karenina Arraes e Zaeth Aguiar por aceitarem participar desta empreitada e pelas contribuições.

Às minhas amigas Lívia de Sousa, Themis Taynah e Élide Cunha pela força e pela companhia.

Aos colegas do CAPS II, em especial Conceição Valença, Rose Sudário, Roseane Medeiros e Fátima Furtado, por todos os ensinamentos e experiências compartilhadas.

À Eugênia Chaves, pela ajuda e pelos livros e materiais emprestados.

Aos colegas da base de pesquisa e do Programa de Pós-graduação em Psicologia, em especial Gorete Sarmiento, Luciana Rodrigues, Mariana Cela e Ana Cândida Gouveia por compartilharem comigo as alegrias e as angústias de se fazer um mestrado e à professora Suely Rocha de Holanda, pelas ricas contribuições.

A todos aqueles que me apoiaram e acreditaram na realização deste trabalho.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
Apresentação do problema de pesquisa.....	10
Revisão de Literatura.....	17
Discussão e apresentação da pesquisa.....	22
Método.....	24
1. A INSERÇÃO DA PSICANÁLISE NA SAÚDE MENTAL.....	28
1.1 Contextualizando o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil.....	29
1.2 A Reforma Psiquiátrica no RN e a constituição da rede de atenção à saúde mental em Natal.....	35
1.3 Contribuições da psicanálise ao campo da saúde mental.....	40
2. A CLÍNICA DA PSICOSE.....	50
2.1 Psicose em Freud.....	50
2.2 Psicose em Lacan.....	59
3. TOXICOMANIAS SOB A PERSPECTIVA DA PSICANÁLISE.....	72
3.1 O uso de drogas ao longo da história.....	72
3.2 O recurso às drogas na teoria de Freud.....	76
3.3 Considerações lacanianas sobre o uso de drogas e seus desdobramentos na atualidade.....	83
4. INTERFACES ENTRE PSICOSE E TOXICOMANIAS: FUNÇÕES DO USO DE DROGAS PARA A PSICOSE.....	92
4.1 O uso de drogas como suplência.....	93
4.2 O uso de drogas como solução estabilizadora.....	98
4.3 O uso de drogas como liberação de gozo.....	106
CONCLUSÕES.....	112
REFERÊNCIAS.....	118

RESUMO

O presente trabalho tem o objetivo de discutir, a partir de um caso clínico e à luz da psicanálise, quais os diferentes modos de operação do uso de drogas sobre a estrutura psicótica e quais seriam os efeitos e as particularidades dessa articulação. O interesse pelo tema nasceu a partir de uma experiência de estágio na área de Saúde Mental, na qual havia um paciente psicótico que fazia uso de drogas, assim como existia uma dificuldade do serviço em como e onde tratar esse usuário. Para atingirmos nosso objetivo, construímos quatro capítulos teóricos nos quais o caso clínico é retomado algumas vezes em articulação com as discussões levantadas, a fim de aproximarmos a pesquisa teórica com a prática clínica, o que caracteriza o método deste trabalho como teórico-clínico. A revisão de literatura revelou que Freud e Lacan não se dedicaram ao estudo dessa temática, mas deram contribuições importantes que se desdobram atualmente no campo teórico e na prática clínica. Autores psicanalíticos contemporâneos apontam que o uso feito por psicóticos é diferente do uso feito por neuróticos, pois o psicótico possui particularidades que são de estrutura. Constatou-se que o uso de drogas na psicose pode operar de três modos distintos: o primeiro refere-se ao uso de droga enquanto suplência à ausência do significante que insere o psicótico no laço social; O segundo tem a função de intensificação dos fenômenos psicóticos e o terceiro opera como tentativa de apaziguamento desses mesmos fenômenos. Conclui-se que, enquanto o uso de drogas na neurose pode oferecer um modo de satisfação individualista que prescinde do social, na psicose esse uso pode operar de maneira diversa, podendo ter uma função de desencadeamento, de estabilização, de inserção social, dentre outras. Tal discussão permite avançarmos na direção do tratamento da psicose, quando o caso inclui o uso de drogas, bem como na direção do tratamento das toxicomanias.

Palavras-chave: pesquisa psicanalítica; drogas; suplência; gozo; saúde mental.

ABSTRACT

This paper is a case study that aims to discuss the effects of drug abuse by a person with psychotic structure from a psychoanalytical perspective. The interest in this subject was born from an internship experience in the Mental Health area in which a psychotic patient had a drug abuse problem and the service treating him had difficulties dealing with this. In order to accomplish the objective of this work four theoretical chapters were written and the case is discussed throughout them articulating the theoretical issues with clinical practice. A literature review revealed that Freud and Lacan did not dedicate themselves to the study of the effect of drug use by psychotic patients but they made important contributions unfolding the theoretical and clinical psychoanalytical practice. Contemporary psychoanalytic authors suggest that the drug use made by psychotics differs from the use by neurotics, because of the particularity of the psychotic structure. It was found that drug use in psychosis can operate in three different ways: the first refers to drug use as substitute of a missing signifier helping the psychotic patient building a social bond. The second function is to intensify psychotic phenomena and the third function is to operate as an attempt to diminish those same phenomena. We conclude that, while the use of drugs in neurosis provides an individualist way of satisfaction, that excludes social aspects. For psychosis such use may operate differently and may play a role in social integration, among others effects. Such discussion can help move forward the direction of treatment of psychosis when the case involves drug use.

Keywords: psychoanalytical research; drugs; signifier substitution (suppléance); jouissance; mental health.

INTRODUÇÃO

Apresentação do problema de pesquisa

O interesse pelo tema do uso de drogas e de sua relação com a psicose nasceu a partir de uma experiência de estágio na área de saúde mental em um CAPS II¹ de Natal, no período de março de 2006 a março de 2008. Durante esse estágio, foi possível perceber a dificuldade da equipe de profissionais em acompanhar usuários portadores de transtornos mentais que fazem uso de substâncias psicoativas. Observou-se um número significativo de pacientes psicóticos que faziam uso de drogas, além de pacientes que tiveram sua psicose deflagrada após o início do uso de substâncias psicoativas, assim como a dificuldade dos serviços de saúde mental em como e onde tratar esses usuários.

Ainda dentro desta instituição, o interesse pelo tema tornou-se mais forte a partir do caso específico de um usuário que era acompanhado concomitantemente pelo CAPS II e pelo CAPSad (álcool e drogas) e que foi motivo de discussões, dúvidas e reflexões entre as equipes desses dois serviços sobre que tratamento oferecer a um sujeito usuário regular de álcool e outras drogas que apresentava sintomas psicóticos, e em que instituição tratá-lo. Apresentaremos, a seguir, fragmentos desse caso, acompanhado no ano de 2006, a fim de localizarmos que questões nos levaram ao empreendimento de nossa pesquisa.

CASO EDUARDO²

No ano de 2006, durante o nosso estágio em um CAPS II de Natal, a equipe de profissionais deste serviço recebeu a solicitação de uma reunião por parte da equipe de um CAPSad, para que estes nos encaminhassem um de seus usuários, que consumia

¹Centros de Atenção Psicossocial. Serviços substitutivos destinados a acolher pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, em seu território de abrangência. [Ministério da Saúde, 2004a]

² Nome fictício.

álcool e tabaco regularmente (além de outras drogas ilícitas eventualmente) e que tinha diagnóstico de Esquizofrenia.

Segundo a equipe do CAPSad, a solicitação de acompanhamento no CAPS II era uma tentativa de oferecer maior e/ou melhor suporte ao tratamento desse sujeito, já que os recursos disponibilizados pelo CAPSad, na avaliação da própria equipe, não provocavam nenhuma mudança de atitude no usuário no sentido de sua implicação com o tratamento para largar o uso de drogas, e nem contribuíam para amenizar seus sintomas psicóticos.

Eduardo, 34 anos, iniciou uso de álcool aos 13 anos e de tabaco aos 15 anos (fuma compulsivamente) e, segundo ele, fez uso de maconha e cocaína até os 28 anos e eventualmente faz uso de outras drogas, como o crack. Aos 19 anos chegou a ser preso por porte de maconha, porém logo foi liberado. Ele iniciou seu tratamento no CAPSad no ano de 2004, com a queixa, dele próprio e da sua família, de uso abusivo de álcool e tabaco, porém, antes de chegar a esse serviço, ficou internado em uma comunidade terapêutica religiosa por 8 meses, até fugir. Posteriormente, foi para um CAPS II, de transtornos mentais, em um município vizinho, no qual passou 3 meses até ser encaminhado ao CAPSad. Eduardo havia feito ainda tratamento em um hospital-dia pelo período de 6 meses, em função de uma tentativa de suicídio.

De acordo com os profissionais do CAPSad, quando chegou, Eduardo apresentava transtorno mental há pelo menos 10 anos com a presença de delírios persecutórios, alucinações visuais e auditivas e sonambulismo, vindo encaminhado do CAPS onde era acompanhado anteriormente com o seguinte diagnóstico: F 10.2 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - síndrome de dependência) e F 20.0 (Esquizofrenia paranóide).

Natural do Rio de Janeiro, Eduardo veio para Natal quando tinha por volta de 7 anos de idade e relata que os pais saíram do Rio devido a problemas com vizinhos. É o 3º filho de uma prole de quatro (são três homens e uma mulher; um dos irmãos apresenta deficiência mental). Na infância, relata que seu pai lhe agredia muito. Segundo relatou a mãe de Eduardo em atendimentos, quando seus filhos eram crianças, o seu marido os mordía até sangrar e quando ele tinha por volta de 1 ano, seu pai o jogou para o teto enquanto dormia.

Eduardo refere muita rebeldia no período escolar e ele mesmo diz que era “fora do normal”. Seus pais, ao saírem de casa, deixavam-no acorrentado para que não fosse para a rua. Quando criança, tinha pesadelos e acordava chorando à noite e tinha medo de voltar sozinho da escola. Queixa-se que o pai era muito nervoso e rígido e ameaçava-o de morte e de surra. Eduardo acha que usou drogas para fugir do pai. Este tem diagnóstico de esquizofrenia, mesmo diagnóstico recebido por Eduardo anos mais tarde.

Eduardo estudou até a 8ª série do ensino fundamental. É casado pela 2ª vez e tem uma filha de cada casamento. Chegou a trabalhar como vendedor de doces, porém, desde o início do tratamento no CAPSad encontrava-se sob a perícia do INSS. Segundo relata a equipe do CAPSad, a passagem de Eduardo pelo serviço foi marcada por agressões à esposa, queixas de impotência sexual, pensamentos suicidas, consumo de álcool e crack, agitação psicomotora, venda de objetos da sua casa, descuido consigo próprio e internações psiquiátricas. Sua esposa pouco participou do tratamento e a sua mãe o acompanhou por aproximadamente um ano, depois não mais compareceu ao serviço, dizendo que não acreditava que o filho parasse de usar drogas. Assim, ele continuou o tratamento sem nenhum acompanhamento familiar.

Dentro do CAPSad, Eduardo passou por diferentes modalidades de acompanhamento, desde o intensivo de dois turnos diários até o semi-intensivo, em que

ia ao serviço apenas alguns dias da semana. Segundo a equipe deste equipamento, quando na modalidade de semi-intensivo, no ano de 2006, ele parecia mais estável em sua abstinência ao álcool, muito embora continuasse apático como se “nada tivesse importância na sua vida”.

Relatava, ainda, a dificuldade dele em se enquadrar às normas do serviço, como por exemplo, não poder participar dos grupos caso estivesse chegado sob efeito de alguma substância; cumprir as regras com relação ao uso do cigarro, bem como respeitar os horários de entrada e saída do serviço. Além disso, havia dificuldade com os outros usuários que pareciam se incomodar e não aceitar os seus delírios psicóticos. Essas dificuldades levaram a equipe do CAPSad a procurar o CAPS II para acompanhá-lo.

Certa vez Eduardo colocou em um atendimento que tinha medo de ser “expulso” do CAPSad, pois, segundo ele, os profissionais pegavam muito no seu pé, já possuía várias advertências e os outros usuários não o ajudavam.

Assim, no final de 2006, Eduardo inicia seu tratamento no CAPS II, ao mesmo tempo dando continuidade ao seu acompanhamento no CAPSad e, ainda, por conta própria, procura o ambulatório de saúde mental especializado em dependência de tabaco. Após 9 meses de acompanhamento no CAPS II, ele solicita a desvinculação do CAPSad.

No período da chegada de Eduardo ao CAPS II, havia uma variedade de oficinas e atividades desenvolvidas neste serviço. Ele participava da maioria, porém se vinculado e se destacando especialmente na oficina de coral e na oficina de teatro, esta última coordenada por nós e por outra estagiária de psicologia. Em sua presença no cotidiano do serviço, Eduardo apresentava-se sempre como um sujeito pacato, tranquilo, com ideias e discursos na maior parte das vezes lógicos e bem encadeados, bom

relacionamento interpessoal com usuários e técnicos. No entanto apresentava-se, na maioria das vezes, apático e descuidado consigo mesmo.

Após alguns meses, passou a ser acompanhado mais de perto por nós, depois de termos sido indicados pela própria equipe como técnico de referência, isto é, o profissional responsável por estar mais próximo ao usuário, funcionando como uma referência para o sujeito dentro do serviço, ainda que ele possa recorrer a todos os outros profissionais, caso deseje. A escolha do técnico de referência deve ser feita com comum consentimento entre profissional e usuário, pois é fundamental que exista uma relação de empatia entre ambos, e assim foi possível fazer algumas escutas a Eduardo e participar dos encontros com a sua mãe e esposa, que, por sua vez, mostraram-se disponíveis em acompanhar seu tratamento, o que pouco acontecia antes.

Eduardo se queixava constantemente sobre os conflitos com a sua esposa devido ao uso eventual de álcool e outras drogas e, junto com isso, o tempo que ficava pela rua quando estava sob o efeito dessas substâncias e o dinheiro que ele gastava para comprá-las. Por isso, sua relação conjugal estava sempre sob a ameaça de separação e, por consequência, as brigas sobre quem deveria sair de casa. Nesse caminho, em determinado momento, sua esposa e sua mãe manifestaram o desejo de interditar Eduardo judicialmente, pois não o consideravam capaz de receber e administrar o dinheiro de sua pensão, já que algumas vezes já havia gasto boa parte do seu dinheiro com álcool e outras drogas. Eduardo não manifestou nenhuma oposição ao desejo da família e tal temática foi motivo de algumas reuniões entre a equipe do CAPS II e seus familiares sobre os efeitos de uma interdição, que acabou não se efetivando. Em contrapartida, Eduardo passou a ajudar sua esposa em um negócio montado por ela.

Após desvincular-se do CAPSad, ele ficou dois meses em abstinência, o que desencadeou insônia, alucinações auditivas e, então, começou a não participar das

atividades. Relatou em um atendimento que passou uma semana bêbado e não foi ao serviço alegando estar com vergonha. Após esse atendimento, passa mais 2 semanas sem beber e, em seguida, bebe 1 litro de álcool combustível (metanol) com adoçante. Chega ao CAPS II solicitando sua própria internação.

Durante todo seu acompanhamento nos dois serviços, observou-se que Eduardo algumas vezes relatava “grandes” histórias que, segundo ele, aconteceram consigo próprio, com ideias bastante concatenadas, como por exemplo: um dia, bebendo, assistiu a um noticiário da TV que falava de um assassinato ocorrido em Natal e foi até a delegacia mais próxima, declarando-se culpado pelo crime, sendo depois comprovado pela própria polícia, após processo de investigação, o não envolvimento do mesmo com o crime ocorrido.

Eduardo permanece em acompanhamento no CAPS II até os dias de hoje, e, segundo relatam os profissionais que lá permanecem, continua entre períodos de consumo esporádico, abstinência e uso excessivo de substâncias, acompanhado por internações psiquiátricas, dificuldades conjugais e familiares, nunca encontrando uma amenização para o seu sofrimento.

Havia ainda, entre os profissionais das equipes, tanto do CAPSad quanto do CAPS II, uma sombra de dúvida a respeito do diagnóstico de Eduardo, pois apesar de ele já ter recebido o diagnóstico de esquizofrenia, ainda pairavam questões sobre a relação entre as drogas e os seus sintomas psicóticos. Dessa forma, as duas equipes se reuniram para realizar a construção do caso clínico de Eduardo e apresenta-lo em uma supervisão feita pelo psicanalista Antônio Beneti, no ano de 2007, na cidade de Natal. A partir da leitura e da discussão do caso, chegou-se à conclusão que Eduardo era mesmo um sujeito psicótico cuja estrutura permanecia articulada e muitas vezes tamponada pelo uso de drogas.

O caso de Eduardo levantou, na época em que foi encaminhado, várias discussões entre as duas equipes sobre que tratamento oferecer a esse sujeito e qual o lugar para tratá-lo: um CAPSad, no qual o tratamento da psicose não tem lugar, ou um CAPS II que não trata a dependência química? Para nós, pensando a partir do caso relatado acima, suscitamos inicialmente uma questão de pesquisa: o que faz o sujeito psicótico lançar mão do uso de drogas e quais os efeitos dessa prática?

A escolha pela psicanálise para abordar o tema se deu na medida em que apenas neste campo teórico encontramos o tema da toxicomania discutido a partir da estrutura do sujeito e da sua singularidade.

A partir dessa questão, nascida com o caso clínico, foi empreendida uma revisão de literatura a fim embasar nosso problema de pesquisa. Realizamos buscas e leituras de livros psicanalíticos que discutem a temática tanto da estrutura psicótica quanto do uso de drogas e da toxicomania, assim como de artigos sobre esses temas em sites tais como Bvs-Psi, SciELO, LILACS, Portal de Periódicos CAPES, Banco de Dissertações e Teses Brasileiras (BDTD) e Google Acadêmico com os descritores “drogas”, “psicose”, “toxicomania”, “tóxicos” e “psicanálise”. O material encontrado foi selecionado a partir de uma leitura prévia dos seus respectivos resumos. Foram selecionados aproximadamente 15 livros de autores contemporâneos, juntamente com 10 dissertações de mestrado, três teses de doutorado e 21 artigos científicos, além dos textos e obras de Freud e Lacan.

Em sua publicação *Neurociência do Consumo e Dependência de Substâncias Psicoativas*, a OMS³ (2006) aponta que “existe alta co-morbidade entre qualquer transtorno mental e dependência de substância” (p. 161). No entanto, ainda para a OMS, permanecem obscuros quais seriam os fatores causais para este elevado índice de co-

³ Organização Mundial da Saúde.

morbidade. “Isto é, as doenças mentais levam à dependência de substância, a dependência de substância leva à doença mental ou tanto a doença mental quanto a dependência são manifestações sintomáticas das mesmas neuropatologias subjacentes?” (OMS, 2006, pp. 161-162). Com isso, observamos que a presença das drogas no campo da saúde mental tem se tornado também uma preocupação da Organização Mundial da Saúde.

Além dessas questões levantadas pela OMS, sabemos que hoje em dia as políticas públicas têm se dirigido ao combate e prevenção do uso de drogas em todo o mundo e também no Brasil, colocando em pauta os diversos modos de tratamento a esses usuários. Nessa perspectiva, a investigação sobre o tema da toxicomania e sua articulação com o campo da psicose faz-se de grande importância para a política de saúde mental e os seus profissionais que, trabalhando em equipes multiprofissionais, tentam responder a essa demanda.

A partir do que foi exposto sobre de onde surge nosso tema de pesquisa, traremos a seguir uma revisão de literatura prévia e explanatória para melhor nos situarmos em termos gerais sobre este campo de discussão e chegaremos, por fim, à nossa questão de pesquisa. Tal contextualização torna-se importante para introduzirmos os temas que serão discutidos de maneira aprofundada nos capítulos que se seguem.

Revisão de literatura

Em sua obra sobre a história das drogas, Escohotado (1998) nos diz que a relação entre o homem e as drogas é milenar. No Velho Testamento, nos escritos de Sodoma e Gomorra é possível encontrar relatos sobre o uso de álcool. Na antigüidade, mais especificamente na cultura greco-romana, já se utilizava o termo *phármakon*, do qual deriva a palavra *fármaco*, que possuía um duplo sentido: remédio e veneno. Na

china do século XIX a proibição do uso de ópio chegou a tornar-se motivo de guerra no país. Vemos então que o hábito do uso de substâncias é tão antigo quanto o homem. No entanto, segundo Naparstek (2008), “a história das drogas é muito mais ampla, muito mais antiga que a história das toxicomanias” (p. 11). Segundo este autor, enquanto que o uso de drogas é datado de milênios, o termo “toxicomania⁴”, como denominada hoje, não existia até 150 anos atrás. Mesmo que possamos encontrar dados sobre o que naquela época seria um toxicômano, não existiam nomeações como “toxicomania” ou “dependência química”, tal qual conhecemos hoje.

Na psicanálise, nem Freud nem Lacan dedicaram-se ao estudo aprofundado sobre o tema do uso de drogas, ou seja, nenhum dos dois teóricos chegou a produzir uma obra, um curso ou um seminário sobre o assunto. O que se encontram são apontamentos, comentários, referências e considerações sobre o tema.

Freud, em 1912, ao pensar o fenômeno do uso de tóxicos aproximou o objeto droga do objeto de amor, denominando a relação do sujeito com a droga, em especial o álcool, de “casamento feliz”, já que a bebida poderia ser colocada como um objeto fixo de pulsão. No entanto, o próprio Freud considera, em seguida, que enquanto na satisfação tóxica só há um objeto capaz de satisfazer a pulsão, na relação do amante com o objeto sexual, este último é incapaz de proporcionar ao primeiro uma satisfação completa, pois é apenas uma das escolhas dentro de uma série de substitutos. Contudo, é importante nos questionarmos a respeito da idéia de “casamento feliz”, pois por mais

⁴Quando falamos de toxicomania, nos remetemos ao delineamento feito por Conte (2000): “o conceito de toxicomania (...) exclui o uso eventual, recreativo ou habitual das drogas. Considera-se a toxicomania a relação intensa e exclusiva, na qual o uso de drogas já se tenha estabelecido também como uma função na vida psíquica do sujeito” (pp. 9-10). Isso significa que, dentro das diferentes modalidades de uso que se faz da droga, vamos nos deter àquela na qual o sujeito não consegue mais prescindir da droga, tornando-se um dependente ou toxicômano.

que a droga se fixe como objeto único de desejo, a relação do sujeito com ela é paradoxal, dados os freqüentes relatos que dão os toxicômanos sobre o sofrimento em que vivem em sua relação com as drogas.

Em 1930, afirmando existir um mal-estar presente em toda cultura, Freud enumera diferentes formas de esquiva, entre as quais, juntamente com o amor, a religião e o delírio, encontramos o uso de drogas. Desse modo, o sujeito recorre ao uso de substâncias como tentativa, ainda que precária, de aplacar o mal-estar imposto a todos os seres humanos para cumprir as exigências de se viver em uma civilização. Na perspectiva freudiana, dentre as diversas opções que o sujeito pode eleger para aplacar seu mal-estar, o recurso às drogas pode ser considerado como uma das medidas mais eficazes, pois alteram a química do corpo humano, provocando:

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. (Freud, 1930/1996, p. 86)

Freud, no entanto, faz uma diferenciação entre os efeitos benéficos do uso de *veículos intoxicantes* e a mesma capacidade que esses possuem de causar malefícios ao homem devido a essas propriedades de afastá-lo da realidade. De todo modo, para o mesmo, a escolha das medidas paliativas é particular de cada sujeito e orientada pela constituição psíquica de cada um:

Todo homem tem de descobrir por si mesmo de que modo ele pode ser salvo. Todos os tipos de diferentes fatores operarão a fim de dirigir sua escolha. (...) Nisso, sua constituição psíquica desempenhará papel

decisivo, independente das circunstâncias externas. (Freud, 1930/1996, p. 91)

Santiago (2001) observa que no período pós-Freud, após a década de 30, muitos autores se dedicaram a estudar o fenômeno da toxicomania e contribuíram, desde essa época, com a idéia de que o sujeito é quem faz a droga e não o contrário. Assim, cada sujeito tem uma relação particular com a droga, por isso algumas pessoas fazem uso das mesmas regularmente e não tem comprometidos seus papéis e funções na vida, enquanto outras, que consomem drogas com a mesma frequência das primeiras, têm a sua vida transformada e voltada para o uso dos tóxicos. Tal afirmação nos leva a refletir acerca da relevância do diagnóstico estrutural do dependente de drogas para se guiar o tratamento clínico.

Lacan (1992), tendo em vista as características da sociedade capitalista, classifica as drogas como produtos pertencentes à lógica do consumo, regulados pelos ideais sociais e fabricados para divertir os sujeitos, na tentativa de amenizar ou até mesmo acabar, ainda que temporariamente, qualquer mal-estar. Na tese lacaniana, a função da droga está intimamente ligada à lógica capitalista de tentar rechaçar a castração, num modo de satisfação particular, que prescinde do social e dissolve os vínculos que ligam o sujeito ao Outro⁵. A tese proposta por Lacan é a de que a função fundamental da intoxicação é a ruptura com os laços sociais, e por isso, na relação entre o sujeito e as drogas existe uma exclusividade, fazendo com que o sujeito muitas vezes abandone sua família, seu emprego e seus bens. A partir dessa afirmação lacaniana, é possível lançar as seguintes perguntas: Como pensar as possíveis funções da droga na psicose, já que, na estrutura psicótica, a ruptura com os laços sociais é anterior ao uso

⁵ “Termo utilizado por Jacques Lacan para designar o lugar simbólico – o significante, a lei, a linguagem, o inconsciente, ou, ainda, Deus, - que determina o sujeito, ora de maneira externa a ele, ora de maneira intra-subjetiva em sua relação com o desejo”. (Roudinesco & Plon, 1998, p. 558).

das drogas? O uso de substâncias tóxicas por sujeitos psicóticos teria uma função semelhante ao uso feito por sujeitos neuróticos?

A psicose passou a ser alvo das investigações de Freud desde 1894, mesmo não sendo ela o principal foco do interesse do fundador da psicanálise. Em suas obras é possível perceber os seus avanços sobre o estudo da paranóia que teve seu auge a partir do caso do Dr. Schreber em 1911. Para Freud haveria, na psicose, uma perda de realidade diferente da que há na neurose e, por isso, os delírios seriam a tentativa de reconstrução da uma realidade anteriormente perdida, uma tentativa de cura.

Lacan fez da investigação da psicose o elemento central de todo o seu estudo e determinou, desde o seu primeiro ensino, que nessa estrutura existe uma diferença fundamental decorrente da exclusão do sujeito psicótico da ordem simbólica, ou seja, da lei e dos laços sociais que são incorporados após a passagem do sujeito pelo Complexo de Édipo, que no caso do psicótico não ocorre da mesma maneira que ocorre para um neurótico. O mecanismo fundamental da psicose seria a ausência de um significante denominado Nome-do-Pai⁶.

Nessa perspectiva, se a toxicomania tem uma função de promover uma ruptura com os laços sociais, no caso da psicose que já possui de antemão um rompimento que é de estrutura, o uso de drogas poderia ter, segundo Zaffore (2008), uma função contrária. Ou seja, casos em que o consumo ocorre como um modo de fazer laços sociais (por exemplo, com um grupo de usuários de drogas) e assim, haveria uma tentativa de restituir a ruptura já existente. Parece-nos também que, na psicose, o recurso às drogas pode ter uma função de inserção social dos indivíduos dentro dos grupos de

⁶ Os termos “significante” e “Nome-do-Pai” são termos lacanianos referentes à psicose e estão conceituados no capítulo 1 desta dissertação, no qual é feita uma discussão aprofundada sobre o assunto.

toxicômanos ou de alcoolistas, numa espécie de “saída identificatória” para esses usuários (Santiago, 2001, p. 185).

Beneti (1998) sugere uma semelhança entre a prática da toxicomania e a estrutura psicótica, posto que em ambas procura-se uma satisfação auto-erótica, que prescinde do social. Contudo, é preciso ressaltar que ainda que o neurótico rompa com a dimensão social pelo uso da droga, esse uso será diferente do uso feito pelo psicótico, dadas as suas características particulares que são de estrutura.

Ainda de acordo com este autor, para o sujeito psicótico, nos casos não desencadeados, a droga parece surgir como uma estabilização, que ele denomina de *suplência*⁷ para o significante Nome-do-Pai ausente, e nos casos já desencadeados funcionaria como função de apaziguamento da invasão vivenciada pelo psicótico por meio dos delírios, alucinações, entre outros.

Já para Martins (2009), na psicose, o uso da droga é uma tentativa de lidar com os efeitos da exclusão do Nome-do-Pai, podendo desempenhar um papel paradoxal, algumas vezes considerado como antagônico, que tanto pode funcionar como uma intensificação dos fenômenos psicóticos, multiplicando-os, como também pode servir como um apaziguamento desses fenômenos, numa tentativa de moderação, sem, no entanto, funcionar como uma suplência.

Observamos, portanto, que há posições heterogêneas dos autores no que diz respeito aos modos como psicose e toxicomania podem articular-se.

Discussão e apresentação da pesquisa

⁷“Algo que supre a falta de outro ou de outrem, que entra no lugar, substitui, para lhe fazer os deveres ou obrigações” (Mirador, 1979, p. 1646).

As teorizações trazidas na revisão de literatura representam o ponto de vista de alguns autores que tomam a problemática da toxicomania sob diferentes perspectivas, tanto pela ótica da intensificação dos fenômenos psicóticos quanto pelo apaziguamento desses. Dessa forma, consideramos que ainda há o que investigar no campo da psicanálise sobre a prática da toxicomania na estrutura psicótica, merecendo um aprofundamento teórico. Nas palavras de Chaves (2006):

(...) dentre as várias contribuições psicanalíticas consagradas à compreensão dos sujeitos toxicomaniacos, evidenciam-se que as formulações não são unânimes e, algumas vezes, apresentam-se contraditórias. (p. 24)

Assim, sobre a questão do uso que o psicótico faz das drogas, a partir da revisão de literatura empreendida, apontamos três diferentes vertentes sobre os quais pretendemos nos debruçar durante o nosso trabalho: o primeiro eixo, concebido por autores como Beneti (1998), Conte (2000) e Le Poulichet (2005), aborda a temática sob a ótica do uso da droga como suplência ao Nome-do-Pai foracluído. O segundo eixo, representado por Maleval (2001), Naparstek e Galante (2008), Zaffore (2008) e Martins (2009) aborda o uso de droga na psicose como a tentativa de apaziguamento dos fenômenos que invadem o psicótico. Por fim, o terceiro eixo, defendido por autores como Martins (2009) e Maleval (2001), abarca a relação entre psicose e toxicomanias no sentido da liberação e da intensificação desses mesmos fenômenos.

Temos então diferentes posições representadas por diferentes autores, os quais pretendemos aqui investigar a fim de compreender que elementos da estrutura psicótica levariam ou facilitaram o recurso ao tóxico.

Além disso, os efeitos causados pelas drogas podem se confundir com os fenômenos característicos da estrutura psicótica, sem que se trate necessariamente de

uma psicose, o que faz com que o diagnóstico diferencial das diferentes estruturas clínicas seja mais difícil de ser realizado.

Com isso, evidencia-se a complexidade do problema em questão na clínica dos tempos atuais, colocando em xeque a função que tem o tóxico em cada estrutura clínica e a importância de se fazer o diagnóstico diferencial para o campo das toxicomanias.

Desse modo, o objetivo geral desta pesquisa é o de discutir, a partir de um caso clínico e à luz da psicanálise, quais os diferentes modos de recurso às drogas feito pelo sujeito de estrutura psicótica e quais seriam as particularidades dessa articulação. Os objetivos específicos são: 1) abordar as especificidades da estrutura psicótica na psicanálise freudo-lacanianana; 2) examinar o recurso às drogas a partir ótica psicanalítica e 3) refletir sobre a contribuição da psicanálise no trabalho em saúde mental no Brasil.

Método

Trata-se de uma pesquisa teórico-clínica, realizada a partir do estudo das obras de autores da psicanálise, com a experiência da clínica psicanalítica, representada pelo caso clínico trazido.

Sobre o lugar do caso clínico no método de pesquisa, Vorcaro (2010) nos diz que:

A concepção do clínico sobre um tema de pesquisa reverbera sobre o método com o qual o caso foi abordado e tratado, produzindo interrogações não apenas relativas à capacidade operatória da psicanálise para o tema tratado, mas também sobre o sujeito a que tal clínica se dirige. (p. 14)

Nesse sentido, as reflexões e os apontamentos obtidos a partir do caso clínico permitem-nos uma articulação com a teoria, não em um sentido de exemplo ou de

demonstração, mas tornando-nos capazes de fazer aproximações, questionamentos ou reformulações voltadas à teoria psicanalítica. Esse método é denominado de teórico-clínico.

Em sua aula sobre a pesquisa em psicanálise, Nogueira (2004) afirma:

Freud enumerou três aspectos da psicanálise: como tratamento, como pesquisa e como uma teoria psicológica. Esses três aspectos estão sempre juntos, quer dizer, eu não posso pensar em pesquisa psicanalítica a não ser na relação analítica. Se tomarmos a teoria psicanalítica e tentarmos aplicá-la fora da relação analítica, fora do tratamento analítico, não estaremos fazendo psicanálise, mas sim pesquisa experimental. (p. 87)

Desse modo, para este autor, na psicanálise, dada a singularidade de seu objeto, a própria relação analítica já se caracteriza como uma pesquisa, o que a diferencia das ciências tradicionais, assim como na pesquisa não podemos afastar a sua dimensão clínica.

Sobre o modo de se fazer pesquisa em psicanálise, este não tem por objetivo gerar resultados generalizáveis nem esgotar todo o saber possível sobre o objeto em questão, ao contrário, como diz Mezan (1993):

O trabalho de pesquisa em psicanálise parte do singular, tenta apreender as determinações dessa singularidade (inclusive do sujeito que assim procede), e visa extrair dela a dimensão universal que, por sua própria natureza, ela contém. (p. 89)

Não esperamos, portanto, esgotar todo saber sobre nosso objeto de estudo, mas sim, que esta pesquisa possa trazer uma reflexão sistemática acerca do problema do uso de drogas por sujeitos de estrutura psicótica, dada a importância ética e social desse tema.

Como já falamos anteriormente, Freud e Lacan não se detiveram a estudar a relação direta entre psicose e toxicomania. Assim, nossa pesquisa pretende investigar e discutir os conceitos teóricos da psicanálise também a partir de autores atuais, por meio da pesquisa em materiais bibliográficos como livros, artigos, revistas especializadas, dissertações e teses. Também partiremos do campo clínico para analisar o fragmento do caso trazido, com o intuito de problematizar o nosso objeto de pesquisa.

O trabalho está organizado em quatro capítulos. O primeiro capítulo versa sobre a saúde mental e a inserção da psicanálise neste campo. Dado que a nossa questão de pesquisa surgiu em meio ao trabalho em um CAPS, pretendemos discutir quais contribuições a psicanálise pode oferecer nesse contexto, dialogando com a nossa experiência de trabalho representada pelo caso de Eduardo, com o intuito de aproximarmos o que é escrito na teoria com a prática cotidiana dos serviços de saúde mental.

O segundo capítulo versa sobre a estrutura psicótica e suas particularidades. Discutimos sobre a estruturação da psicose a partir de conceitos fundamentais propostos por Freud e Lacan, como: *Complexo de Édipo*, *Nome-do-Pai*, *forclusão*, *topologia dos nós e sinthoma*. Retomamos os ensinamentos desses autores sobre o tema, desde as primeiras considerações de Freud até o último ensinamento de Lacan com a sua virada conceitual sobre a pluralização dos Nomes-do-Pai e a elaboração da teoria dos nós. Tal percurso teórico visa compreender a estrutura psicótica e articulá-la, mais adiante, com o fenômeno das toxicomanias.

O terceiro capítulo aborda o fenômeno das toxicomanias sob o ponto de vista da psicanálise. Inicialmente introduzimos o capítulo com uma breve contextualização histórica sobre o recurso às drogas e, em seguida, damos início ao percurso psicanalítico retomando a trajetória de Freud desde suas primeiras investigações sobre a cocaína,

passando pelos seus apontamentos posteriores sobre o recurso às drogas, nos detendo especialmente sobre o artigo “O mal-estar na civilização” de 1930. Em seguida, percorremos a trilha de Lacan nas suas escassas, porém importantes contribuições sobre o recurso às drogas. Discutimos também conceitos da teoria lacaniana que não foram relacionados diretamente às drogas, mas que nos auxiliam na compreensão das toxicomanias, como é o caso do conceito de gozo. Desembocamos, por conseguinte, nos desdobramentos atuais que surgiram a partir de Freud e Lacan e, para isso, utilizamos autores atuais da psicanálise como Alberti, Inem e Rangel (2003), García (2008), Laurent (1997), Naparstek (2008), Salamone (2008), Santiago (2001), entre outros.

Por fim, o quarto capítulo visa estabelecer as articulações possíveis entre a toxicomania e a clínica da psicose, procurando discutir as diferentes vertentes que procuram situar o lugar que ocupa a droga nessa estrutura. Também nesse capítulo, retomaremos o caso de Eduardo, juntamente com algumas vinhetas clínicas apresentadas pelos autores estudados, a fim de articularmos a pesquisa teórica com a prática clínica.

Após o quarto capítulo, chegamos, então, ao momento de concluir o nosso trabalho, não com a intenção de dizer uma verdade absoluta sobre o tema, mas sim, apresentando possibilidades de respostas ao nosso problema de pesquisa, procurando contribuir com os estudos teóricos sobre o tema e com a prática de atendimento aos sujeitos de estrutura psicótica que recorrem ao uso abusivo de drogas.

1. A INSERÇÃO DA PSICANÁLISE NA SAÚDE MENTAL

“A ordem moral das coisas repousa no direito e no castigo. Ai! Como livrarmo-nos da corrente das coisas e do castigo da ‘existência’”? Assim se proclamou a loucura.

Nietzsche - Assim falou Zarathustra

O nosso problema de pesquisa, como já mencionamos na introdução deste trabalho, surgiu a partir de uma experiência dentro de uma instituição de saúde mental, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS têm se constituído como os principais dispositivos do campo da saúde mental e vêm, a cada dia mais, se ampliando e se diversificando, a partir da proposta da luta antimanicomial, principal bandeira do movimento da reforma psiquiátrica no Brasil.

Neste capítulo, temos por objetivo contextualizar para o leitor como se deu o movimento de reforma psiquiátrica e como, até hoje, se desdobram os serviços que atendem à demanda da saúde mental no Brasil e no município de Natal. Após essa contextualização histórica, discutimos acerca da inserção da psicanálise neste campo e quais as contribuições que ela pode oferecer ao trabalho dentro dessas instituições.

Para tanto, fazemos uma breve discussão sobre as novas formas de se pensar a loucura no atual campo da reforma psiquiátrica e como as políticas de saúde tem se preocupado com a atenção ao usuário através da criação de diversos serviços substitutivos aos manicômios. Esses novos dispositivos representam uma preocupação recente do governo com o cuidado em saúde e com a melhoria da assistência psiquiátrica. Contudo, apesar dos avanços na forma de se conceber e de tratar a loucura, vemos que ainda existe uma dificuldade dos serviços em acompanhar certos casos, como o de Eduardo, trazido na introdução deste trabalho.

Nesse sentido, pretendemos discutir sobre a transformação da assistência à saúde mental no Brasil e no município de Natal, articulando, em alguns momentos, com o caso de Eduardo e também contribuir com a discussão sobre qual lugar que a psicanálise pode encontrar para si nesse novo cenário da saúde brasileira, não como um saber privilegiado sobre os demais, mas sim como mais um dos discursos que circulam dentro desses dispositivos e que tem importantes contribuições a oferecer.

1.1 Contextualizando o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil

O campo da saúde mental pode ser compreendido a partir de diferentes aspectos conceituais e práticos, pois é terreno onde diversos saberes que se entrecruzam, num vasto contexto de atuação. Atualmente, a saúde mental no Brasil tem sido amplamente abordada pelo viés do movimento da reforma psiquiátrica, movimento iniciado na Itália da década de 70, por Franco Basaglia, que passou a questionar o processo de institucionalização da loucura e o tratamento oferecido aos doentes mentais, lançando a idéia de desconstrução do hospital psiquiátrico e criação de serviços substitutivos de atenção à saúde mental.

No Brasil, o movimento de reforma psiquiátrica surge no ano de 1978, com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Este último nasceu a partir de questionamentos acerca do modelo assistencial, das condições trabalhistas e de atendimento aos portadores de transtornos mentais, formando o movimento denominado “Por uma sociedade sem manicômios”, que denuncia fraudes e corrupções, reivindica melhorias nas condições de trabalho e de tratamento e propõe transformações no modelo de assistência psiquiátrica, aliado a outras manifestações políticas que visavam a redemocratização do país (Amarante, 2003).

O movimento de reforma psiquiátrica faz parte do conjunto de reformas sociais que integraram o movimento de reforma sanitária, iniciado na década de 70 e consolidado na década de 80, e que pretendia um reordenamento dos saberes e práticas das políticas sociais referentes à saúde, tendo por princípios a universalização, integralidade, descentralização e democratização da saúde.

Nesse sentido, na década de 80, o movimento da reforma sanitária busca uma melhoria e humanização da assistência à saúde e um maior acesso de todos aos serviços. A atenção à saúde passa então a ser responsabilidade do governo e, assim, o movimento da reforma psiquiátrica brasileira deixa de ser um movimento apenas de contestação e passa para um segundo momento, em que a saúde passa a ser incorporada pelo Estado, com mudanças de gerenciamento dos hospitais públicos.

A reforma sanitária torna-se lema nacional após a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, na qual ocorre pela primeira vez a participação popular. No entanto, a estratégia sanitária é uma tentativa de fazer reformas sem, no entanto, desconstruir o paradigma psiquiátrico e sem reconstruir novas formas de atenção. Assim, a reforma sanitária fortalece e acompanha o movimento de reforma psiquiátrica, mas não colabora com a perspectiva de real desconstrução de saberes e práticas psiquiátricas como proposto por este último, porque não questiona a existência dos hospitais psiquiátricos e nem propõe a extinção destes.

A idéia de desinstitucionalização dentro da reforma psiquiátrica brasileira não pretende a desassistência do portador de sofrimento psíquico, nem somente a desospitalização, mas sustenta-se na tendência de desconstrução dos saberes/práticas psiquiátricos e da realidade manicomial. Ela defende a redução gradual de leitos hospitalares e a criação de dispositivos extra-hospitalares de atenção à saúde mental, calcada na transformação da ótica cultural acerca da loucura, propondo enxergar o

sujeito além da sua doença (sintomas e busca da cura), e percebê-lo em sua singularidade e história de vida, valorizando suas potencialidades. Segundo Tenório (2000), nessa nova perspectiva de trabalho em saúde mental, as noções de sujeito não são unívocas, e este pode ser visto como sujeito cidadão, sujeito psicológico, sujeito da ação social, sujeito do inconsciente, dentre outros, o que demonstra a variedade de saberes e práticas envolvidas nesse novo cenário e a busca por ultrapassar antigos paradigmas associados à loucura. Entretanto, nos questionamos, com o caso de Eduardo, se os avanços acerca do cuidado à loucura estão se efetivando na prática, o que vamos discutir ao final deste tópico.

Em 1987, é inaugurado em São Paulo, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS são dispositivos considerados como referência em saúde mental e têm por finalidade constituir-se como serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos, cuidando de pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, no seu território de abrangência. Os CAPS oferecem atendimentos individuais e coletivos, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimentos em família, atividades comunitárias, dentre outros.

Dividem-se em CAPS I, que funcionam cinco dias por semana, das 8:00 às 18:00, voltados para cidades cuja população varia de 20.000 a 70.000 habitantes; CAPS II, em cidades de 70.000 a 200.000 habitantes; e CAPS III, para populações maiores que 200.000 habitantes, com regime de 24 horas por dia, sete dias por semana, atendendo à urgências (Brasil, 2004a). Além destes, existem ainda os CAPSi (infanto-juvenis); e os CAPSad (álcool e drogas).

No ano de 1988 o SUS é constituído, porém, só entra em vigor em 1990. O SUS nasce com uma mudança de ótica a respeito da saúde, que passa a ser vista não como a ausência de doenças, mas como uma vida com qualidade de moradia, lazer, trabalho,

dentre outros e tem como alguns dos seus princípios: a *universalidade*, ou seja, o acesso universal de todas as pessoas aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência; a *integralidade*, entendida como a integração das ações preventivas e curativas, tanto individuais como coletivas, em todos os níveis do sistema; a *equidade*, entendida como o acesso igualitário de todos aos serviços de assistência à saúde; a *descentralização dos recursos de saúde*, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; e o *controle social*, exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras (Brasil, 2004a).

No ano 1989, na cidade de Santos, é iniciado o processo de implantação da rede de saúde mental, com a criação do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS⁸. Após cinco anos, em 1994, ocorre a extinção completa do manicômio Casa de Saúde Anchieta, que abrigava 500 pacientes, sendo um marco para a reforma psiquiátrica do Brasil.

Ainda em 1989, tem entrada no Congresso Nacional o projeto de lei nº 3.657-D, do deputado Paulo Delgado, que propunha a instauração dos direitos dos portadores de transtornos mentais, a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos no país e a sua substituição por outros recursos assistenciais e regulava a internação psiquiátrica.

Em 1992, acontece a II Conferencia Nacional em Saúde Mental, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, que buscava não somente a transformação das instituições psiquiátricas, como também dos saberes, da cultura e da sociedade. A partir deste mesmo ano, baseados no então projeto de lei Paulo Delgado, entram em vigor em alguns estados brasileiros as leis de redução progressiva de leitos psiquiátricos e a

⁸ Os NAPS nasceram em Santos, onde continuam com essa nomenclatura. Entretanto, hoje em dia são registrados como CAPS III, que têm funcionamento de emergência 24 horas por dia, sete dias por semana e contam com uma estrutura mínima de leitos.

implantação de serviços de atenção extra-hospitalares, inspiradas nas experiências já existentes de CAPS, NAPS e hospitais-dia⁹.

Apenas em abril de 2001, a lei Paulo Delgado é aprovada no país, sancionada como Lei Federal nº. 10.216, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2004b, p. 17). A proposta inicial de extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos é rejeitada e o projeto sofre modificações, porém, ainda assim, os hospitais psiquiátricos passam a não ser mais a única modalidade possível de tratamento para a loucura, consolidando os serviços substitutivos de atenção à saúde mental. Sobre isso, diz a lei 10.216, de acordo com o Ministério da Saúde: “Art. 4º - A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (Brasil, 2004b, p. 18).

Nesse contexto, o novo modelo de saúde mental é consolidado no país, baseado na idéia de desinstitucionalização e na desconstrução de saberes e práticas psiquiátricas. Esse novo modelo é pautado nos princípios do SUS, tal como a universalização de acesso e a descentralização dos recursos de saúde. Nesse sentido, a consolidação da atenção à saúde mental pretende que esta seja distribuída em variados serviços, dentre os quais estão os Hospitais Gerais, ambulatoriais, residências terapêuticas, etc, e no centro desses serviços estão os CAPS, que devem assumir um papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, oferecendo assistência direta e regulando a rede

⁹ Os hospitais-dia oferecem uma modalidade de assistência de semi-internação de curta duração, de caráter intermediário entre a assistência ambulatorial e a hospitalização, seja para evitar uma internação, seja como estrutura de passagem em saídas de internação. Segundo Júnior, Nóbrega e Miranda (2011), nos últimos anos o governo tem aumentado o incentivo para a criação e ampliação destes e de outros serviços substitutivos, tais como os Ambulatórios de Saúde Mental e os Serviços Residenciais Terapêuticos, porém cada município gerencia os seus serviços de acordo com as suas particularidades de ordem política e econômica. No caso de Natal, o Hospital-Dia foi extinto no ano de 2006, segundo estes autores, por questões político-partidárias antagônicas e porque funcionava dentro das instalações físicas de um Hospital Psiquiátrico.

de serviços de saúde, além de trabalhar em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde (Brasil, 2004a).

Ainda no ano de 2001, na III Conferencia Nacional de Saúde Mental, foram feitas algumas recomendações acerca da necessidade de implementar uma política de atenção aos usuário de álcool e outras drogas, dada a expansão crescente do uso de algumas substâncias, tais como álcool, maconha, cocaína e crack. O reconhecimento da lacuna assistencial do SUS em tratar e prevenir o uso de drogas e os transtornos que lhe são decorrentes leva à criação da Política para a Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas. Essa política é “dirigida para pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito de atuação do Ministério da Saúde” (Brasil, 2003, p. 25), e deve estar em consonância com os princípios da política de saúde mental vigente (Lei Federal 10.216) e com os pressupostos da Organização Mundial da Saúde.

No ano de 2002, visando a criação e o fortalecimento da rede de atendimentos aos usuários de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas e considera:

a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários; considera ainda que a atenção psicossocial a pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas deve se basear em uma rede de dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural, e articulados à rede assistencial em saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica. (Brasil, 2003, p. 26)

Nessa perspectiva, propõe a criação de 250 CAPSad espalhados pelo Brasil, “apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (ex.: internação domiciliar, participação comunitária na discussão dos serviços) e ações de prevenção, tratamento e educação” (Brasil, 2003, p. 26).

O aumento do número de casos de usuários de drogas no Brasil e no mundo passa, então, a ser considerado como um problema de saúde pública e integra-se ao espectro das políticas de saúde mental em nosso país, ampliando-se a rede de assistência, em especial através da implantação dos CAPS ad, CAPS i, CAPS II e CAPS III, mas também as ações de prevenção na atenção primária.

Atualmente, a atenção à saúde mental no Brasil conta com a existência de diferentes serviços de saúde, em diferentes níveis de complexidade, de gestão municipal, estadual e federal, destinados a tratar tanto usuários com transtornos mentais quanto usuários de álcool e drogas. São eles: as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Centros de Saúde, os ambulatórios especializados, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos, o Programa de Saúde da Família (PSF), o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), os Centros de Convivência e Cultura, os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III), dentre outros.

1.2 A Reforma Psiquiátrica no RN e a constituição da rede de atenção à saúde mental em Natal

No Rio Grande do Norte, a reforma sanitária teve início na década de 1980. É também na década de 80 que os profissionais de saúde do estado dão início à luta por melhorias de trabalho, condições salariais e democratização da saúde, e, assim, juntamente com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, impulsionam o movimento de implantação da reforma sanitária no estado.

Para a preparação da VIII Conferência Nacional de Saúde, é realizada a I Conferência Estadual de Saúde, na qual foi discutido também o tema da assistência à saúde mental do estado, além da realização do Seminário Interinstitucional sobre Reforma Sanitária e Organização dos Serviços de Saúde no Rio Grande do Norte, que tinha por finalidade discutir a respeito da implantação do SUS.

Esses eventos, juntamente com a criação da Constituição Federal de 1988, ajudaram a difundir os ideais da reforma sanitária no Rio Grande do Norte. No entanto, após a vitória de Fernando Collor nas eleições presidenciais, esse movimento sofre um declínio devido às crises no setor da saúde e perde sua força no estado.

Em 1991 é realizada a II Conferência Estadual de Saúde, na qual a implantação do SUS foi o tema da discussão. Nessa mesma conferência concluiu-se também a falta de uma política de saúde mental no estado e foram sugeridas mudanças no setor de assistência à saúde mental, com propostas de reforma psiquiátrica e desospitalização. Apesar dessas propostas de mudança no setor e do avanço da legislação que acontecia no país, não ocorreram mudanças significativas no âmbito da política de saúde mental do Rio Grande do Norte.

Em outubro de 1992, ocorre a 1ª Conferência Municipal de Saúde Mental em Natal, da qual participaram cerca de 500 profissionais da área, e foi iniciado um processo de recriação da assistência à saúde mental, através da estruturação de uma rede de atenção hierarquizada e descentralizada. Assim, um mês após a conferência municipal, é elaborada a “Proposta de Reorganização da Atenção em Saúde Mental no Município de Natal”, um documento que previa que a saúde mental deveria ser assistida em três níveis de atenção: o nível primário, de atendimento individual ou em grupo, de nível ambulatorial, com consultas médicas e psicológicas e ações preventivas, como, por exemplo, discussão de variados temas ligados à saúde; e os níveis secundário e

terciário de atendimento clínico individual ou em grupo, através da equipe multiprofissional, a indivíduos encaminhados pelas UBS's que apresentam agravos na saúde mental e que têm riscos de internação.

Assim, a assistência à saúde mental de Natal começa a ser reestruturada através da Secretaria Municipal de Saúde - SMS. Nesse contexto, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) são realizadas ações de prevenção e tratamento, e uma nova organização desses serviços é proposta a partir da percepção da necessidade de ações interdisciplinares, o que fez abrir as portas para a formação de equipes multidisciplinares nos mesmos. No entanto, as UBS's não conseguiam atender à demanda de saúde mental em seus casos mais severos, tanto por questões físicas, quanto pela equipe profissional, o que leva ao planejamento de novos serviços de atendimento aos portadores de transtornos mentais, atentando também, para a necessidade de serviços de atendimento 24 horas. Enquanto isso, em outros estados do país, a criação de novos dispositivos de atenção à saúde mental mostravam bons resultados.

O período de implantação dos serviços de saúde mental inicia-se no ano de 1993, quando, de acordo com Paiva (2003), “dentro das unidades básicas foram criadas unidades de referência em saúde mental e em dependência química” (p. 116). Ao mesmo tempo, a implantação do NAPS começa a ser planejada e tinha o intuito de ser um serviço de atenção intermediária entre a UBS e o hospital, funcionando 24 horas por dia, sete dias por semana, para pacientes com transtornos mentais graves e alcoolistas e drogaditos em surto psicótico, além de realizar investigações clínico-epidemiológica e ser referência para os ambulatórios de saúde mental.

Em 1994 foi implantado em Natal o primeiro NAPS, na zona leste, com atendimento em horário matutino e vespertino, cinco dias por semana e com capacidade para 60 usuários. Devido à grande procura pelo serviço, em 1995 é criado um segundo

NAPS na zona oeste e um CAPS para dependentes químicos na zona leste, posteriormente denominado de CAPSad. O NAPS da zona leste posteriormente foi denominado como CAPS II e assim funcionou por mais de 13 anos até que foi transformado em CAPS III. O NAPS da zona oeste funciona até hoje como CAPS II e atualmente o município conta com dois CAPSad.

Assim, hoje em dia, especificamente em Natal, existe uma rede de serviços em saúde mental, tanto de gestão municipal, mas também estadual e federal. A cidade conta com um CAPS II e um CAPS III, dois CAPSad (álcool e drogas) e um CAPS i (infanto-juvenil); dois Serviços Residenciais Terapêuticos, sendo um deles ainda em fase de implantação; dois ambulatórios de saúde mental, dentre eles o Ambulatório de Prevenção e Tratamento de Tabagismo, Alcoolismo e Outras Drogadições (APTAD) e o ambulatório de Saúde Mental da Ribeira. Existe ainda o Núcleo de Orientação Especial Preventivo Antidrogas (NOADE – vinculado ao Tribunal de Justiça do RN), a Unidade para atendimento de alcoolismo e outras drogas do Hospital Universitário Onofre Lopes (UTAD) e o Conselho Estadual de Entorpecentes do Rio Grande do Norte (CONEN/RN). Além desses, a cidade conta ainda com dois hospitais psiquiátricos, duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na atenção Básica e o SAMU, para o atendimento de crises psiquiátricas.

Percebe-se que desde a implantação da reforma psiquiátrica houve um aumento do número de serviços de saúde no município, mais especificamente, observamos uma grande variedade de serviços especializados para o tratamento de usuários de drogas, álcool e tabaco.

Partindo do que foi exposto até o momento, observamos que, de fato, houve um avanço importante no cenário das políticas de saúde mental no nosso país impulsionada por todos os movimentos de contestação que apresentamos, e, com isso, a construção

das redes assistenciais e das políticas, pelo menos em teoria, tem se constituído a partir de uma preocupação com os usuários da saúde mental. Contudo, é importante destacar que apesar da instituição da Lei Federal 10.216 e da Política para a Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas, existe ainda uma lacuna no que diz respeito ao tratamento de pacientes psiquiátricos que fazem uso de substâncias químicas, como vimos no fragmento de caso apresentado na introdução deste trabalho.

Apesar de ser possível observar com frequência a associação entre o uso de substâncias e os transtornos mentais, no caso de Eduardo ficou clara a dificuldade dos dois serviços (CAPSad e CAPS II) em se responsabilizar pelo acompanhamento daquele sujeito, pois cada um destes serviços se destinava a tratar apenas uma das demandas (o CAPSad tratava apenas a dependência química e o CAPS II apenas o transtorno mental). Lembrando que Eduardo chegou ao CAPSad já encaminhado por um outro CAPS para transtornos mentais de uma cidade vizinha. Nesse sentido, em sua trajetória pela busca de atenção, Eduardo foi encaminhado algumas vezes pela própria rede assistencial que não conseguia ou não se autorizava a oferecer um acompanhamento articulado ao caso.

Nesse sentido, apesar de reconhecermos os avanços alcançados até agora no âmbito da rede assistencial em saúde mental, consideramos que há ainda um longo caminho a percorrer sobre o que propõe a nova política de saúde mental, na perspectiva de enxergar o sujeito além de sua doença e percebê-lo em sua singularidade. Na história de Eduardo, como vimos, as suas “doenças” e os seus sintomas foram o foco principal e determinantes de como ele circulou nos serviços de assistência. No entanto, o atendimento oferecido a ele era sempre fragmentado, chegando um tempo em que era preciso que Eduardo frequentasse dois locais diferentes para tratar de duas queixas que se articulavam entre si.

Além disso, é possível observar na trajetória de Eduardo pela rede de serviços de saúde mental, mais especificamente no CAPSad, que prevaleciam regras pré-determinadas para todos, no que diz respeito às condutas dentro do serviço, abstinência, horários para fumar, entre outros. Essas normas, pelo menos para Eduardo, e como constatou a própria equipe do CAPSad, não ajudavam no tratamento desse sujeito, mas sim, deixavam-no angustiado, com medo de ser “expulso” do serviço por não conseguir se adequar às regras. Por isso, nos questionamos onde se encontra, nesse caso, a preocupação do serviço com a singularidade do sujeito.

Desse modo, o caso de Eduardo serve-nos para ilustrar os pontos que ainda necessitam de avanço na constituição da rede de saúde mental e no atendimento oferecido aos seus usuários, visto que casos como estes estão se tornando a cada dia mais corriqueiros nos serviços de saúde, indo no sentido contrário da lógica atual do mundo contemporâneo: as especialidades. Nesse sentido, pretendemos aqui colocar como questão o trabalho da saúde mental no tratamento desses sujeitos e, mais especificamente, discutir que contribuições pode a psicanálise oferecer ao campo da saúde mental.

1.3 Contribuições da psicanálise ao campo da saúde mental

A consolidação da reforma psiquiátrica apresentou uma crítica à psiquiatria institucional e solidificou um movimento de saída dos asilos e uma nova forma de trabalho, retirando a exclusividade da psiquiatria como detentora do saber e inventando novas formas de cuidado, inserindo no trabalho em saúde mental uma equipe multidisciplinar composta por diferentes saberes e práticas.

O trabalho em saúde mental passa, então, a ser caracterizado por uma diversidade de saberes desde que o movimento de reforma psiquiátrica deixou de

centralizar apenas na figura do médico todo o saber sobre o louco. A criação de instituições alternativas aos manicômios, estabelecidas em espaços abertos, gera uma nova mudança na forma de se conceber a loucura. Nessa nova concepção de tratamento, de acordo com Carneiro (2008), a psiquiatria, em sua visão organicista, se restringe ao tratamento medicamentoso e se retira do dia a dia das instituições, deixando aos outros técnicos a condução do projeto terapêutico do usuário. Nesse novo contexto, é cada vez maior a inserção do psicanalista.

Partindo dessa inserção, pretendemos aqui discutir sobre as interfaces entre a psicanálise e a saúde mental, bem como as contribuições advindas da articulação entre tais campos do saber.

Fernandéz (2001) explica que saúde mental e Psicanálise são termos distintos que não devem ser confundidos, já que a saúde mental se define pelo seu oposto, a doença mental, e por isso tem por seu foco o homem da razão, sendo sustentada num campo vasto de disciplinas, dentre as quais a psiquiatria se destaca, ainda com a sua visão organicista e biológica do termo psíquico. Já a psicanálise se funda ao descentrar o homem da razão a partir do momento que Freud o pensa como sendo determinado pelo inconsciente.

Nessa perspectiva teórica, o psíquico é o inconsciente, e, dessa forma, cada sujeito funciona de modo singular, sendo cada caso único e distinto. Isso impõe questionamentos acerca de uma política institucionalizada e universal de tratamento.

Embora essa perspectiva aponte os limites entre a saúde mental e a psicanálise, Guerra e Souza (2006) apontam que os princípios e conceitos da prática psicanalítica podem ser forjados como operadores na prática da saúde mental, quando úteis, ao passo que o campo da saúde mental retorna ao da Psicanálise, confirmando para este seus pressupostos, fazendo avançar sua teorização.

Quando tomado sob a perspectiva da reforma psiquiátrica, o campo da saúde mental encontra pontos de extrema consonância e proximidade com a psicanálise, pois ambas partem do pressuposto de que “o louco é um indivíduo com voz, capaz de dizer sobre si mesmo, de produzir ‘obra’, e sua loucura, portanto, não é doença a ser tratada, e conseqüentemente curada, mas uma produção plena de sentidos” (Ribeiro, A., 2005, p. 170).

Assim, podemos dizer que se a psicanálise diverge do campo da saúde mental em seu modelo tradicional, centrado na razão e no saber psiquiátrico, ela encontra na nova forma de se conceber a loucura inaugurada pela reforma psiquiátrica seus pontos de convergência, já que ambas se baseiam no princípio ético de dar voz ao sujeito e interrogam qualquer saber ou prática que gere normatização e alienação.

Nessa direção, o processo de desinstitucionalização no Brasil inseriu uma nova lógica de atendimento ao louco, no qual a doença mental passa a ser vista como “condição de existência” e por isso exige novos dispositivos de atenção que ampliem seu campo de intervenção para além da clínica psiquiátrica tradicional, abrangendo também o campo político e social. Nesse contexto, os CAPS, enquanto dispositivos chave no processo da reforma psiquiátrica, são caracterizados pelo seu contexto institucional aberto que oferecem uma variedade de atividades e vínculos para que o sujeito se enganche em algum lugar e possa construir o seu percurso de tratamento de maneira singular (Ribeiro, A., 2005). Além disso, são objetivos dos CAPS o resgate da cidadania e dos direitos dos doentes mentais e a sua reinserção na sociedade.

Contudo, segundo afirma Rinaldi (2005), ao analisarmos o percurso histórico na qual se deu a reforma psiquiátrica no Brasil é possível constatar que o movimento esteve mais voltado para a dimensão política, isto é, primeiramente para a busca pela cidadania do louco, para a extinção dos hospitais e para a criação de novos serviços e

políticas. Nesse sentido, ainda de acordo com a autora, a dimensão política ofuscou por um tempo as discussões sobre a clínica, associada à clínica psiquiátrica tradicional, e assim, o movimento da reforma psiquiátrica se deu a partir do modelo italiano da reabilitação psicossocial, cuja maior bandeira é a luta pela recuperação da autonomia e a reinserção social dos “doentes mentais”.

Carneiro (2008) nos adverte que uma reabilitação psicossocial que tenha como viés somente a dimensão social e jurídica do sujeito e ignora a clínica, promove a exclusão desta última. A clínica, segundo Viganò (1999) é o ensinamento que se dá com a presença do sujeito, que não se dá com o universal do saber, mas a partir do singular do sujeito. A ausência de uma clínica que considera as diferentes subjetividades, em especial a clínica das psicoses, culmina na realização de uma prática assistencial de caráter disciplinar que não leva em conta a singularidade dos sujeitos.

Dessa forma, reconhecemos o avanço ocorrido na atenção à saúde mental do nosso país com a criação dos serviços substitutivos. Entretanto, ressaltamos a importância de que esses serviços não se foquem apenas no âmbito da reabilitação psicossocial, pois deixariam de lado o sujeito, a clínica propriamente dita, na medida em que às vezes, ao se defender a reabilitação social, parte-se de um ponto de vista de “recuperação” baseado em um modelo pedagógico ou reabilitador pautado em um saber prévio e universal sobre o que é melhor para cada um.

A contribuição dada pela psicanálise à saúde mental está no resgate do sujeito como operador de seu próprio tratamento, a partir de seus pressupostos de escuta do sujeito como ser de linguagem. Segundo Assad et. al. (2002), o diferencial da psicanálise no contexto da reforma psiquiátrica e da reabilitação é a promoção de um espaço de escuta em que se permita dar vez e voz à clínica do sujeito. Para esses autores, “as modalidades de atendimento preconizadas pela reforma, por si só, não

interferem na subjetividade dos pacientes que devem estar comprometidos com seus sintomas” (s/p). O tratamento através de uma clínica psicanalítica se faz dando voz ao sujeito, para que ele fale sobre o seu sintoma e se comprometa com ele. Na perspectiva da psicanálise, o sintoma é determinado pelo inconsciente e por isso não se configura apenas como um sinal de uma doença que deve simplesmente ser eliminado, mas sim como uma resposta singular de cada sujeito às questões que permeiam sua vida.

Sobre os sintomas, Freud afirmava em 1917 que enquanto a psiquiatria se preocupava com a forma externa do conteúdo destes, a psicanálise acreditava que “os sintomas têm um sentido e se relacionam com as experiências do paciente” (p. 265). Portanto, para a psicanálise, os sintomas revelam uma verdade única para cada sujeito e é fundamental, pois se articula com a experiência de cada um. Em outro momento, como veremos no capítulo sobre as psicoses, Freud dirá que nas psicoses o delírio é também uma resposta singular do sujeito para tentar reconstruir a realidade perdida. Para o psicótico o delírio é um saber, uma resposta autoconstruída, sob a forma de uma certeza, com a qual o sujeito muitas vezes já chega à instituição. Nesse sentido, ao operar com a singularidade do sujeito e com a idéia de que tanto o sintoma na neurose quanto o delírio na psicose são construções particulares de cada sujeito, a psicanálise trabalha no intuito de oferecer uma escuta com a intenção de que o sujeito se reconcilie com o seu sintoma e com o saber que o seu delírio comporta.

Desse modo, o trabalho da psicanálise volta-se para o sujeito e a sua realidade psíquica, cuja fonte é o inconsciente. Para Figueiredo e Machado (2000), em psicanálise não se deve conceber a realidade psíquica através da oposição entre objetivo e subjetivo, realidade e fantasia ou mundo interno e mundo externo, mas sim uma convergência entre esses pólos. Nesse sentido, para essas autoras, “a clínica psicanalítica opera a partir do que se apresenta da *realidade psíquica* nos desdobramentos da fala, da

produção discursiva, de um sujeito” (p. 68). Para tanto, para falarmos da escuta em saúde mental, lembramo-nos da lição primordial proposta por Lacan (2008) em seu *Seminário 3 – as psicoses*, quando afirma que para aceder à clínica é preciso abandonar o ideal de compreensão, dizendo: “comecem por não crer que vocês compreendem” (p. 31). A psicanálise não procura compreender para orientar, pois se fizesse isso o analista falharia na sua interpretação.

É importante ressaltar que a psicanálise não desconsidera a inclusão social e o resgate da cidadania, mas estas fazem parte de uma dimensão mais ampla, a dimensão do sujeito.

Para Viganò (1999) uma reabilitação psicossocial “só pode ter sucesso na condição de seguir o estilo que é sugerido pela estrutura subjetiva do psicótico, por seus sintomas” (p. 52). Isto significa que ao invés de se fazer o tratamento do sintoma, deve-se fazer o tratamento pelo sintoma. Em outras palavras, o trabalho da psicanálise, quer seja dentro de um *setting* terapêutico tradicional ou de uma instituição, é orientado não pela busca de um “bem”, mas pela visada à singularidade.

Assim, a inserção da psicanálise no trabalho em saúde mental ressignifica a prática do analista através da tentativa de articular a dimensão clínica, ou seja, do singular, com a dimensão política, que corresponde ao público e ao universal.

Em seu artigo *Linhas de progresso na terapia psicanalítica*, Freud (1919/1996) afirmava que a neurose atingia a saúde pública não menos que a tuberculose e, por isso, mais cedo ou mais tarde seriam criadas instituições para o atendimento gratuito à população mais pobre. Para tal população estariam disponíveis profissionais analiticamente preparados e, assim, os psicanalistas teriam de encontrar meios mais simples e mais inteligíveis de expressar suas doutrinas teóricas. No entanto, “seus

ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa” (p. 181).

Nesse sentido, já em 1919, Freud pressupunha a inserção da psicanálise no campo da saúde pública, mesmo que fosse preciso adaptar alguns de seus métodos à população. Contudo, já nesta época, ele recomendava a manutenção dos postulados mais importantes e efetivos da técnica psicanalítica.

Sobre esse tema, Figueiredo (1997) rebate as críticas de alguns profissionais sobre o modo de funcionamento dos ambulatórios públicos, que estariam utilizando um sistema de atendimento igual ao do consultório privado. A autora afirma que o ambulatório “não é um simulacro do consultório; é o próprio consultório tornado público” (p. 11). Ainda nas palavras desta autora:

O tornar público a que me refiro, no que diz respeito à psicanálise, é fazer circular, entre os pares e profissionais afins, o cotidiano da clínica com seus impasses e sucessos. É também produzir trabalhos, estudos de casos e pesquisas para redimensionar o alcance da teoria em relação à experiência clínica, que traz desafios de todo tipo. (p. 11)

Explicitar o lugar da psicanálise em uma instituição implica em distinguir os princípios da psicanálise dos princípios de outras áreas de saber que também participam do cotidiano das instituições. O lugar do analista na instituição é definido pelo desejo do analista e pela ética da psicanálise, através dos quais o analista não acredita em um bem para o sujeito e por isso não deseja o impossível. Nas palavras de Lacan (1995):

O que o analista tem a dar, contrariamente ao parceiro do amor [...] é o que ele tem. E o que ele tem nada mais é do que o seu desejo, como analisando, com a diferença de que ele é um desejo prevenido. O que pode ser um tal desejo, propriamente falando, o desejo do analista?

Desde já podemos no entanto dizer o que ele não pode ser. Ele não pode desejar o impossível. (p. 360)

Em psicanálise a ética não está a serviço de um bem, mas toma o sujeito em sua singularidade como guia de sua atuação. Nesse sentido, em qualquer que seja o campo de atuação do analista, ele não parte de um saber prévio sobre o sujeito, mas sim, assume um “não-saber”, convocando o sujeito a produzir os significantes que o determinam.

Nessa direção, quando nos referimos ao lugar do analista na instituição, concordamos com Elia (2000) quando ele nos afirma que o ato analítico pode acontecer em qualquer contexto, posto que não depende de uma configuração particular e circunstancial, mas determina por seus eixos simbólicos toda configuração “que se queira analítica: consultório, ambulatório, enfermaria ou qualquer outra configuração institucional” (p. 29).

Mira (2005) acrescenta que a psicanálise toma lugar nas instituições através do desejo do analista, pois é a partir do desejo do analista e não do saber, que ele se localiza na instituição. Segundo a autora, o lugar possível para o analista é o lugar do *não-saber*, abrindo-se para o imprevisível, para os riscos e para a escuta do sujeito.

O trabalho da psicanálise se dá com a construção do caso clínico, no trabalho com o um a um. Segundo Viganò (1999), existe uma diferença entre o caso social e o caso clínico. O primeiro é o caso regido pelos instrumentos jurídicos e assistenciais e conduzido pelos operadores, enquanto o caso clínico “é resolvido pelo sujeito, que é o verdadeiro operador, desde que nós o coloquemos em condição de sê-lo” (p. 53).

Na história de Eduardo, esse sujeito que havia sido encaminhado pelo CAPSad por não se adequar às normas estabelecidas de abstinência, horários de entradas e de saídas dos grupos e oficinas, passa a demonstrar grande interesse por certas atividades

desenvolvidas no CAPS II e ter destaque em algumas delas, como a oficina de coral e de teatro. No CAPS II não foram estipuladas regras quanto à abstinência e horários, e nos momentos em que chegou ao serviço sob efeito de alguma substância, pôde ser escutado nas vezes em que solicitou ou permaneceu no ambiente por algum tempo, antes de voltar para casa, demonstrando haver uma confiança com o serviço e com os profissionais. Quando solicitou o seu desligamento do CAPS, Eduardo foi escutado e atendido em seu pedido, dando continuidade ao seu acompanhamento da mesma maneira, ou seja, assíduo e participante das atividades do cotidiano.

Com isso, apesar de, na teoria, o CAPS II não se destinar ao tratamento de usuários de drogas, Eduardo pôde falar de todas as suas dificuldades, fossem elas concernentes aos seus sintomas psicóticos ou referentes ao seu consumo de substâncias psicoativas, pois não há como dividir os sintomas e as queixas de um sujeito. A partir do caso clínico e através da escuta do seu sofrimento, o sujeito vai encontrando as direções para o seu tratamento.

Portanto, o caso clínico não exclui, mas sim permite uma abertura para o social. Para nós interessa que o sujeito psicótico consiga encontrar formas de viver da maneira como lhe é possível, ou, como diz Lobosque (1997) “de permanecer dentro, estando fora” (p. 45). O sujeito psicótico, mesmo estando fora do laço social é um sujeito estruturado. Para Viganò (1999) “não discutir com ele, não falar com ele é uma forma de excluí-lo. Mas, também ficar com ele sem o discurso é uma forma de exclusão e segregação” (p. 50).

Da mesma maneira poderíamos pensar o trabalho do analista nas instituições de saúde mental que se destinam ao tratamento da toxicomania. Tomamos de empréstimo o que afirma Martins (2005): “somente considerando o fenômeno da toxicomania com base na função que a droga pode ocupar para cada sujeito é que se torna possível inserir

o particular na instituição especializada, a qual convoca o universal” (p. 140). Nesse sentido, o trabalho do analista não caminha na direção da eliminação do sintoma, o uso de drogas, mas considerando o que está por trás do fenômeno do uso, qual a função daquele sintoma articulado à estrutura do sujeito – neurótico, psicótico ou perverso. Para se chegar a essa reflexão, que auxiliará na construção do caso clínico e na tomada de direção do tratamento, faz-se necessário o estabelecimento do diagnóstico diferencial de cada sujeito.

Não temos como pretensão defender aqui o discurso analítico como o ideal em todas as instituições. Pelo contrário, acreditamos que serviço público deve ser o lugar de muitos discursos e o discurso analítico deve ser mais um entre os outros. Nossa intenção é a de tentar articular psicanálise e saúde mental, buscando o que é essencial para ambas, isto é, o cuidado com o sujeito a partir da criação de condições favoráveis à fala, à escuta e ao trabalho de inclusão da subjetividade, tanto dos trabalhadores quanto dos usuários dos serviços.

Dando continuidade ao nosso percurso, partiremos agora para a discussão acerca do fenômeno da psicose e de como essa estrutura é compreendida pela psicanálise e como pode se articular com o uso de drogas.

2. A CLÍNICA DA PSICOSE

Eu vo-lo digo: é preciso ter um caos dentro de si para dar à luz uma estrela cintilante.

Nietzsche - Assim falou Zaratustra

2.1 Psicose em Freud

O termo *psicose*, em seu sentido médico e psiquiátrico, foi introduzido em 1845 pelo psiquiatra Ernst Von Feuchtersleben, e tinha por objetivo indicar um estado generalizado de perda de juízo e de realidade, substituindo o termo *loucura* e dividindo as doenças mentais entre as neuroses e as psicoses. Às neuroses cabiam as intervenções da neurologia e, mais tarde, das psicoterapias, enquanto que as psicoses, subdivididas em esquizofrenia, paranóia e psicose maníaco-depressiva, eram de responsabilidade da psiquiatria (Roudinesco & Plon, 1998).

Como sabemos, Freud interessou-se, durante toda a sua vida, pelo estudo das neuroses, mais especificamente pela questão da histeria. No entanto, pôde dar contribuições ao estudo das psicoses, em especial à paranóia, lançando luzes sobre a sua teoria. Assim, na sua época, enquanto estudiosos suíços dedicavam-se ao estudo da esquizofrenia, Freud voltou os seus estudos para a paranóia.

Freud toma o termo psicose em 1894, em seu artigo *As Neuropsicoses de defesa*, no qual é relatado um caso de uma paciente que sofre de uma “confusão alucinatória” que teria iniciado com uma conversão histérica, passando de uma histeria para uma psicose. Afirma, nesse momento, que enquanto nas neuroses haveria uma defesa contra uma representação intolerável, esta representação, ainda que enfraquecida, permanecia na consciência, ao passo que na psicose ou confusão alucinatória, existiria uma defesa muito mais eficaz e bem-sucedida, em que o sujeito rechaça a representação intolerável como se esta jamais lhe tivesse ocorrido, através de uma “fuga para a psicose. [Como

esta representação encontra-se ligada a um fragmento da realidade], também ele se desliga, total e parcialmente, da realidade” (p. 65).

Em 1895, no *Rascunho H*, dedicado à Fliess, ele apresenta sua primeira discussão sobre a paranóia ou “psicose intelectual”. Esta se constitui, junto com a histeria, a neurose obsessiva e a confusão alucinatória, um “modo patológico de defesa” (Freud, 1895/1996, p. 254), cujo mecanismo seria projetar para o mundo externo a representação e o afeto incompatível.

Nessa mesma direção, nas *Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa* (1896/1996), descreve a paranóia como uma “psicose de defesa” que “tal como as histerias e obsessões, provém do recalçamento de lembranças aflitivas, sendo seus sintomas formalmente determinados pelo conteúdo que foi recalçado” (p. 174). A diferença recairia no fato que na paranóia o conteúdo recalçado seria projetado para o mundo externo pelo mecanismo da projeção. É a primeira vez que o termo projeção é utilizado por Freud e tem o sentido de defesa própria da paranóia. Nesse período, Freud ainda compreende a psicose da mesma forma que compreende as neuroses e traz um caso que ele chama de “paranóia crônica”, explicando os sintomas a partir da idéia do retorno das experiências infantis recalçadas¹⁰.

Na *Carta 125*, também escrita à Fliess em 1899, Freud coloca em xeque o problema da “escolha da neurose” e desenvolve a idéia de que a histeria e a neurose obsessiva estariam fixadas no estágio sexual do aloerotismo (que corresponderia ao homo e heteroerotismo, num estágio de identificação), enquanto que na paranóia

¹⁰De acordo com Roudinesco e Plon (1998), “recalque designa o processo que visa manter no inconsciente todas as idéias e representações ligadas às pulsões e cuja realização, produtora de prazer, afetaria o equilíbrio do funcionamento psicológico do indivíduo, transformando-se em fonte de desprazer” (p. 647). Freud dizia que o processo do recalçamento se faz a partir da retirada da libido em relação aos objetos e pessoas anteriormente amadas e que esse processo de desligamento da libido é o “mecanismo regular de toda repressão” (Freud, 1911/1996, p. 79). Sobre os sintomas, Freud escreve em seu artigo “Repressão” (1915b/1996) que estes seriam uma das formas de retorno do recalçado à consciência.

haveria uma “irrupção da corrente auto-erótica” (p. 331), camada anterior ao aloerotismo.

A partir de então, são poucas as considerações feitas sobre a psicose e a paranóia, até que em 1911, Freud publica o artigo denominado *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (Dementia Paranoides)*, mais conhecido como Caso Schreber, em que faz uma leitura psicanalítica sobre a obra do doutor em Direito Daniel Paul Schreber, intitulada *Memórias de um doente dos nervos*, publicada em 1903. A partir do Caso Schreber, Freud formulou os principais aportes teóricos acerca da psicose através do seu estudo sobre a paranóia. Como afirma Lacan (2008):

Ele se interessou primeiro e essencialmente pela paranóia. E para indicar-lhes imediatamente um ponto de referência ao qual vocês poderão se reportar, lembro-lhes que no fim da observação do caso Schreber, que é o texto de maior doutrina concernente às psicoses, Freud traça uma linha divisora de águas, se assim posso me exprimir, entre paranóia, de um lado, e, de outro, tudo o que gostaria, diz ele, que fosse chamado de parafrenia, e que corresponde exatamente às esquizofrenias. (p. 12)

Daniel Paul Schreber, jurista renomado e presidente da corte de apelação da Saxônia, nasceu em 1842 e apresentou por duas vezes distúrbios nervosos que, segundo ele mesmo descreveu, foram resultado de excessiva tensão mental. Em seu primeiro distúrbio, ficou internado por cerca de seis meses na clínica do Dr. Flechsig com o diagnóstico de uma hipocondria grave, ficando completamente restabelecido após esse período. Passaram-se oito anos sem que Schreber sentisse nenhum sintoma com relação à sua doença até que, em 1893, após ser nomeado como juiz presidente da corte de apelação de Dresden, cai enfermo novamente, desta vez com um quadro clínico mais

grave com delírios e alucinações, idéias persecutórias e tentativas de suicídio. Ele acreditava ser o único sobrevivente do fim do mundo e que Deus falava com ele por meio de uma “língua fundamental”. Em seus delírios, Schreber teria a missão de redimir o mundo e restituir-lhe o estado perdido de beatitude transformando-se em mulher e gerando uma nova raça de homens através de uma fecundação direta com Deus. Após a escrita de sua obra, conseguiu estabilizar-se e, em 1902, teve alta após impetrar ação judicial. Seus escritos foram publicados no ano seguinte e, em 1911, falece, poucos meses antes da publicação de Freud sobre o seu caso.

Freud utiliza, no caso Schreber, a idéia de que na paranóia existiria a frustração por uma não-satisfação de um desejo homossexual inconsciente e que os delírios de perseguição funcionariam para protegê-lo desses desejos. Ele constata que em todos os casos de paranóia estudados por ele e por seus colegas, havia uma defesa contra esse desejo homossexual, tanto em homens quanto em mulheres, formulando sua teoria das psicoses a partir da questão homossexual, assim como do recalque e do retorno do recalado.

Nessa perspectiva, Freud (1911/1996) acreditava que se o paranóico procura defender-se contra a sexualização de seus investimentos sociais, o ponto fraco de seu desenvolvimento “deve ser procurado em algum lugar entre os estádios do autoerotismo, narcisismo e homossexualismo, e que sua disposição à enfermidade (que talvez seja suscetível de definição mais precisa) deve estar localizada nesta região” (p. 70). Assim, ele retoma a idéia construída em sua obra *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905a/1996) de que a libido¹¹ pode possuir diversos pontos de fixação em

¹¹ Em 1921 Freud define a libido dizendo: “Libido é a expressão extraída da teoria das emoções. Damos esse nome à energia, considerada como uma magnitude quantitativa (embora na realidade não seja presentemente mensurável), daqueles instintos que têm a ver com tudo que pode ser abrangido sob a palavra ‘amor’ (Freud, 1921/1996 p. 101).

suas fases de desenvolvimento e afirma que algumas pessoas podem retornar a este ponto de fixação em caso de alguma perturbação externa.

No caso da paranóia, “a libido liberada vincula-se ao ego e é utilizada para o engrandecimento deste” (Freud, 1911/1996, p. 79), retornando então ao estágio do narcisismo, seu ponto de fixação. Nessa perspectiva, Freud descreve o narcisismo da seguinte maneira:

chega uma ocasião, no desenvolvimento do indivíduo, em que ele reúne suas pulsões¹² sexuais (que até aqui haviam estado empenhadas em atividades auto-eróticas), a fim de conseguir um objeto amoroso; e começa a tomar a si próprio, seu próprio corpo, como objeto amoroso, sendo apenas subseqüentemente que passa daí para a escolha de alguma outra pessoa que não ele mesmo, como objeto. (Freud, 1911/1996, p. 68)

Em outras palavras, no auto-erotismo as pulsões buscam satisfação no próprio corpo, porém por não se tratar ainda de um corpo unificado, mas partes de um corpo fragmentado, as satisfações são desarticuladas umas das outras, havendo apenas satisfações locais e parciais, pois ainda não há um *eu*. Na fase posterior, do narcisismo, já existe um *eu* e a libido toma o próprio corpo como escolha objetual. Para Freud (1911/1996), algumas pessoas permanecem fixadas nesse estágio de desenvolvimento, transportando algumas dessas características para o estágio posterior, conduzindo à escolha de um objeto externo com órgãos sexuais semelhantes aos seus (homossexualismo).

Freud, então, afirma que o caráter próprio da paranóia deve ser procurado na forma assumida pelos sintomas, concluindo que a sua particularidade característica

¹² No artigo *Os instintos e suas vicissitudes* (1915a/1996), as pulsões são definidas por Freud como “um conceito entre o psíquico e o somático, o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente” (p. 127).

recaía no fato de que “o paciente, para repelir uma fantasia de desejo homossexual, ter reagido precisamente com delírios de perseguição desta espécie” (Freud, 1911/1996, p. 67).

Ele observa que haveria, no cerne de todo conflito patológico, um mecanismo que ocorreria em três fases distintas: 1) uma fixação num estágio mais infantil da libido; 2) o recalque de um conteúdo intolerável; 3) o retorno do recalcado que faz regredir o sujeito ao ponto de fixação da libido.

Como já dissemos, o processo de recalque retira a libido das pessoas e coisas que foram anteriormente amadas e seu retorno faz dirigir essa libido a esses mesmos objetos. O que acontece de forma particular na paranóia é que o processo de restabelecimento que desfaz o recalque ocorre por meio do mecanismo da projeção. Assim, na projeção “aquilo que foi internamente abolido retorna desde fora” (Freud, 1911/1996, p. 78), transformando um afeto interno de amor em um afeto externo de ódio. Ou seja, mediante uma incapacidade do sujeito de sublimar o desejo homossexual (“eu o amo”), transforma esse desejo em delírio de perseguição (“eu o odeio”), seguido de uma projeção no outro (“ele me odeia”). Através da projeção o paranoíco ligaria a libido ao mundo externo, numa tentativa de tornar possível, novamente, uma ligação com este.

Nesse sentido, os sintomas delirantes consistem em uma tentativa de resolução de um conflito interno. Nas palavras de Freud (1911/1996), sobre o delírio do fim do mundo de Schreber e de outros paranoícos: “o fim do mundo é a projeção dessa catástrofe interna” (p. 77). Com a destruição do seu mundo interno, os delírios são criados como tentativa de relacionar-se com este por meio do mecanismo da projeção. Portanto: “a formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é, na

realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução” (Freud, 1911/1996, p. 78).

Apesar da grande notoriedade recebida pelo estudo do Caso Schreber, Freud dedicou-se pouco ao estudo das psicoses, interessando-se mais pelos estudos da neurose, pois a considerava curável. Por isto, contra-indicava o tratamento psicanalítico a sujeitos psicóticos desde sua conferência de 1905 *Sobre a psicoterapia*, em que dizia que a psicanálise não poderia ser aplicada a sujeitos psicóticos, por eles serem incapazes de um estado normal. Disse ele:

Quando se quer trabalhar em segurança, deve-se restringir a escolha a pessoas que tenham um estado normal (...). As psicoses, os estados confusionais e a depressão profundamente arraigada (...) são impróprios para a psicanálise, ao menos tal como tem sido praticada até o momento. (Freud, 1905b/1996, p. 250)

Nessa mesma direção, em seu artigo intitulado *Sobre o início do tratamento* (1913/1996), ele adverte aos analistas que tenham cautela na definição do diagnóstico, pois acreditava que o analista estaria cometendo um equívoco ao aceitar um paciente psicótico em análise, já que “ele não pode cumprir sua promessa de cura se o paciente está sofrendo, não de histeria ou neurose obsessiva, mas de parafrenia” (1913/1996, p. 140).

A partir da década de 1920, tem início uma nova fase da teoria freudiana conhecida como segunda tópica, em que ele propôs a divisão do aparelho psíquico em isso (Id), eu (ego) e supereu (superego)¹³, modificando a teoria da primeira tópica que

¹³ O isso (id) é o “conjunto de conteúdos de natureza pulsional e de ordem inconsciente” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 399). O supereu (superego) “mergulha suas raízes no isso e, de uma maneira implacável, exerce as funções de juiz e censor em relação ao eu (Roudinesco & Plon, p. 744). O ego é uma “organização coerente de processos mentais (...) a que a consciência se acha ligada” (Freud, 1923/1996, p. 30). O eu é o responsável pela mediação entre as exigências do isso, do supereu e do mundo externo.

dividia o aparelho psíquico em inconsciente, pré-consciente e consciente. Com suas teorizações acerca do papel do ego e sua posição intermediária entre o id e o superego, Freud (1924a/1996) avança também em sua teoria sobre a psicose, como podemos observar em seu artigo *Neurose e Psicose* em que afirma: “a neurose é o resultado entre um conflito entre o ego e o id, ao passo que a psicose é o desfecho análogo de um distúrbio semelhante nas relações entre o ego e o mundo externo” (p. 167).

Assim, no caso da neurose, o ego se defenderia dos impulsos do id através do mecanismo do recalque. O conteúdo recalcado criaria, então, novas representações – o sintoma – contra o qual o ego continua a defender-se. Para Freud o eu defende-se contra o id a mando do superego, originário das influências do mundo externo.

Ainda neste artigo, Freud defende que, no caso da psicose haveria um “distúrbio no relacionamento entre o ego e o mundo externo” (p. 168). Segundo ele, o mundo externo possui duas maneiras de governar o ego: a primeira através das percepções atuais e sempre renováveis, e a segunda pelo armazenamento de lembranças de percepções anteriores que se tornam parte do mundo interno. Na psicose as novas representações são recusadas, o mundo interno perde sua significação e o eu cria, “autocraticamente, um novo mundo externo e interno” (p. 168). A criação desse novo mundo se dá por parte do id e acontece devido à frustração de um desejo por parte da realidade que se tornou intolerável. Essa frustração seria a frustração de um desejo infantil. Nas palavras de Freud (1924a/1996):

A etiologia comum ao início de uma psicose e de uma psicose (...) consiste em uma frustração, em uma não-realização, de um daqueles desejos de infância que nunca são vencidos (...). O efeito patogênico depende de o ego, numa tensão conflitual deste tipo, permanecer fiel à

sua dependência do mundo externo e tentar silenciar o id, ou ele se deixar derrotar pelo id e, portanto, ser arrancado da realidade. (p. 169)

Com a perda da participação no mundo externo, surgiriam os delírios como “um remendo no lugar em que originariamente uma fenda apareceu na relação do ego com o mundo externo” (Freud, 1924a/1996, p. 169), reafirmando a posição já defendida de que os delírios são uma tentativa de cura ou reconstrução do mundo do psicótico.

Ainda em 1924, em seu artigo intitulado *A perda de realidade na neurose e na psicose*, Freud retoma a discussão acerca da psicose e afirma que na neurose também existe uma perda da realidade. Para ele, ambas corresponderiam a um conflito entre o id e o mundo externo, diferenciando-se da seguinte forma: “a neurose não repudia a realidade, apenas a ignora; a psicose a repudia e tenta substituí-la” (Freud, 1924b/1996 p. 207). Dito de outra maneira, na neurose, a doença propriamente dita não se daria no primeiro momento, o momento do recalque ou da fuga, mas sim no segundo momento em que se dá o retorno do recalçado, ou seja, no surgimento dos sintomas. Na psicose o adoecimento se daria no primeiro momento, em que rechaça a realidade, já que os sintomas seriam uma tentativa de cura, ou seja, uma ligação com a realidade anteriormente perdida.

Ao final de sua obra, Freud (1940[1938]/1996) mantém a idéia de que a psicanálise não serviria para o tratamento com psicóticos, afirmando que era preciso “renunciar à idéia de experimentar nosso plano de cura com os psicóticos – renunciar a ele talvez para sempre ou talvez por enquanto, até que tenhamos encontrado um outro plano que se lhes adapte melhor” (Freud, 1940[1938]/1996, p. 188). Assim, embora apontando os limites da psicanálise, ele abre a possibilidade de fazer adaptações da técnica psicanalítica e passa a vislumbrar um futuro que possa permitir a inclusão do sujeito psicótico no tratamento analítico.

2.2 Psicose em Lacan

Foi Jacques Lacan que, em seu retorno a Freud, transformou a psicose no fio condutor do seu ensino, fazendo formulações e reformulações sobre o tema ao longo do tempo e inaugurando um tratamento possível para sujeitos psicóticos.

O ensino de Lacan pode ser dividido a partir de dois principais marcos conceituais, ou duas clínicas lacanianas: a primeira clínica é concernente à década de 50, na qual estão presentes os conceitos lacanianos mais difundidos em relação à psicose, tais como a forclusão do Nome-do-Pai, a significação fálica e a metáfora paterna; e a segunda clínica situa-se na década de 70 e é voltada para o gozo e o conceito de *sinthoma*. Todos esses conceitos serão trabalhados neste capítulo à medida que avançarmos na teoria lacanianiana da psicose.

Apesar dessa divisão, é importante ressaltar que uma clínica não substitui a outra, mas a interroga e enriquece. Principalmente em se tratando da teoria da psicose, podemos observar que “de dez em dez anos, durante aproximadamente cinquenta anos, Lacan recolocou em pauta sua concepção da psicose” (Miller, 1987, p. 178) e assim avançou nas suas formulações ao longo de cinco décadas de estudos.

De novembro de 1955 a julho de 1956, Lacan pronuncia o seu *Seminário 3 – as psicoses*, no qual faz um retorno a Freud através de uma releitura do Caso Schreber, ao mesmo tempo em que elabora a teoria acerca dos três registros que embasam a experiência humana: o Real, o Simbólico e o Imaginário¹⁴. A concepção desses três registros acompanha todo o ensino de Lacan, sendo cada um deles enfatizado em períodos diferentes de sua teoria.

¹⁴ O simbólico é da ordem da linguagem, mais especificamente dos significantes. O imaginário é o campo das imagens com as quais o sujeito se identifica, é o campo das ilusões que tenta tamponar a falta. O real é o que não é simbolizável, é impossível de se representar. Ele não se escreve jamais, mas produz efeitos sobre os outros dois registros. (Pequeno, 2000).

Nessa época, Lacan enfatizava a prevalência do campo simbólico sobre os demais registros, fazendo o seu retorno a Freud “não a partir das formas de desenvolvimento nem a partir dos exames das instâncias psíquicas, mas sim a partir da investigação de uma relação específica do sujeito com a linguagem” (Maleval, 2009, p. 36). Nesse sentido, Lacan se debruça, em seus estudos, sobre o campo a partir do qual o sujeito se constitui: o campo da fala e da linguagem. Ele enfatiza que todo sujeito, seja neurótico ou psicótico, é efeito da linguagem, ou seja, “o inconsciente é uma linguagem” e, sendo assim, “o psicótico ignora a língua que ele fala” (Lacan, 2008, p. 21).

No que diz respeito à questão das psicoses, no Seminário 3, a função paterna ganha lugar de destaque no pensamento lacaniano, alcançando maiores desdobramentos em seu artigo *De uma questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses* redigido entre dezembro de 1957 e janeiro de 1958, no qual a figura do pai torna-se o núcleo central de sua teoria. No entanto não se trata da figura de um pai real, mas sim “daquilo que a religião nos ensinou a invocar como Nome-do-Pai” (Lacan, 1959/1998, p. 562).

A teoria do Complexo de Édipo, criada por Freud, foi interpretada por Lacan sob a perspectiva da função ou metáfora paterna, cujo representante é o Nome-do-Pai. Para Lacan, o Nome-do-Pai é um significante¹⁵ que funcionaria como uma experiência metafórica, ou seja, a “metáfora que coloca esse Nome em substituição ao lugar primeiramente simbolizado pela operação da ausência da mãe” (Lacan, 1998/1959, p. 563). Dito de outra forma, a função paterna se dá a partir da intervenção do Nome-do-

¹⁵ Significante é um termo estabelecido por Ferdinand Saussure em seus estudos sobre a lingüística. Para ele, a língua, parte essencial da linguagem, é constituída por signos. Cada signo lingüístico é composto pelo significante (imagem acústica) e pelo significado (conceito), que se associam entre si. Lacan utiliza o significante como anterior ao significado. Na teoria de Lacan, o significante é o elemento do discurso consciente ou inconsciente do sujeito. “Um significante é aquilo que representa o sujeito para outro significante” (Lacan, 1998/1960, p. 833).

Pai na dualidade mãe-filho, ou seja, de uma intervenção no desejo da mãe que pode vir de qualquer lugar, mesmo que não seja a figura de um homem ou de um pai, mas que retire essa criança do lugar de objeto central do desejo da mãe, que ocupa o lugar de um Outro absoluto para ela.

Portanto, o Nome-do-Pai instaura a lei da proibição do incesto para a criança, barrando o Outro sem lei outrora representado pela mãe. O Nome-do-Pai é, portanto, inserido por um pai simbólico na relação mãe-filho, marcando a diferença entre os sexos e ingressando o sujeito no mundo simbólico e da linguagem. Assim, através do Complexo de Édipo, o pai aparece como um terceiro e coloca para a criança a descoberta inconsciente da lei e da castração.

Pela via do Complexo de Édipo instaura-se então o significante Nome-do-Pai, que fundamenta a lei, limitando o gozo. O Outro, entendido como tesouro significante e garantido pela lei, é ordenado simbolicamente pelo Nome-do-Pai, que coloca uma barra sobre ele.

O gozo é um conceito próprio da teoria lacaniana que vai além da satisfação ou volúpia, mas abrange prazer e desprazer, satisfação e dor. A metáfora paterna é o que limita o gozo, pois é necessário, segundo Lacan (1985b) “repartir, distribuir, retribuir o que diz respeito ao gozo” (p. 11). Assim, através da castração o sujeito perde o seu gozo que antes era o gozo do Outro, submetido à mãe, e passa a ser súdito da lei, trocando-o pelo gozo fálico, o gozo sexual mediado pela instância simbólica. A perda do gozo originário decorrente da inscrição da Lei, ordena o sujeito a desejar e, com isso, procurar trazer de volta o gozo absoluto a que teve que renunciar, mas que nunca encontrará.

Para o sujeito neurótico, ou seja, que passou pela castração simbólica, o Outro é barrado, o que faz surgir o mecanismo do recalque a partir do qual esse sujeito terá

pouco contato com seus conteúdos inconscientes, manifestados somente através dos sonhos, atos falhos, etc. No caso da estrutura psicótica, ocorre que a criança não faz a travessia da epopéia edipiana e o Nome-do-Pai torna-se excluído, ou, melhor dizendo, foracluído¹⁶. Tem-se, portanto, a foraclusão do Nome-do-Pai como fenômeno específico da psicose. Lacan (2008) nos explica que:

É num acidente desse registro e do que nele se realiza, a saber, na foraclusão do Nome-do-Pai no lugar do Outro, e no fracasso da metáfora paterna, que apontamos a falha que confere à psicose sua condição essencial, com a estrutura que a separa da neurose. (p. 582)

Lacan elabora o termo “foraclusão” a partir do conceito freudiano de *Verwerfung*, que seria uma abolição daquilo que foi rejeitado. Assim, Freud diferencia a *Verwerfung* do recalque, pois enquanto este último retorna articulado aos sintomas e outros fenômenos, “o que cai sob o golpe da *Verwerfung* tem uma sorte completamente diferente” (Lacan, 2008, pp. 21-22), ou seja, é abolido. Dessa forma, ainda em seu Seminário 3, tendo determinado que na psicose o que incide sobre o significante Nome-do-Pai é a *Verwerfung*, Lacan propõe traduzi-la por “foraclusão”.

Enquanto o neurótico passa pela experiência da castração e da incorporação da lei fálica representada pelo Nome-do-Pai, o psicótico fica de fora dessa lei. Dessa maneira, para o neurótico, por ter passado pela castração simbólica, o Outro é barrado e inconsciente e, por isso, torna-se para ele uma falta. Já na psicose, por carecer do significante da lei, o Outro não é barrado, pelo contrário, é consistente e absoluto e, assim, o sujeito psicótico torna-se objeto de gozo deste Outro.

¹⁶ O termo “foraclusão” foi tomado de empréstimo por Lacan do vocabulário jurídico francês e significa um processo jurídico ao qual não se pode mais apelar, pois o seu prazo legal expirou. No caso do sujeito psicótico, o Nome-do-Pai encontra-se foracluído, ou seja, não chegou a tempo e não pode mais operar. A não operação desse significante tem seus efeitos vistos no real, sob a forma de delírios e alucinações.

Além de balizar a relação do sujeito com o simbólico, o Complexo de Édipo também desempenha uma relação primordial com a realidade. Nas palavras de Lacan: “para que haja realidade, acesso suficiente à realidade, para que o sentimento da realidade seja um justo guia, para que a realidade não seja o que ela é na psicose, é preciso que o complexo de Édipo tenha sido vivido” (2008, p. 232). Freud já estabelecia essa idéia ao dizer que no caso da psicose há um rompimento com a realidade e que o delírio funcionaria como uma tentativa de cura.

A conseqüência da forclusão do Nome-do-Pai se faz presente nos distúrbios de linguagem do psicótico. Segundo Lacan (2008), “a promoção, a valorização na psicose dos fenômenos de linguagem é para nós o mais fecundo dos ensinamentos” (p. 167), pois é através desses distúrbios que o sujeito revela a sua relação deficitária com o simbólico. A metáfora delirante surge então como algo que pode metaforizar a função paterna forcluída, numa tentativa de tamponar essa falta simbólica.

Ainda no artigo *De uma questão preliminar...*, o desencadeamento da psicose é situado quando o significante Nome-do-Pai

forcluído, isto é jamais advindo no lugar do Outro, seja invocado em posição simbólica ao sujeito.

É a falta do Nome-do-Pai nesse lugar que, pelo furo que abre no significado, dá início à cascata de remanejamentos do significante de onde provém o desastre crescente do imaginário, até que seja alcançado o nível em que significante e significado se estabilizam na metáfora delirante.

Mas, como pode o Nome-do-Pai ser chamado pelo sujeito no único lugar de onde poderia ter-lhe advindo e onde nunca esteve?

Através de nada mais nada menos que um pai real, não forçosamente, em absoluto, o pai do sujeito, mas Um-pai. (Lacan, 1998/1959, p. 584)

A metáfora delirante é, portanto, um elemento fora da ordem paterna que pode suprir a ausência do Nome-do-Pai e produzir a estabilização da psicose.

Com o avanço de seu percurso, a partir do final dos anos 50, Lacan vai além da metáfora paterna a partir de sua nova concepção de que o Nome-do-Pai não é capaz de metaforizar completamente o desejo da mãe, havendo a produção de um resto que cai da operação de separação entre os campos do sujeito e do Outro, definido por ele, mais tarde, sob o conceito de *objeto a*¹⁷. O que nos interessa é que Lacan passa a considerar que há sempre um resto que escapa às palavras e para o qual não há nenhuma forma de simbolização. Sobre este resto, nada se pode dizer, apenas sentir, como na angústia.

Com o advento do objeto *a*, Lacan muda sua perspectiva acerca do Outro, que passa a não ser mais completo e consistente como antes, mas seu lugar passa agora a ser definido como o lugar da falta. O que significa isso? Se as palavras não dão conta de tudo simbolizar, a relação do sujeito com o Outro também é marcada pela falta, por um processo de hiância. Em 1958 Lacan já dava sinais acerca da incompletude do Outro afirmando: “o Outro, lugar da fala, é também o lugar dessa falta” (Lacan, 1961/1998, p. 633).

Nesse sentido, estabelece que há uma falha não somente no Outro da lei (como na psicose), mas também no Outro da linguagem, devido à impossibilidade de uma totalização do conjunto de significantes, o que denota que há, para todo sujeito, um significante excluído (Lustoza e Calazans, 2010). Dessa forma, se no primeiro ensino

¹⁷ De acordo com o dicionário de Psicanálise de Roudinesco e Plon (1998), *objeto a* é um “termo introduzido por Lacan, em 1960, para designar o objeto desejado pelo sujeito e que se furta a ele a ponto de não ser representável, ou de se tornar um ‘resto’ não simbolizável” (p. 551). O *objeto a* é causa do desejo e, ao mesmo tempo, é um resto de gozo não simbolizado, que sobra, e é sentido como angústia pelo sujeito.

lacaniano, a ausência/presença do Nome-do-Pai determinava a diferença entre neurose e psicose, a partir dessa mudança, haverá uma forclusão generalizada.

Tal concepção faz suceder, diretamente, uma mudança no conceito de Nome-do-Pai. Dada a incompletude do Outro, o pai não pode mais ser tido como um agente universal, não sendo mais possível responder de um lugar único. Agora, outros elementos, incluindo o próprio pai, podem ser utilizados no lugar do Nome-do-Pai, que passam a funcionar como suplências à falha estrutural do Outro, em todas as estruturas.

Assim, o Nome-do-Pai deixa de ser um significante universal e passa a ser representado por uma diversidade de suplentes, ou seja, significantes mestres que podem cumprir a sua função. Dessa forma, cada sujeito, ao seu modo, vai constituir, de forma singular, um suplente que cumpra o papel do Nome-do-Pai que não se inscreveu. A suplência é uma invenção particular que cada sujeito vai encontrar. Dessa forma, se na neurose, o Outro é barrado pelo significante que limita o gozo, na psicose falta uma barra no Outro e o sujeito é invadido por um gozo desenfreado e sem limites. A suplência tem o papel de barrar o Outro e delimitar o gozo que invade o psicótico.

O seminário que trataria dos Nomes-do-Pai é iniciado por Lacan em 1963 e foi interrompido devido à perda de sua função de didata e de sua excomunhão da IPA. Nesse seminário ele afirma aos seus ouvintes que não poderá fazê-los entender sobre o porquê deste “plural” e o tema da pluralização dos Nomes-do-Pai nunca mais foi retomado. No entanto, ao longo dos seminários seguintes podemos ver a continuidade dessas idéias.

Com a virada conceitual, o Nome-do-Pai, que garantia a entrada do sujeito na linguagem e sua subordinação à Lei (Lacan, 2008), cede o seu lugar de agente universal e dá lugar à invenção singular de cada sujeito, pois mesmo inserindo o sujeito na cultura

e na linguagem, ele não garante mais a possibilidade de tudo significar, pois existe no Outro uma falta. O sujeito, então, tem que construir a sua própria resposta.

Debruçado sobre essas questões, Lacan chega à década de 70 às voltas com o Real. Tendo considerado a não prevalência do simbólico e proposto a pluralização dos Nomes-do-Pai, ele recorre agora à matemática e à lógica para dar início à teoria dos Nós Borromeanos. É importante frisar que ele não rompe com os conceitos anteriormente constituídos, mas sim, os reelabora para, enfim, chegar ao seu último ensino em que terão destaque os Nomes-do-Pai, o gozo e o *sinthoma*, assim como não mais se atribui ao simbólico caráter preponderante.

Sobre o avanço conceitual da teoria lacaniana, Guerra (2007) afirma:

foi preciso que o conceito de pai atravessasse diferentes formulações para que a idéia de suplência e de pluralização dos nomes do pai pudesse ser retomada na década de 70, tornando-se operatória a partir de então na clínica, inclusive das psicoses, com a teoria dos nós borromeus. (p. 159)

A teoria dos nós borromeus¹⁸ é apresentada pela primeira vez no Seminário 19: *Ou pior...* (s.d.a), pronunciado em 1971-1972 e retomada no Seminário 20: *mais, ainda*, (1985b), pronunciado em 1972-1973. Neste, Lacan afirma: “A formalização matemática é nosso fim, nosso ideal. Por quê? Porque só ela é matema, quer dizer, capaz de transmitir integralmente” (Lacan, 1985b, p. 161).

O nó borromeano é formado por elos distintos (no mínimo três) que se enlaçam sem que haja interpenetração entre eles, ou seja, nenhum nó passa através do furo de outro nó. Na verdade, trata-se mais especificamente de uma cadeia, pois o nó é composto por apenas um elemento, enquanto que a cadeia é formada por elos distintos

¹⁸ O símbolo do nó borromeu foi encontrado por Lacan no brasão dos Borromeus, uma família italiana que viveu em Milão na época do Renascimento (Pequeno, 2000) e cada elo representa os três ramos da família.

e, caso algum nó se rompa, toda a cadeia se desfaz. Ele associa as três rodas do nó aos três registros com os quais trabalha: Real, Simbólico e Imaginário, sendo o próprio nó o Real em si mesmo, como dito em seu seminário *R. S. I.* (1974-1975): “O nó não é o modelo, é o suporte. Ele não é a realidade, é o Real” (Lacan, lição de 15/04/1975).

A cadeia borromeana (conforme figura adiante), irá enlaçar os três registros: o Real (R), o Simbólico (S) e o Imaginário (I) que, neste período, são considerados por Lacan como equivalentes, não havendo prevalência de nenhum sobre os demais e ligando-se borromeamente.



Em seu seminário *R. S. I.* (s.d.b), pronunciado em 1974-1975, Lacan fala sobre o nó borromeu de três elementos como suporte do sujeito:

Parto da tese de que o sujeito é determinado pela figura em questão [o nó] (...) de nenhum modo que seja seu duplo, mas é pelos calços do nó, por aquilo que no nó determina pontos triplos, é pelo apertamento do nó que o sujeito se condiciona. (s/p)

Na lógica dos nós borromeus, até este seminário, os três elementos não se interpenetram e se articulam através do terceiro elo que permite uma relação entre os outros dois que se encontravam desconectados. Em sua lição de 14/01/1975, Lacan (s.d.b) diz que Freud não tinha idéia do Real, do Imaginário e do Simbólico, mas teria

“uma suspeita” desses. Assim, Lacan diz que Freud, para não deixar esses três registros à deriva, inventou a realidade psíquica como um quarto elemento que enlaça os registros heterogêneos. A forma mais comum de constituição da realidade psíquica é o Nome-do-Pai. Portanto, segundo Lacan:

O que Freud instaura com o seu Nome-do-Pai, idêntico à realidade psíquica, ao que ele chama realidade psíquica, especialmente a realidade religiosa – pois é exatamente o mesmo – é que, por esta função, esta função de sonho que Freud instaura o laço do Simbólico, do Imaginário e do Real. (s.d.b lição de 11/02/1975, s/p)

Ainda no seminário 22, Lacan remete-se à noção de que é preciso um quarto elemento que realize uma “ação suplementar, em suma, de um toro a mais, aquele cuja consistência seria referir-se à função dita do Pai” (lição de 11/02/1975, s/p) que enlace os três registros. Ele desenvolve então o conceito de *Sinthoma*, que pode ser entendido como o quarto elemento do nó borromeano, que amarra os três registros da topologia dos nós. Sobre o quarto elemento, Lacan (s.d.b) diz que “sem o quarto, nada é (...) colocado em evidência do que verdadeiramente é o nó borromeano” (lição de 13/05/75, s/p).

Para ele, então, no nó composto apenas por três elementos haveria uma disjunção entre os três registros que tendem a se soltar, sendo preciso um quarto elemento que tenha uma ação suplementar para impedir que isso ocorra. Assim, tanto nos neuróticos quanto nos psicóticos, existe a disjunção dos três registros. Nessa nova perspectiva, o Nome-do-Pai pode ser o quarto elo.

Lacan chega à teorização do *sinthoma* em seu seminário 23, dedicado ao escritor irlandês James Joyce, tentando compreender o que permitiu que este passasse por toda a sua vida estabilizado em sua psicose. Conclui que a sua obra funcionava como um

quarto elo do nó e descobre, então, que existe uma variedade de suplentes para este nó, sendo o Nome-do-Pai apenas um *sinthoma* dentre os outros. Ou seja, o *sinthoma* como quarto elemento do nó pode ser diversificado, pois é singular para cada sujeito. Nas palavras de Lacan (2007):

Digo que é preciso supor tetrádico o que faz o laço borromeano – perversão quer dizer *versão em direção ao pai* –, em suma, o pai é um sintoma, ou um *sinthoma*, se quiserem. Estabelecer o laço enigmático do imaginário, do simbólico e do real implica ou supõe a ex-sistência do sintoma. (p. 21)

Temos, portanto, no ensino lacaniano da década de 50, a psicose sendo abordada como um déficit do significante Nome-do-Pai e na segunda clínica o Nome-do-Pai como uma das formas possíveis de amarração. Na clínica do *sinthoma*, o Nome-do-Pai em sua versão pluralizada e como quarto elemento da topologia borromeana, operaria como uma suplência, fazendo a amarração entre os registros e introduzindo a diferenciação destes mesmos elementos.

É preciso esclarecer aqui que existem diferentes meios de estabilização da psicose. Como nos afirma Guerra (2007), nem toda estabilização cria uma forma de amarração dos três registros, que podem se desfazer diante de qualquer embate. Desse modo, segundo esta autora, existe uma diferença entre as soluções estabilizadoras, que se constituiriam como meios de estabilização menos eficazes da psicose; as suplências, caracterizadas pela invenção de um quarto termo que estabiliza os registros do nó; e o *sinthoma*, que segundo a autora, seria a “suplência em um ponto específico, (...) a invenção de uma ferramenta singular que operasse como nó borromeano, evitando o desencadeamento psicótico” (p. 179).

Ainda de acordo com Guerra (2007), a estabilização é o gênero do qual a suplência é uma das espécies e o *sinthoma* é uma subespécie particular das suplências. Dessa maneira, a autora afirma que nem toda solução inventada pelo sujeito psicótico conduzirá a uma estabilização, nem toda estabilização será uma suplência e nem toda suplência funcionará como *sinthoma*. Tal distinção entre soluções, suplências e *sinthoma* torna-se importante para nossa discussão do quarto capítulo acerca do uso de drogas e suas possíveis funções para a estrutura psicótica, já que muitas vezes é possível encontrar em alguns autores uma equivalência entre suplência e *sinthoma*.

Neste capítulo, vimos a trajetória conceitual da estrutura psicótica, desde as primeiras considerações de Freud até os saltos conceituais de Lacan acerca da forclusão do significante Nome-do-Pai, até chegarmos à topologia dos nós e à noção de suplência e de *sinthoma*. Vimos como, a partir desta nova perspectiva, a psicose passa a ser pensada a partir de uma disjunção do enodamento da cadeia borromeana, e que cada sujeito, ao seu modo, possui uma solução particular para tentar suprir esse desenodamento, que pode ir desde soluções estabilizadoras até as suplências e o *sinthoma*. Assim, é possível encontrar na atualidade desde os desencadeamentos da psicose com seus fenômenos clássicos até sujeitos estabilizados com uma suplência singular e que se mantém, ao seu modo, no laço social.

Nessa perspectiva, poderíamos dizer que a prática do uso da droga pode ser uma das possíveis soluções encontradas pelos sujeitos para se inserirem em um grupo social? E ainda, o recurso à droga na psicose poderia funcionar como uma solução estabilizadora, ou como um modo de suplência ou até mesmo como um *sinthoma* para esses sujeitos, operando como quarto elo da cadeia? Além destas, existem outras posições que discutem o recurso à droga na psicose. A discussão sobre esses diferentes apontamentos será apreciada no capítulo final. Contudo, antes de nos aprofundarmos

sobre essas questões, iremos discutir, no próximo capítulo, a prática do uso de drogas, mais especificamente a toxicomania, sob a perspectiva da psicanálise.

3. TOXICOMANIAS SOB A PERSPECTIVA DA PSICANÁLISE

Queriam fugir da sua miséria, e as estrelas estavam demasiado longe para eles. Então suspiraram: “Oh! se houvessem caminhos celestes para alcançar outra vida e outra felicidade!” E inventaram os seus artificios e as suas beberagens sangrentas.

Nietzsche - Assim falou Zaratustra

3.1 O uso de drogas ao longo da história

A prática do uso de substâncias que alteram o corpo e o estado de consciência dos seres humanos é tão antiga quanto o próprio homem. Em seus estudos sobre o tema, Escohotado (1998) concluiu que, com exceção de comunidades que habitavam regiões completamente desprovidas de vegetação, não há grupos humanos em que não tenham sido detectadas relações com substâncias psicoativas. Nas religiões, na cultura greco-romana, em diferentes lugares e diferentes civilizações, desde muitos séculos atrás, por contextos e motivos diversos, seja para aplacar dores e curar doenças, dar força e vitalidade aos homens ou fazendo parte de rituais religiosos, o uso de drogas está presente na cultura humana.

O percurso teórico realizado por este autor nos mostra que o contato e o saber sobre a natureza através do uso de plantas com propriedades alucinógenas faziam parte dos modos de vida dos povos primitivos, proporcionando-lhes experiências religiosas e místicas nas quais essas plantas eram utilizadas como veículos para aproximá-los de suas entidades sobrenaturais, e assim, através dos rituais religiosos, esses povos construía explicações para a vida, curavam doenças e apaziguavam suas dores.

Na cultura greco-romana o uso de drogas também se fazia presente e possuía fins diversificados, desde o cunho místico, passando pela diversão, à cura de doenças ou até proporcionando a morte. Por este motivo surgiu, naquela época, o termo *pharmakon*,

de onde provém a palavra “fármaco”, que significa, ao mesmo tempo e inseparavelmente, “remédio” e “veneno”. Desse modo, “a fronteira entre o dano e o benefício não existe na droga, mas na sua utilização por parte dos vivos. Falar de fármacos bons ou maus era tão insólito para um pagão como falar de amanheceres culpados ou inocentes” (Escohotado, 1998, pp. 20-21).

Esse autor nos esclarece, ainda, que os romanos fumavam maconha em suas reuniões sociais assim como também faziam uso de ópio em seu cotidiano. De forma semelhante aos gregos, não há relatos de problemas no que diz respeito à dependência dessas substâncias. No entanto, havia tanto nos gregos quanto nos romanos uma distinção entre o bom uso e o mau uso do álcool. Para os gregos a embriaguez era tida como uma forma de loucura, levando o sujeito à perda da razão e à solidão, e para os romanos havia a norma de que mulheres e menores de trinta anos não poderiam beber.

É com o advento do cristianismo que ocorre uma mudança na relação entre o homem e as drogas, sendo seu uso proibido a partir de então. Devido à crença de que Deus é o responsável pelos destinos das pessoas, curar ou matar através das substâncias passou a ser considerado pecado, assim como o prazer obtido pelo uso de entorpecentes passa a ser uma prática imoral, já que o sofrimento era um desígnio divino a ser aceito pelas pessoas e não condizia com o prazer obtido com o uso de certas drogas. Da mesma maneira, as cerimônias pagãs em que as pessoas se embriagavam de vinho passam a ser consideradas heresia e, portanto, são proibidas. A inquisição coloca em ação os dogmatismos do cristianismo e manda para a fogueira milhares de pessoas acusadas de bruxaria por utilizarem plantas a fim de produzirem medicamentos ou de recorrerem ao uso de drogas, utilizando esses preceitos cristãos como forma de controle social.

A Idade Moderna traz consigo o modo de produção capitalista, pois com a saída dos feudos para as cidades, surgiu a necessidade de comércio e a circulação de moedas, propagando assim o comércio de diversas substâncias, que passaram a ganhar valor econômico na sociedade. Nessa perspectiva, a importação e a exportação de drogas pelas vias marítimas aconteciam livremente, ocasionando um aumento da demanda e do consumo desses produtos, bem como dos lucros obtidos por eles. Um exemplo do papel das drogas nos interesses comerciais da época pode ser encontrado na comercialização de ópio na China pelos Ingleses. O ópio era produzido e consumido pelos chineses por milênios. Com a chegada dos ingleses, estes passam a comercializar o ópio na China, cultivando-o na Índia e vendendo-o de volta aos chineses e com isso o governo chinês proibiu o seu uso no país. Com a proibição e o conseqüente comércio ilegal que se seguiu, desencadeou-se um consumo desenfreado da droga, causando diversos problemas econômicos, políticos e sociais, culminando em uma guerra entre a China e a Inglaterra, que enriqueceu demasiadamente com essas transações.

Os avanços tecnológicos e científicos que se seguiram em todo o mundo a partir de então propiciaram um domínio cada vez maior do homem sobre a natureza. No século XIX as pesquisas da química contribuía para o avanço da medicina e da farmácia com as descobertas da cocaína, heroína, entre outras, que passaram a ser consumidas livremente devido às suas aplicações medicinais, sendo facilmente encontradas em todas as farmácias.

Ao mesmo tempo, começava a nascer uma sociedade do capitalismo de consumo, que impulsionou o consumo cada vez maior de produtos e a obtenção imediata de prazer, desencadeando mudanças significativas nas relações entre os sujeitos com os objetos comercializados nessa nova lógica de capital. Como conseqüência desses novos fatos, no início do século XX é criado nos Estados Unidos o

“Comitê sobre aquisição do hábito” que culminou com o desenvolvimento de uma política proibicionista para o consumo de opiáceos e cocaína, que passaram a ser considerados, a partir de então, como drogas ilícitas. “Somente muitos anos mais tarde, quando entrou em vigor uma proibição geral, que incluía o álcool e alguns alcalóides psicoativos, o Comitê foi renomeado Comissão de Toxicomania (*Drug Addiction*)” (Escohotado, 1998, p. 556).

O problema da toxicomania ou dependência química surge, de acordo com Naparstek (2008) no momento em que se descobre o fenômeno da abstinência. Ainda segundo o autor, até o momento ainda havia a idéia de que haveria apenas a boa ou a má fé do consumidor ou, como melhor nos diz Escohotado (1998), “o ‘viciado’ no seu sentido atual não existe ainda. No lugar de ‘viciados’ se dizia amadores ou ‘habituaados’” (p. 556). Trata-se do período da guerra civil americana, ocorrida no século XIX em que a morfina é utilizada de forma massiva para curar e diminuir a dor dos feridos da guerra, gerando o fenômeno da abstinência no campo médico.

Historicamente, é nesse momento que se situa o nascimento das toxicomanias. Como nos conta Naparstek (2008), os primeiros registros de hospitais ou centros de assistência sobre episódios de toxicomanias são desta época e as políticas propostas pelos EUA são postas em funcionamento, seguidas por outros países.

A partir de então, as drogas passaram a ser categorizadas entre drogas lícitas e ilícitas, bem como o seu consumo classificado com diferentes nomenclaturas, tais como toxicomania, dependência química, adição, etc., e o tratamento destinado àqueles considerados toxicômanos assume, desde aquela época até os dias atuais, uma conotação repressiva.

Atualmente, o que se constata é que tanto as drogas lícitas como as drogas ilícitas representam um lucro inestimável ao mercado, movimentando enormes quantias

tanto na indústria farmacêutica ou de bebidas, como no mercado ilegal dos produtores e traficantes de drogas. No entanto, é possível ainda observar que os critérios que definem a dependência química variam também de acordo com o tipo de substância que é consumida e a quantidade ingerida, havendo uma distinção entre as drogas mais ou menos viciantes. Do nosso ponto de vista, que se pauta na psicanálise, pretendemos discutir a esse respeito, pois, como nos fala Naparstek (2008): “não vamos descartar o valor da substância, mas, tampouco vamos colocar ênfase nela, [pois] as quantidades e as substâncias não fazem o toxicômano” (p. 19).

Neste capítulo, nossa perspectiva de trabalho recai, a partir da psicanálise, sobre o encontro entre o sujeito e as drogas, procurando analisar o estatuto da droga e do seu consumo na atualidade, bem como as formas de manifestação da toxicomania.

3.2 O recurso às drogas na teoria de Freud

Como já antecipamos no início deste trabalho, nem Freud nem Lacan se dedicaram ao estudo das toxicomanias, mas deram algumas contribuições importantes sobre o assunto que tiveram continuidade nos trabalhos de alguns autores que se seguiram, tanto na teoria quanto na prática clínica. Para tanto, torna-se necessário investigar as considerações tecidas desde o início pelo fundador da psicanálise, Sigmund Freud, para, em seguida, podermos alcançar as teorizações de Lacan e seus seguidores.

Contemporâneo à época em que a cocaína era utilizada como medicamento, no século XIX, Freud, antes de fundar a psicanálise, se interessou pelo produto que era utilizado como tratamento substitutivo em soldados dependentes de morfina e passou a pesquisar os seus efeitos sobre o organismo humano, utilizando-a em si mesmo com frequência e recomendando-a, inclusive, aos seus colegas e à sua futura esposa devido

aos efeitos benéficos da cocaína sobre o corpo, mais especificamente sobre a energia que se obtinha com seu uso.

Os parágrafos seguintes sobre os estudos de Freud acerca da cocaína estão embasados na obra de Cesarotto (1989), que resgata os artigos originais do autor e faz algumas reflexões sobre este período.

Em seu artigo *Sobre os efeitos gerais da cocaína* (1989a), Freud relata os efeitos positivos da cocaína, mais especificamente o aumento da disposição para o trabalho, além de uma euforia sem sinais de depressão. Ele relata, ainda, que a psiquiatria possuía uma grande quantidade de métodos capazes de reduzir uma excitação, mas poucos recursos que pudessem aumentar um funcionamento abaixo do normal e que a cocaína estava sendo usada com sucesso sobre os efeitos gerados pela abstinência de morfina e poderia ser usada, também, no tratamento do alcoolismo.

Em 1887, Freud escreve um artigo denominado *Observações sobre o cocainismo e a cocainofobia* (1989b), no qual comenta as acusações feitas por Erlenmeyer de que a utilização da cocaína para tratar os viciados em morfina teve um uso errado, resultando em uma substituição de uma substância pela outra, causando dependência, denominando-a como “terceira praga da humanidade”. Entretanto, Freud sustenta que essa dependência só se deu devido ao fato de que os morfinômanos já eram tão debilitados que não conseguiam obter ajuda de nenhum estimulante.

No ano de 1897, época de suas correspondências com Fliess, Freud encontra-se com as teorizações deste primeiro acerca da sexualidade, mais especificamente em como a libido (energia sexual) seria uma substância que intoxica o organismo humano, e, a partir de então, avança em seus estudos, propondo que a adição seria uma substituição ao ato sexual. Assim, ele escreve na carta 79, de 22 de dezembro de 1897, que começou a compreender “que a masturbação é o grande hábito, o ‘vício primário’, e

que é somente como sucedâneo e substituto dela que outros vícios – o álcool, a morfina, o tabaco etc. – adquirem existência” (Freud, 1897/1996, p. 323).

A associação da toxicomania e outros atos compulsivos ao auto-erotismo tem continuidade em vários outros artigos de Freud, sempre destacando a relação entre as drogas e a sexualidade. Em *Primeiras publicações psicanalíticas*, no artigo intitulado *A sexualidade na etiologia das neuroses* (1889), ele escreve sobre a influência da falta de satisfação sexual sobre o vício e a recaída:

Nem todos que têm a oportunidade de tomar morfina, cocaína, hidrato de cloral etc. por algum tempo adquirem dessa forma “um vício”. A pesquisa mais minuciosa geralmente mostra que esses narcóticos visam a servir - direta ou indiretamente - de substitutos para uma falta de satisfação sexual; e, sempre que a vida sexual normal não pode mais ser restabelecida, podemos contar, com certeza, com uma recaída do paciente. (Freud, 1889/1996, p. 262)

Nesse mesmo parágrafo é feita uma observação a respeito do tratamento para acabar com o vício. Segundo ele, se o médico se contentar apenas em privar o paciente da substância viciante, o sucesso do tratamento será meramente aparente.

No texto *Os chistes e sua relação com o inconsciente* (1905c/1996), Freud escreve que o mais precioso dom do álcool à humanidade é o seu efeito de gerar uma mudança no estado de espírito. Para ele “sob a influência do álcool, o adulto torna-se outra vez uma criança, tendo de novo o prazer de dispor de seus pensamentos livremente sem observar a compulsão da lógica” (p. 124). Ou seja, pela via tóxica seria possível um alívio das forças inibidoras, produzindo-se assim um prazer advindo da supressão momentânea do desprazer. De fato, Freud refere-se à satisfação tóxica pelo

nome *Unterdrückung*, que significa supressão tóxica¹⁹. Essa supressão está relacionada ao recalque, ocasionando um apagamento do material recalcado.

Em seu texto *Sobre a tendência universal à depreciação na esfera amorosa (contribuições à psicologia do amor II)*, Freud (1912/1996) coloca a teoria de que “o valor psíquico das necessidades eróticas se reduz, tão logo se tornem fáceis suas satisfações [...] a importância psíquica de um instinto [pulsão] cresce em proporção à sua frustração” (p. 193). Quer dizer, quando não há obstáculos, o amor torna-se sem vida, fazendo com que os homens ergam outras barreiras a fim de se satisfazerem. No entanto, neste mesmo parágrafo, Freud questiona se tal lógica poderia ser aplicada no caso do objeto tóxico e constata que enquanto a relação com o objeto amoroso é caracterizada por uma plasticidade, no caso do tóxico ocorre uma fixação no objeto. Segundo ele:

Alguém já ouviu falar de que o beberrão seja obrigado a trocar constantemente de bebida, porque logo enjoa de beber a mesma coisa? Ao contrário, o hábito constantemente reforça o vínculo que prende o homem à espécie de vinho que bebe. Alguém já ouviu falar de um beberrão que precise ir a um país em que o vinho seja mais caro ou em que seja proibido beber, de modo que, erguendo tais obstáculos, ele possa aumentar a satisfação decrescente que obtém? De maneira nenhuma. Se atentarmos para o que dizem os grandes alcoólatras [...] a respeito de sua relação com o vinho, ela aparece como a mais harmoniosa possível, um modelo de casamento feliz. Por que a relação do amante com seu objeto sexual será tão profundamente diferente? (Freud, 1912/1996, p. 193-194)

¹⁹ No Seminário 11, *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, Lacan (1985a) nomeia o *Unterdrückung* freudiano de “passagem por baixo” do material recalcado.

Dessa maneira, ele denomina a relação do bebedor com o vinho de “casamento feliz”, em função da harmonia que existe entre ele e o seu objeto de pulsão, o que vai de encontro ao que ocorre na relação entre o amante e o objeto amoroso. Em outras palavras, podemos dizer que em toda escolha de objeto amoroso não há uma satisfação plena, pois esses objetos serão sempre substitutos do objeto originário, perdido em consequência de um recalque, e por isso haverá sempre uma plasticidade na escolha desses substitutos. Em contrapartida, na escolha do objeto tóxico há uma fidelidade ao produto que faz com que este seja eleito como objeto único, um parceiro exclusivo do sujeito, formando o casamento feliz. No entanto, Ribeiro, C. (2008) coloca em questão o termo “casamento feliz”, pois ao mesmo tempo em que proporciona uma fidelidade e uma satisfação ao seu usuário, a droga também lhe causa sofrimento.

As ferramentas para que possamos compreender tal contradição nos são dadas com a publicação do texto intitulado *Além do princípio do prazer*, de 1920. Neste artigo Freud funda o conceito de pulsão de morte, considerando que o sistema psíquico do ser humano não é governado somente pelo princípio do prazer, que busca a redução das tensões, mas também pela pulsão de morte, que vai em sentido contrário, ou seja, buscando a elevação da tensão. Ribeiro, C. (2008) nos diz que tal concepção da pulsão de morte e sua dialética com a pulsão de vida tem suma importância para o estudo das toxicomanias, pois a droga consegue proporcionar ao sujeito tanto o prazer quanto a elevada tensão ou sensação de morte momentânea.

Em 1930 Freud escreve o texto *O mal-estar na civilização* e nele se detém um pouco mais sobre o uso de drogas. Em sua escrita, defende a idéia de que a inserção do homem na civilização impõe a ele uma série de exigências que precisam ser cumpridas para que se possa viver na cultura. Tais exigências lhe demandam uma série de renúncias e restrições que acabam por gerar um grande dispêndio de prazer, pois

somente com a renúncia de suas pulsões o homem poderia viver de acordo com as exigências morais de uma civilização.

Nesse sentido, para Freud, enquanto o desenvolvimento psíquico individual é regido pelo princípio do prazer, ou seja, busca a satisfação dos desejos e redução da tensão, o desenvolvimento da civilização segue em caminho contrário, cobrando a renúncia das pulsões. Assim, o ser humano paga um preço pela necessidade de se adequar à cultura: o mal-estar e a perda da felicidade. Segundo o próprio Freud, sob a influência do mundo externo, o princípio do prazer se transformou no princípio da realidade. Ele aponta três razões principais para o sofrimento humano: a fragilidade do corpo, a força da natureza frente ao homem e as regras que ajustam os seres humanos em seus relacionamentos familiares e sociais.

Então, para podermos lidar com a vida, que passa a ser “árdua demais para nós; proporciona-nos muitos sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis” (Freud, 1930/1996, p. 83), precisamos recorrer, para suportá-la, ao que ele denominou de “medidas paliativas”, tais como a sublimação dos instintos pela via do trabalho psíquico e intelectual, a criação artística e as descobertas da ciência; a enfermidade neurótica ou a rejeição da realidade que se tem na psicose; o encontro com a religião; os relacionamentos afetivos; e também a intoxicação. A escolha de cada uma dessas medidas paliativas é individual para cada sujeito e ocorre de acordo com a sua constituição psíquica, independente de circunstâncias externas. Contudo, ele aponta que “os métodos mais interessantes de evitar o sofrimento são os que procuram influenciar o nosso próprio organismo” (Freud, 1930/1996, p. 85), ou seja, os que alteram a química do corpo, já que o sofrimento seria uma “sensação”. Nesse sentido, para Freud (1930/1996) “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” (p. 86).

Dessa maneira, Freud (1930/1996) constata o aspecto indispensável que as substâncias tóxicas adquirem na busca do homem em diminuir seu sofrimento, pois funcionariam como um “amortecedor de preocupações”. No entanto, ressalta que a mesma propriedade que a droga possui de amortecer as preocupações pode causar danos, pois “são responsáveis, em certas circunstâncias, pelo desperdício de uma grande quota de energia que poderia ser empregada para o aperfeiçoamento do destino humano” (p. 86).

Nesta mesma obra, Freud faz um paralelo entre a droga e o sintoma, este último podendo funcionar como uma ação substitutiva ao mal-estar, como por exemplo, a fuga, na doença nervosa, que pode ser uma técnica vital de satisfação substitutiva. Da mesma maneira, a intoxicação crônica poderia funcionar como uma saída possível quando o sintoma se tornasse insuficiente em seu papel de resposta ao sujeito. A este respeito, Santiago (2001) comenta: “a prática de uma droga aparece, na elaboração freudiana, como uma técnica de substituição oriunda da insuficiência da satisfação substitutiva do sintoma. [Para Freud a intoxicação crônica poderia funcionar] como uma possível saída da condição insuportável do sintoma para certos sujeitos” (p. 109).

Dessa forma, consideramos que o recurso às drogas poderia funcionar como substituição do sintoma, mas é importante lembrar a provisoriedade desta técnica, pois o próprio Freud, como já mencionamos anteriormente, considerou os efeitos nocivos da intoxicação crônica.

Com essas observações de Freud é possível apreender sua visão sobre o uso de drogas como uma das formas de tratamento ao mal-estar que acompanha a todos os seres humanos. A sua compreensão sobre esta técnica de apaziguamento está pautada

num ponto de vista que retira a substância em si do centro da questão e coloca o sujeito no lugar central. Ou seja, Freud já estabelecia a necessidade de situar o papel que a droga ocupa na economia psíquica de cada sujeito, de modo particular, e os riscos que poderiam surgir a partir daí.

Como comenta Santiago (2001):

É certo que, para ele [Freud], o fenômeno do consumo, abusivo ou não, não determina, por si mesmo, o valor patológico da prática das drogas. O qualificativo de crônico, que ele emprega, não pode ser deduzido da natureza interna do próprio método de intoxicação utilizado pelo toxicômano, mas remete-se, sim, às condições particulares que dão o direito de se falar em valor nocivo e até devastador da solução que a droga perfaz para certos sujeitos. (pp.109-110)

A partir das considerações de Freud partiremos, então, para as considerações lacanianas acerca das toxicomanias a fim de compreender em que aspectos ele pensou esse fenômeno e como suas idéias constituíram o pensamento psicanalítico sobre o tema na atualidade.

3.3 Considerações lacanianas sobre o uso de drogas e seus desdobramentos na atualidade

Apesar de não terem sido muitas as suas referências sobre a temática das toxicomanias, a sua primeira consideração sobre o assunto se deu em 1938, no texto denominado *Os complexos familiares na formação do indivíduo*. Nesse trabalho, Lacan escreve sobre a formação dos complexos familiares, entendidos como elementos organizadores do desenvolvimento psíquico dominados por fatores culturais e essencialmente inconscientes, oriundos da ordem social. Enumera três complexos

existentes no indivíduo: o complexo do desmame, o complexo da intrusão e o complexo de Édipo. Neste trabalho vamos nos deter somente ao complexo do desmame, pois é a partir dele que Lacan pensa as toxicomanias.

O complexo do desmame, “representa a forma primordial da imago materna [e] funda os sentimentos mais arcaicos e mais estáveis que unem o indivíduo à família” (Lacan, 1938/2003, p. 36). Para ele, através do aleitamento a imago materna se prende às profundezas do psiquismo humano e sua sublimação torna-se particularmente difícil. No entanto, afirma: “a imago (...) tem que ser sublimada para que novas relações se introduzam no grupo social e para que novos complexos as integrem no psiquismo” (Lacan, 1938/2003 p. 41). Associa o complexo do desmame ao que Freud denominou de pulsão de morte, pois, para ele, na medida em que resiste à sublimação e a às novas exigências do grupo social, a imago torna-se um fator de morte.

A tendência para a morte gerada pelo desmame é vivida pelo homem como objeto de um apetite, ou seja, para Lacan (1938/2003), essa tendência ocorreria sob formas de suicídios “não-violentos” e de aspecto oral, como a greve de fome na anorexia, o regime de fome nas neuroses gástricas e o envenenamento lento de certas toxicomanias pela boca. Nesse sentido, localiza as toxicomanias como uma forma oral do complexo do desmame que tem como fim o retorno ao período em que o sujeito encontrava-se totalmente fundido à imago materna.

Ao analisarmos tal consideração, nos questionamos se não poderia haver, nessa perspectiva, uma homologia entre o fim da toxicomania e a psicose, posto que esta tentativa de retorno à imago materna corresponde à tentativa de retorno a um período de alienação, anterior à castração, em que o sujeito é invadido pelo gozo do Outro, tal como ocorre na psicose.

Reconhecemos nesse texto que o complexo do desmame revela um primeiro momento de grande prazer para a criança, ainda indiferenciada de sua mãe, e um segundo momento de sofrimento, no momento do abandono da relação fusional, quando há dificuldade no estabelecimento de novas relações com o grupo social – fato observável em alguns casos de toxicomania. Com essas considerações, é possível observar que Lacan relaciona prazer e dor como duas faces de um mesmo fenômeno, mas será com a formulação do conceito de *gozo*, criado por ele próprio a partir dos conceitos freudianos de pulsão de vida e pulsão de morte, que veremos essa interligação de forma mais clara. O conceito de gozo será o marco conceitual da teoria lacaniana que irá nos ajudar a compreender o fenômeno das toxicomanias.

No Seminário 7, *a ética da psicanálise*, Lacan dedica-se a escrever pela primeira vez acerca do gozo, nesta época ainda vinculado somente à vertente mortífera da pulsão de morte²⁰, ou seja, o gozo como sendo algo mortífero que o sujeito procura, afirmando que ele “não procura, forçosamente, um objeto que lhe traga o bem” (Lacan, 1995, p. 131). Tal afirmação, ainda que não tenha sido relacionada ao tema das drogas, tem uma relação importante sobre o recurso ao tóxico como um objeto procurado que não conduz ao bem, sendo de suma importância para pensarmos acerca do fenômeno das toxicomanias.

Ainda no que se refere à questão do gozo, no Seminário 17, *O avesso da psicanálise*, Lacan (1992) traz a discussão do gozo articulado ao discurso da ciência, afirmando que “a característica de nossa ciência não é ter introduzido um melhor e mais amplo conhecimento do mundo, mas sim ter feito surgir no mundo coisas que de forma alguma existiam no plano de nossa percepção” (p. 150). Essas coisas ele denominou de

²⁰ Posteriormente, no seminário 20 e também 23, Lacan irá considerar o gozo como sendo também algo indispensável à própria vida.

gadgets e têm a característica de serem objetos sem utilidade utilizados para divertir os sujeitos.

As drogas como *gadgets* são pensadas, então, como produtos fabricados pela ciência na tentativa ilusória de tamponar a falta constitutiva dos seres humanos, oferecendo um gozo generalizado para todos. No entanto, ainda que o discurso capitalista procure ilusoriamente tamponar a falta do sujeito, ele não consegue se furtar do fato de que para todo sujeito que passou pela experiência do Édipo, há uma lei que determina uma perda primordial de gozo, ficando o sujeito submetido ao falo. A partir de então, o sujeito se livrará da imposição massiva do gozo do Outro e passará a ter acesso ao gozo fálico, o gozo sexual, articulável a partir da entrada do significante no corpo. Diferente do gozo do Outro²¹, gozo pleno e mortífero que se situa antes da entrada da criança na ordem simbólica, o gozo fálico é referido ao Outro como resultado da operação da castração, a partir da qual o sujeito inscreverá sua posição subjetiva na partilha dos sexos e gozará simbolicamente.

Contudo, enquanto o gozo fálico delimita-se na ordem da linguagem e do social, o toxicômano parece estar fora dessas relações, vivenciando uma forma de gozo sem limites, entregue na sua relação com o objeto, um gozo do adicto ou a-dicto, sem dicção, sem palavras. De que ordem então seria o seu gozo?

Lacan, em 1976, profere no “*Journées des cartels de l’École Freudienne de Paris*” que a função da droga é romper o casamento do homem com o falo. Nas palavras dele: “tudo o que permite escapar desse casamento é evidentemente muito bem vindo, donde o sucesso da droga, por exemplo; não há nenhuma outra definição da droga que esta: é o que permite romper o casamento com o pequeno-pipi” (Lacan, 1976, p. 268).

²¹ Como já mencionamos no capítulo anterior, o gozo do Outro é também o gozo do psicótico, já que este não tem acesso ao gozo fálico devido à forclusão do Nome-do-pai.

Nessa mesma ocasião, Lacan afirma que tudo o que permite escapar desse casamento com o gozo fálico é muito bem vindo, pois, segundo ele, o casamento com o falo gera angústia por remeter o sujeito à castração. Nesse sentido, ao romper o matrimônio com o gozo fálico, o sujeito foge dos efeitos da castração, permitindo um gozo desvinculado do falo e da linguagem, semelhante ao gozo da psicose.

A função de ruptura oferecida pela droga se aproximaria de uma tentativa de recuperação do gozo do Outro, ou seja, de acordo com Santiago (2001), supõe-se que “o toxicômano, em seu ato, se ofereça ao gozo do Outro a fim de completá-lo e, assim, evitar o que da falta parece insuportável” (p. 171). Nesse ponto, não deixamos de aproximar, mais uma vez, a tese lacaniana sobre a função da droga com a estrutura psicótica, já que em ambas se evidenciaria a prevalência do gozo do Outro sobre o sujeito.

Laurent (1997) afirma então que a relação entre o toxicômano e a droga “não é uma relação de compromisso, mas sim uma formação de ruptura” (p. 17). Em outras palavras, a passagem pela ordem simbólica põe em funcionamento a função do falo e a passagem pelo Outro sexo. Como já mencionamos no capítulo anterior, a tese de ruptura com o gozo fálico foi utilizada por Lacan primeiramente para se referir à psicose, pela via da forclusão do Nome-do-Pai. Entretanto, no caso da toxicomania, ocorre que a utilização do tóxico pode levar a esta ruptura com o gozo fálico sem haver, no entanto, a forclusão do significante paterno.

A toxicomania revelaria, então, a existência de um gozo desvinculado do Outro e da linguagem, que não contempla a relação sexual. Ou seja, com o consumo que se solta da função paterna o sujeito é levado a soltar-se do Outro. Nesse sentido, o sujeito toxicômano busca, através da droga, uma satisfação *auto-erótica*, que desconsidera o Outro sexo. Como nos diz García (2008):

A relação do sujeito ao tóxico está ligada mais ao sujeito do gozo do que ao sujeito da palavra, promovendo o gozo que se situa mais além do princípio do prazer, ligado a um excesso, a uma exacerbação da satisfação que conflui com a pulsão de morte; neste sentido tóxico a pulsão têm em comum a anulação do Outro dando acesso a um gozo auto-erótico que não passa pelo Outro nem pelo gozo fálico. (p. 76)

Sobre a utilização do gozo denominado auto-erótico na toxicomania, alguns autores como Santiago (2001) e Naparstek (2008) ressaltam que esse modo de satisfação é semelhante ao gozo auto-erótico que se alcança na masturbação, ou seja, um gozo no próprio corpo. Ocorre que o ato masturbatório, ainda que passe somente pelo próprio corpo, é um gozo sexual, pois utiliza o falo por intermédio da fantasia, e por isso, mantém o casamento com o “pequeno pipi”. Na toxicomania, embora exista a estratégia da satisfação auto-erótica tal qual na masturbação, não há a busca do Outro sexo, ou de um corpo semelhante ao seu (homossexualismo) ou mesmo do próprio corpo, há apenas o gozo fora do registro fálico, uma espécie de gozo cínico²².

A significação fálica é o que possibilita ao sujeito uma procura incessante de objetos que possam satisfazer a sua pulsão, numa multiplicidade constante, já que nenhum desses objetos responderá à sua falta. Contrariamente a isso, a droga na toxicomania explica a afirmação lacaniana de rompimento com o gozo fálico, pois se fixa como objeto único do toxicômano. Ao mesmo tempo, a lógica de mercado capitalista caracteriza-se por uma oferta infinita de *gadgets* que são constantemente consumidos e trocados por outros. Nesse sentido, as drogas, enquanto produtos fabricados pela ciência e pertencentes ao modo de vida capitalista, seguem a sua lógica

²² Os cínicos eram os representantes de uma escola filosófica da Grécia antiga cuja doutrina consistia em “viver em sociedade consigo mesmo” e desprezar tudo o que fosse convenção. O bem-estar, as riquezas e as honras não lhe interessavam” (Marias, 2004, pp. 98-99).

por remeterem ao excesso de consumo e de gozo, mas caminham na contramão quando a sua forma de uso sai de controle, como no caso da toxicomania, que desdenha as normas sociais.

Salamone (2008) e Naparstek (2010) comentam que existe uma diferença entre o uso anterior e o uso contemporâneo das drogas, afirmando que o consumo nas épocas antigas, fosse ele medicinal, ideológico, religioso ou festivo, era articulado simbolicamente à função paterna. A droga, em si, não era o objeto central, mas sim seu efeito subjetivo dentro de um ritual normatizado com códigos estabelecidos. Atualmente, grande parte do consumo não inclui a dimensão simbólica, mas procura um modo de satisfação que faz da droga um objeto exclusivo de gozo que substitui o parceiro amoroso e encerra o sujeito num modo de prazer fixo e repetitivo.

A leitura psicanalítica aponta que a contemporaneidade traz consigo uma série de “novos sintomas” característicos dos tempos atuais e que são diferentes do que eram nos tempos de Freud. Alguns autores enquadram as toxicomanias e o uso de drogas nessas novas formas de sintoma, dependendo de como se emprega este último termo. Para Naparstek (2010), assim como nos tempos atuais nós vemos caírem os ideais, a autoridade e, por fim, o Nome-do-Pai, também vemos uma mudança em relação aos sintomas, havendo uma diferença entre os sintomas de ontem e os sintomas de hoje. Segundo este autor, se antes o sentido fazia do sintoma uma formação do inconsciente, na medida em que Freud nos mostra que sintoma é pleno de sentido e passível de decifração, “na atualidade já não existe o sintoma com sentido, que fala, que diz algo. É um sintoma sem sentido” (Naparstek, 2010, p. 25).

Nessa direção, o modo de vida contemporâneo, marcado pelo discurso capitalista que tenta excluir a falta dos sujeitos com os seus *gadgets* e pelo discurso da ciência que pulveriza saberes especializados a fim de encontrar a verdade absoluta,

esvazia os sujeitos de sentidos e assim passamos a ver manifestações sintomáticas diferentes das que existiam antes, nos tempos de Freud, são os novos sintomas. Estes novos sintomas representam uma civilização que busca o prazer acima de tudo, das dependências e adições, do individualismo e do corpo fragmentado, como podemos observar nas toxicomanias, anorexias, etc.

A partir da perspectiva da droga como uma nova forma de sintoma, levamos em consideração que cada vez mais na prática clínica nos deparamos com sujeitos toxicômanos de diferentes estruturas clínicas. Neste trabalho, nós consideramos que a toxicomania revela-se como um fenômeno *transestrutural*, ou seja, que pode aparecer em qualquer uma das três estruturas clínicas propostas pela psicanálise, e concordamos com a afirmação de Naparstek (2008) quando ele diz que a droga é articulada na estrutura do sujeito e pode cumprir múltiplas funções, seja ele neurótico, psicótico ou perverso. Dessa maneira, parte-se da idéia que há sujeito toxicômano de qualquer estrutura clínica e é preciso situar a função que a droga cumpre em cada um, pois esta pode variar.

Neste trabalho nos questionamos acerca da função que a droga pode desempenhar na estrutura psicótica, já que nessa estrutura a ruptura com o gozo fálico já está dada a priori, como vimos. Assim, o consumo da droga na psicose teria uma função diferente da que tem na neurose. Nas palavras de Naparstek (2008):

Fundamentalmente, devemos revisar se a tese lacaniana da ruptura pode ser utilizada no caso da psicose. A clínica mostra que existem múltiplos usos e em alguns poderia ser uma suplência para a ausência do Nome-do-Pai. (Naparstek, 2008, p. 61)

O autor, entretanto, afirma que é preciso delimitar o que ele denomina de suplência nesse caso, deixando proposta a questão para uma discussão futura. Para nós,

nesse trabalho, vamos discutir mais adiante a possibilidade de aproximar o uso de drogas com a suplência, baseados na delimitação deste último termo, feita no segundo capítulo.

Ao considerarmos os pontos levantados até o momento vemos que a toxicomania é reconhecida como uma nova forma de sintoma. Ao pensarmos na estrutura psicótica, em que a tese de ruptura com o gozo fálico não pode ser aplicada, nos questionamos se a droga poderia funcionar como uma das formas de amarração (que podem ser estabilização, suplência ou *sinthoma*) dos registros Real, Simbólico e Imaginário, pois, como já discutimos no capítulo anterior, o ponto de amarração desses três registros pode ser tanto o Nome-do-Pai quanto uma invenção que seja capaz de atar esses registros.

Lembramo-nos que em muitos casos é possível constatar o papel de desencadeamento das atividades alucinatórias e delirantes surgidos com a abstinência das drogas, fato este que faz com que Beneti (1998) sugira a toxicomania como suplência para os casos não desencadeados da psicose, numa espécie de “auto-prevenção” do delírio (p. 219).

Por outro lado, nos casos das psicoses já desencadeadas, quais funções poderiam as drogas desempenhar? Elas poderiam funcionar como tentativa de fazer laço social? Como moderadores do gozo que invade o psicótico? Ou como potencializadores desse mesmo gozo?

Sabemos, de antemão, que autores contemporâneos como Beneti (1998), Conte (2003), Le Poulichet (2005), Maleval (2001), Martins (2009), etc. apontam diversas e até mesmo divergentes saídas para tais questionamentos, que serão abordados no capítulo seguinte.

4. INTERFACES ENTRE PSICOSE E TOXICOMANIAS: FUNÇÕES DO USO DE DROGAS PARA A PSICOSE

Para quem sofre é uma alegria esquecer o seu sofrimento. Alegria inebriante e esquecimento de si mesmo me pareceu um dia o mundo.

Nietzsche - Assim falou Zarathustra

No capítulo anterior, discutimos o fenômeno da toxicomania sob a ótica psicanalítica, abordando as teses freudiana e lacaniana sobre o papel desempenhado pelo tóxico na economia psíquica dos sujeitos. Nessa discussão, ficou clara a função que a droga pode desempenhar, de ruptura com o gozo fálico no caso da neurose, e que, no caso da psicose, é preciso rever essa tese, dada a forclusão do Nome-do-Pai, própria dessa estrutura. Isto é, se na neurose a droga proporciona uma ruptura com o gozo fálico, para o sujeito psicótico, que não teve acesso à castração, o uso de drogas pode ter um significado diverso, já que a ruptura com o gozo fálico é dada a priori.

Em nossa revisão de literatura, encontramos algumas vertentes teóricas que se dedicam a investigar a função da droga na psicose. Tais vertentes dividem-se, mais precisamente, em três eixos principais: o primeiro eixo pensa o uso da droga como suplência à forclusão do Nome-do-Pai; o segundo eixo pensa o uso da droga como solução estabilizadora para a psicose; e o terceiro eixo reconhece o uso de droga como facilitadora de uma irrupção de gozo em excesso. Pretendemos, a partir de agora, nos debruçar sobre tais modos de se conceber o uso de drogas na psicose, referenciados aos principais autores que discutem o assunto. Tal discussão tem o propósito de atingir o objetivo geral desta pesquisa, que é o de discutir, a partir de um caso clínico e à luz da psicanálise, quais os diferentes modos de recurso às drogas feito pelo sujeito de

estrutura psicótica e quais seriam as particularidades dessa articulação. Passemos à discussão de nossas proposições.

4.1 O uso de drogas como Suplência

Antes de adentrarmos na discussão acerca da droga enquanto suplência na psicose, é importante relembrar a teoria lacaniana acerca das suplências que já foi contemplada no segundo capítulo. Vimos que no início de suas formulações, Lacan considerava as psicoses como determinadas pela ausência do significante mestre, o Nome-do-Pai, que as diferenciava das neuroses. Tal concepção suscitava a ideia de que na psicose existia um déficit, e que a tentativa de preencher essa falta ocorria pela via da metáfora delirante. Com o avanço de suas teorizações, em meados da década de 70, Lacan faz uma virada conceitual ao estabelecer a teoria dos nós borromeanos e a pluralização dos Nomes-do-Pai, a partir da qual os três registros (Real, Simbólico e Imaginário) estariam soltos e seria preciso uma suplência para atá-los, sendo o Nome-do-Pai apenas uma das possibilidades de amarração dentre tantas outras.

Nessa perspectiva, Guerra (2007), propõe que a perda de realidade inerente à psicose pode ser compensada não só pelas suplências, mas também por soluções estabilizadoras e pelo *sinthoma*. As soluções estabilizadoras seriam meios de estabilização menos eficazes, enquanto as suplências se caracterizariam por serem mais firmes do que estas últimas por atarem os registros que se encontram soltos. Já o *sinthoma* seria uma suplência específica no ponto em que o nó foi rompido. Nessa perspectiva, propomos que o uso de drogas pode atuar como alguma dessas formas de compensação e discutiremos sobre como isso se daria.

Em seu texto intitulado *Toxicomania e Suplência*, Beneti (1998) parte da constatação cotidiana de que “muitos dos chamados toxicômanos são, na verdade,

sujeitos psicóticos, que na ausência da droga (na abstinência decorrente dos efeitos da experiência sustentada pela palavra na cura) apresentam produções delirantes” (p. 219). Baseado em tal constatação, esse autor levanta a hipótese de que o consumo regular de drogas poderia estar funcionando como uma “suplência química” para alguns psicóticos, impedindo o desencadeamento do delírio. Em nosso trabalho, levantamos a possibilidade da função de suplência ser possível também nos casos de psicoses já desencadeadas, funcionando como um modo de amarração para alguns sujeitos através de um uso regulado de drogas.

Apesar de considerarmos possível que o uso de drogas funcione como uma suplência para alguns sujeitos é preciso esclarecer que, para alguns autores, parece haver uma associação entre as suplências e o *sinthoma*, como veremos. É importante advertir que não assumimos tal posicionamento neste trabalho, pois, como já dissemos anteriormente, baseados em Guerra (2007), consideramos que existem diferenças entre esses termos. No entanto, para embasarmos nosso ponto de vista, vamos trazer as elaborações desses autores.

Le Poulichet (2005) faz distinção entre duas modalidades de toxicomanias: a primeira, denominada pela autora de toxicomania de suplemento, compreende a uma suspensão dos conflitos psíquicos e seria associada à neurose; e a segunda seria a toxicomania de suplência, a qual teria por função tentar conservar o corpo do sujeito contra a invasão do gozo do Outro. A toxicomania de suplência estaria associada ao campo das psicoses.

Segundo essa autora, as toxicomanias de suplência se caracterizariam por uma tentativa de constituir uma borda através da qual se possa fechar algo do corpo e proteger o sujeito contra a invasão do gozo do Outro. Para ela, muitos pacientes com os quais se encontrou estavam remetidos como oferendas ao Outro primordial e a

toxicomania se estabeleceu desde a adolescência como uma tentativa de neutralização dos efeitos ocasionados por essa posição.

Conte (2000) corrobora com a tese de Le Poulichet (2005) e afirma:

Formulo a hipótese que pela caracterização das toxicomanias de suplência, 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. (p. 167)

De acordo com a autora, nos casos em que a tóxico funciona como amarração *sinthomática* é preciso ter cuidado ao intervir com o paciente para que a sua suplência não se dissolva antes que algo se articule em seu lugar.

Para Martins (2009), o uso de droga não corresponde a uma suplência, pois se trata de um “recurso frágil que pode lançar o sujeito a uma experiência de invasão de gozo, de recrudescimento das manifestações alucinatórias” (p. 136) e que não consegue dar consistência ao nó borromeano, funcionando apenas como uma “compensação” ou “estabilização” da psicose, não sendo considerada, portanto, enquanto um modo de fazer suplência à forclusão do Nome-do-Pai.

Ainda para a autora, o uso de drogas, apesar de poder funcionar como um modo de estabilização e moderação de gozo, não pode ser considerado como uma modalidade de suplência. Em suas palavras: “A função do *sinthoma* de conferir diferença ao nó, permitindo identificar cada uma das consistências dos três registros, não nos parece ser compatível com o que sujeito empreende no consumo de drogas”. (p. 42). Para ela:

(...) o recurso à droga não corresponde a uma suplência *sinthomática*, na medida em que não vemos como o consumo de uma droga possa cumprir a função dessa ação suplementar que vem dar consistência ao nó

borromeano. A função do *sinthoma* de conferir diferença ao nó, permitindo identificar cada uma das consistências dos três registros não nos parece ser compatível com o que sujeito empreende no consumo de drogas (p. 217).

Vemos, portanto, que para as autoras citadas acima, parece haver uma associação entre suplência e *sinthoma*. Para Conte (2000) o uso de drogas pode se constituir enquanto um *sinthoma*, enquanto para Martins (2009) o uso de drogas não se constitui enquanto suplência (associada ao *sinthoma*) por se caracterizar como recurso frágil, insuficiente para dar consistência ao nó borromeano. Entretanto, esta mesma autora, ao falar sobre a metáfora delirante, afirma que as suplências podem também ter as suas fragilidades:

Ainda que possamos atribuir à metáfora delirante o estatuto de uma modalidade de suplência, esta parece insuficiente na tarefa de constituição de um quarto elo. A fragilidade da metáfora delirante, decorrente da impossibilidade de amarrar os três registros, pode confrontar o sujeito com a manifestação de novos surtos (Martins, 2009, p. 149).

Considerando, a partir das observações acima, que a metáfora delirante pode assumir estatuto de uma suplência, ainda que frágil, nos questionamos se o uso de drogas também não pode ser empreendido, em alguns casos, como uma modalidade de suplência. Lembramos mais uma vez que neste trabalho não associamos os termos suplência e *sinthoma*, por acreditarmos que existem diferenças entre estes. No entanto, acreditamos que o uso de drogas poderia funcionar como um modo de suplência em alguns casos não desencadeados, adiando o aparecimento do delírio, como observamos

em sujeitos que tem a sua psicose desencadeada após a interrupção do uso de substâncias.

Nesses casos, de acordo com Beneti (1998), o uso de droga estaria funcionando como uma espécie de “auto prevenção” do delírio, “ao nível de uma suplência estabilizadora, mesmo que mortífera para o indivíduo” (p. 219). Para este autor, a toxicomania como suplência ocorreria nos casos não desencadeados, enquanto que nos casos já desencadeados funcionaria como moderadora de gozo. Em nosso trabalho, levantamos a possibilidade da função de suplência ser possível também nos casos de psicoses já desencadeadas, funcionando como um modo de amarração através de um uso regulado de drogas. Da mesma forma, nos interrogamos ainda sobre a possibilidade desse uso funcionar como um *sinthoma* para alguns sujeitos. Ainda que concordemos que seja mais difícil que o uso de drogas cumpra função tão específica e delicada como a do *sinthoma*, não podemos desconsiderar que este último se trata de uma invenção singular e, por isso, pode ser algo inédito.

Castanet e De Georges (2009) mencionam casos frequentes de sujeitos que após anos ou décadas de consumo de drogas tiveram o primeiro surto, com a presença de fenômenos psicóticos, quando submetidos a tratamentos contra o uso de droga. Para estes autores, esses sujeitos permaneceram assintomáticos em todo o seu período de toxicomania por três razões: 1) os efeitos ansiolíticos e neurolépticos da substância; 2) o tamponamento da divisão subjetiva provocado pelo entorpecimento; e 3) a “solução identificatória” proporcionada pela droga.

Tais considerações são discutidas por Maleval (2001), que reconhece os efeitos próprios de cada droga, acrescentando que os medicamentos neurolépticos, muito utilizados nos tratamentos de psicose, possuem essa função de apaziguamento dos fenômenos típicos dessa estrutura e que algumas drogas produzem esses mesmos

efeitos, o que pode adiar o aparecimento do surto. Sobre a hipótese de tamponamento da divisão subjetiva, acreditamos que o uso de droga pode funcionar como uma espécie de amortecedor das questões subjetivas próprias da psicose e, após a retirada da substância, o sujeito se depararia com essas questões, deflagrando o surto e, por, fim, a droga enquanto solução identificatória é entendida como um dos modos de estabilização da psicose, a qual vamos discutir mais adiante.

Desse modo, além de cumprir a função de suplência, muitas vezes o uso de drogas pode funcionar também como uma solução estabilizadora, que não funciona como um recurso eficaz de amarração do nó, mas opera tentando apaziguar o gozo e se dá de diferentes formas.

4.2 O uso de drogas como solução estabilizadora

Muitos dos autores pesquisados que se dedicam a investigar o tema do uso de droga na psicose, tais como Maleval (2001), Zaffore (2008), Naparstek e Galante (2008), Martins (2009), entre outros, reconhecem o papel da droga em sua função de estabilização e apaziguamento dos fenômenos psicóticos.

Zaffore (2008) afirma que muitos psicóticos consomem substâncias como forma de restituir a ruptura existente nessa estrutura, que é dada de antemão, através de um enlace com o Outro. Naparstek e Galante (2008) complementam esta tese afirmando que diante da invasão de gozo vivenciada pelo sujeito psicótico e, não havendo recursos simbólicos para se encontrar com tais fenômenos, o sujeito acaba por recorrer a um tratamento do real pelo real através da ingestão do tóxico, ou pelo imaginário, pela via de uma identificação através do “eu sou viciado”.

Laurent (1997) faz algumas considerações sobre a identificação que alguns psicóticos fazem com a droga, mencionando casos de psicose nos quais se observa o uso

da droga vinculado a uma determinada substância e com certo um limite, diferenciando-se do uso descontrolado que alguns toxicômanos fazem de uma ou de várias drogas. Para este autor, o gozo nestes casos está perfeitamente controlado, porque eles querem algo preciso na droga, enquanto que a maior parte dos toxicômanos não quer nada preciso, variando o seu consumo. Laurent então aproxima os psicóticos que fazem um uso preciso de droga com as monomanias de Esquirol.

Esquirol, psiquiatra discípulo de Pinel, utilizou o termo monomania para descrever as afecções mentais que se restringiam a um aspecto circunscrito da vida do sujeito, ou seja, fora desse delírio considerado parcial, não haveria nada de incomum nesse indivíduo. Sobre as monomanias, Naparstek e Galante (2008) explicam que:

As monomanias são nomeadas como uma espécie de loucura na qual o delírio é parcial, permanentemente, alegre ou triste. [...] Ao contrário da mania, definida tanto como delírio geral com exaltação da sensibilidade e das faculdades mentais, as monomanias se distinguem pela possessão de uma ideia exclusiva junto com uma paixão expansiva. (p. 46)

Nesse sentido, a monomania se caracterizaria como uma mania limitada a determinada substância. Ainda para estes autores, localizar o gozo permite apaziguá-lo e por isso, a identificação a uma droga enquanto significante pode funcionar produzindo um enganche pela via do consumo, como ocorre nos casos em que o sujeito chega à instituição de tratamento se nomeando: “sou toxicômano”. Interrogamos se essa modalidade de uso delimitado, semelhante às monomanias, pode também se aproximar, em alguns casos, ao *sinthoma*, através do uso preciso. Tal questionamento nos abre, mais uma vez, a possibilidade de que algumas formas de uso que se faz da droga possa se configurar como um *sinthoma* para determinados sujeitos.

Para Martins (2009), o recurso às drogas se articula com algumas modalidades de estabilização da psicose, dentre elas: a compensação imaginária, a passagem ao ato²³, a moderação de gozo e o delírio. Estes modos de estabilização se associam ao recurso à droga de acordo com as particularidades dos casos.

A compensação imaginária se articula com a hipótese que estamos discutindo de solução identificatória, como modo de fazer enganche com o Outro. Para a autora, a droga enquanto objeto presente nas relações sociais da contemporaneidade pode ser considerada enquanto um objeto que serve de trampolim para uma identificação compensatória. Nas suas palavras, a compensação imaginária “comparece articulada à identificação imaginária que se estabelece em torno do objeto droga e do significante que a nomeia, na relação entre o sujeito e aqueles com quem compartilha o uso” (Martins, 2009, p. 137).

A esse respeito podemos pensar nos casos de indivíduos que usam a droga como forma de se inserirem em um grupo social de pessoas que consomem drogas, fazendo do consumo uma forma de enlaçar-se com o Outro. Laurent (1997) cita o caso de um rapaz paranóide inserido no circuito do tráfico de drogas que se sentia constantemente perseguido, o que de fato acontecia, pois era investigado pela polícia havia alguns anos. A lembrança que esse sujeito possuía do pai, morto quando ele ainda era jovem, era de vê-lo rodeado por um pó branco, oriundo das máquinas de triturar papel com as quais trabalhava cotidianamente em uma gráfica. Assim como seu pai, o jovem vivia rodeado de um pó branco, a cocaína, que representava a inserção do significante no real, como forma de gozo.

²³ A passagem ao ato, segundo Roudinesco (1998), “é um ‘agir inconsciente’, de um ato não simbolizável pelo o qual o sujeito descamba para uma situação de ruptura integral, de alienação radical” (p. 6). As passagens ao ato dizem respeito a ações de agressão contra o próprio corpo ou ao corpo do outro, suicídio, etc.

Outro exemplo, citado por Naparstek e Galante (2008), conta a história de uma mulher que passa a usar cocaína a convite de seu companheiro, para tratar a sua dor de dente. A partir de então, toda vez que ele lhe convida, ela consome a droga. Se ele não consome, ela tampouco usa. Essa mulher não demonstra nenhum apego à substância, nem efeitos no corpo, parece não gostar nem desgostar da droga, remetendo todas as perguntas sobre o uso ao seu parceiro. Os autores comentam que, nesse caso, o parceiro e a droga tiveram a função de enlaçá-la, já que nem a relação com os pais e com os filhos haviam conseguido mantê-la enganchada em um laço.

Segundo Zaffore (2008), podemos considerar que, nestes casos, o uso da droga não tem intenção de sair do campo do Outro, como acontece na neurose, mas ao contrário, tem a intenção de restituir o lugar do Outro, da realidade.

Para Maleval (2001), para conseguir a droga, o sujeito precisa buscá-la onde ele sabe que irá consegui-la, o que incita a certos toxicômanos a se inscreverem em um laço social. No entanto, ainda para este autor, “mesmo quando as identificações imaginárias possam servir de suporte para uma estabilização, elas não deixam de ser lábeis, instáveis e sujeitas ao azar” (s/p). Isto é, a compensação imaginária enquanto um modo de estabilização, não se configura como uma solução sólida para a psicose e, por isso, pode falhar.

Sobre isso, Naparstek e Galante (2008) afirmam que a droga funciona como um precário enganche ao Outro, que pode deixar o sujeito no limite de uma passagem ao ato. Como já mencionado, as passagens ao ato são atentados ao próprio corpo ou ao corpo do outro que possuem a função de reduzir a angústia. Como o psicótico carece de recursos simbólicos para lidar com sua angústia, ele recorre ao real do próprio corpo para tentar amenizá-la. Segundo Calazans e Bastos (2010), por se tratar de um ato no qual o discurso como laço social está ausente, a passagem ao ato costuma ser ruidosa,

isto é, gerar consequências perigosas a si ou ao outro, como nos casos de crimes imotivados, mas permite a pacificação do sujeito e até a sua estabilização.

Para Martins (2009), a passagem ao ato pode também se configurar como uma forma de moderação de gozo. Esta autora afirma que em alguns casos de uso de droga na psicose, a substância encontra-se em segundo plano, pois o que realmente faz efeito é a perfuração do corpo. Segundo ela, “é pela via das perfurações, dos golpes ao corpo, que se evidencia a tentativa de extrair um objeto que venha condensar o gozo que se manifesta de forma deslocalizada, invadindo o corpo do sujeito” (p. 165).

Para ilustrar essa hipótese, a autora cita casos em que, mesmo após a interrupção do uso da droga, alguns sujeitos mantinham o hábito de se perfurar com a seringa vazia ou de retirar o sangue com a seringa, num constante ato de perfurar o corpo. Já García (2008) cita o caso de uma mulher que usa drogas para lidar com sua angústia e que, não podendo se drogar por estar internada, recorre aos cortes no próprio corpo para tentar aplacá-la.

Temos, portanto, muitos casos de toxicômanos em que o consumo se configura muito mais como uma passagem ao ato, na forma de um atentado, invasão ou perfuração ao próprio corpo como forma de circunscrição de gozo. Nesses casos, nos questionamos se tal prática poderia facilitar o acontecimento de uma overdose, já que o sujeito consome a substância como um tratamento no real do corpo para lidar com o seu mal-estar e, com isso, pode injetar a droga muitas vezes devido às inúmeras perfurações que faz em si.

Outro modo de operação da droga enquanto método de estabilização para a psicose, ainda de acordo com Martins (2009), diz respeito à moderação de gozo. Nesse modo de operação, a droga funcionaria ajudando a aliviar ou silenciar as alucinações verbais e também apaziguar as experiências de fragmentação corporal vivenciadas pelo

psicótico. Naparstek e Galante (2008) descrevem o caso de um adolescente que fazia uso de álcool, maconha, xarope e colírios que injetava no nariz, aos quais recorria em momentos de delírios, alucinações e de mal-estar ligado ao corpo, dizendo: “Estou mal... meu corpo está se desfazendo, apodrecendo-se, estou frouxo, usei o colírio para dar energia ao meu corpo, para terminar com essa frouxidão, com esse corpo acabado, velho, frouxo, esse corpo que não me obedece, sem forças” (p. 48).

Sobre a experiência do corpo despedaçado na psicose, esta se dá devido à carência de um significante organizador que dê unidade ao seu corpo. Em seu Seminário 3, sobre as Psicoses, Lacan (1998) explica que nas psicoses, o corpo não se torna unificado, pois está remetido ao outro (minúsculo) especular, similar:

É que o eu humano é o outro, e que no começo o sujeito está mais próximo da forma do outro do que do surgimento de sua própria tendência. Ele é originariamente coleção incoerente de desejos – aí está o verdadeiro sentido da expressão *corpo espedaçado* – e a primeira síntese do *ego* é essencialmente *alter ego*, ela é alienada. O sujeito humano desejante se constitui em torno de um centro que é o outro na medida em que ele lhe dá a sua unidade, e o primeiro acesso que ele tem do objeto, é o objeto enquanto objeto do desejo do outro. (p. 52)

Devido à ausência do significante paterno que possibilite a separação, operando como um terceiro na relação, o corpo do sujeito não se constitui como unificado, nem se torna simbolizável. Goidanich (2003) explica que o processo de simbolização é o que permite a passagem de uma relação dual, imaginária, com o pequeno outro, que é similar ao sujeito, para uma relação mediada por um terceiro, simbólico: o grande Outro. Essa operação não ocorre na psicose, impedindo a separação e dando a sensação de um corpo fragmentado. Dessa forma, Naparstek e Galante (2008) afirmam que

alguns psicóticos fazem uso da droga como tentativa de diminuir a experiência de fragmentação corporal.

Identificamos o uso da droga operando como moderador de gozo no caso de Eduardo, quando os episódios de irrupção de fenômenos psicóticos surgem após períodos de abstinência. Parece-nos que a ausência da droga desencadeia uma série de sintomas que são para Eduardo insuportáveis, o levando a um consumo descontrolado e que culmina em seu pedido para ser internado.

Desse modo, acreditamos que o consumo moderado de substâncias faz com que Eduardo se mantenha de certa forma amenizado em sua psicose, mantendo algum tipo de moderação de suas vivências alucinatórias. Entretanto, quando se encontrava abstinente, seus sintomas, não mais apaziguados pelos efeitos das drogas, ganhavam força e o levavam a fazer, por fim, um consumo desenfreado que liberava uma série de fenômenos sobre os quais ele perdia o controle, até que, por intervenção do Outro, sob a figura do hospital psiquiátrico e das medicações, seu controle era restabelecido e ele retornava, aos poucos, ao consumo moderado e ocasional.

O consumo ocasional do álcool e de algumas drogas permitia que Eduardo mantivesse, de algum modo, a sua rotina, tanto em casa quanto no CAPS II, participando de suas atividades cotidianas e tentando construir saídas através da participação nas oficinas que mais gostava e sempre se mostrando gentil e implicado dentro do serviço. Contudo, tal recurso não se constituía, a nosso ver, como uma suplência para esse sujeito, já que ele parecia não se estabilizar, mesmo com o uso regular, demonstrando sofrimento e oscilando entre a apatia, a abstinência e o uso descontrolado. Portanto, apesar de moderar o gozo de Eduardo, mantendo-o, por certo tempo, implicado em suas atividades, o uso de drogas não era capaz de se constituir

como um recurso eficaz de estabilização a ponto de se tornar uma suplência estabilizadora, nem muito menos um *sinthoma*.

No que diz respeito à associação da droga ao delírio como modo de estabilização, relembremos a teoria freudiana acerca do delírio enquanto tentativa de cura para o psicótico e tomamos a tese de Martins (2009) de que o uso de drogas pode estar a serviço de um delírio, fazendo com que a tentativa de cura se enganche através do consumo. A autora resgata a ideia de delírio parcial, que corresponde a uma construção delirante que não toma completamente a vida do sujeito, restringindo-se a aspectos delimitados. É possível fazer uma aproximação do delírio parcial como as monomanias, na medida em que estas últimas também se delimitam a um objeto específico, como já foi discutido.

Ao associar o uso de drogas ao delírio, a autora defende que o consumo de drogas pode estar a serviço de uma tentativa de cura, podendo se enquadrar em um imperativo delirante que determina que o sujeito consuma certas substâncias. Le Poulichet (2005) cita como exemplo casos em que o consumo de droga surge como para obedecer a uma ordem divina, como imperativo de um gozo do Outro. Outro exemplo citado pela mesma autora refere-se a um caso de uma jovem que vivia sob a sombra de sua mãe e dizia ser “uma pequena coisa desgarrada” em que droga se constituía como um processo de sobrevivência. Ela só poderia “sair parcialmente deste abraço mortífero se fosse para fora, para a ‘luta’, jogar sua sobrevivência e buscar o pó para deter o apodrecimento do seu corpo” (Le Poulichet, 2005, p. 125). Nesse modo de operação, a droga entra no delírio desta jovem como uma técnica de sobrevivência que permite evitar que seu corpo apodreça.

Abordamos até agora o uso de drogas operando como método de suplência, ainda que frágil, e também como solução estabilizadora. Além de estabilizar e moderar

o gozo, o uso de droga pode ainda ter uma função diversa, diferente dessas já discutidas, que é a de liberação de gozo, propiciando ao sujeito o encontro com os fenômenos psicóticos de forma intensa.

4.3 O uso de drogas como liberação de gozo

Para alguns sujeitos, o consumo de substâncias proporciona o surgimento de vivências alucinatórias, nas quais eles ouvem vozes, veem vultos ou apresentam sentimentos de perseguição e de angústia. É importante ressaltar a delicadeza desses casos, devido ao fato de que, como nos afirma Lisita (2010), a própria droga gera no sujeito de qualquer estrutura, tanto durante o uso quanto no período de abstinência, alterações sensoriais, físicas e mentais que se assemelham a um surto psicótico, sem que, nem sempre, se trate de uma psicose. Portanto, em um primeiro momento, os efeitos gerados pela droga podem ser problemáticos para a definição de um diagnóstico estrutural, sendo necessária uma investigação mais detalhada sobre a função que a droga desempenha em cada caso. De todo modo, nos casos de psicose, também há a presença desses fenômenos, mas estes não se reduzem aos efeitos tóxicos das substâncias, e sim são fruto da própria estrutura, que podem ser exacerbados pelo uso da droga.

Em outros casos, é comum tomarmos conhecimento de sujeitos que apresentaram o primeiro surto psicótico após o início do uso de substâncias, casos estes em que podemos observar a droga funcionando como liberadora de um gozo em excesso, tanto no momento do desencadeamento, quanto nos casos de psicoses já desencadeadas.

A respeito da função da droga na conjuntura do desencadeamento da psicose, Lacan (1998/1951), faz uma referência ao tema em seu artigo *Introdução teórica às funções da psicanálise em criminologia*. Comentando a utilização da narcose e da

tortura enquanto métodos de se obter informações sigilosas nos interrogatórios dos criminosos, afirma:

Não busquemos a realidade do crime, portanto, nem tampouco a do criminoso, por meio da narcose. Os vaticínios que ela provoca, desnorteantes para o investigador, são perigosos para o sujeito, que, por menos que participe de uma estrutura psicótica, pode encontrar nela o “momento fecundo” de um delírio. (Lacan, 1951/1998, p. 146)

É preciso destacar, entretanto, que apesar do papel do tóxico enquanto “momento fecundo” do desencadeamento da psicose, a este não pode ser atribuído um papel determinante, mas sim coadjuvante no desencadeamento. Como já discutimos no segundo capítulo, o desencadeamento da psicose se dá no momento do encontro com Um-pai que surge em lugar de terceiro para o sujeito. Nesse sentido, o papel da droga na cena do desencadeamento funciona na medida em que pode colocar o sujeito diante de algo que ele é incapaz de sustentar devido à ausência do significante paterno que se encontra foracluído.

Maleval (2009) considera que alguns desencadeamentos podem estar associados a eventos de ganância imprevista, como ganhar na loteria ou receber uma herança, de extrema felicidade ou de uso de drogas. Para ele, estes fenômenos podem ultrapassar os precários limites instaurados pelo enquadramento de gozo das psicoses, contribuindo para o seu desencadeamento.

Zaffore (2008) relata a história de um paciente de 23 anos que chega à consulta pedindo uma internação pelo uso de drogas. Desde os 18 anos ele consome maconha nos finais de semana e há alguns meses passou a consumir pasta base e desde então não consegue parar, perdendo 30 kg, além de seus livros, seu lugar em uma banda, e de se sentir vazio. Através do acompanhamento a esse paciente, a autora observa que o início

do uso da pasta base é concomitante ao encontro desse sujeito com uma série de questões frente ao encontro com o outro sexo e de ruptura com o Outro. Após o início do consumo da droga, esse rapaz passa a escutar a voz de sua mãe que lhe come a cabeça e lhe diz: “por que você não faz?”, aparece repentinamente em um lugar sem saber como chegou e vive sentimentos persecutórios de que algumas pessoas fizeram “trabalhos” contra ele.

A autora sugere que o consumo de drogas surge como um recurso que o sujeito utiliza para circunscrever os fenômenos que lhe ocorrem, que fundamentalmente são oriundos de um possível desencadeamento psicótico, mas que podem ser associados e até mesmo incrementados, pelos efeitos da droga. Nesse fragmento de caso clínico poderíamos aproximar a uso da droga como facilitador do surgimento dos fenômenos psicóticos e como um meio encontrado pelo sujeito de localizar o gozo, ou seja, colocar sobre a droga a explicação para si mesmo sobre esses fenômenos que lhe ocorrem, o que o faz procurar por ajuda desesperadamente após pouco tempo de uso.

Para nós, a hipótese do uso de drogas não operava para Eduardo como liberador de um gozo excessivo. Podemos dizer, ao contrário, que os períodos de abstinência tinham essa função, já que ele, geralmente apático, após passar por algum período de abstinência, sempre iniciava um uso intenso de álcool ou de outra droga, e então apresentava mudança de comportamento com a presença de euforia e agitação; passava dias ou até semanas inteiras longe de casa, vagando pelas ruas da cidade e era possível observar manifestações aparentemente delirantes, como o episódio em que ele foi até a polícia se declarar culpado por um crime que não cometeu, visto por ele na TV, em um momento de consumo de álcool. Nesse sentido, a abstinência da droga produzia uma série de sintomas nesse sujeito que o levavam a um consumo desenfreado e sem limites,

ao ponto de, um dia, beber 1 litro de álcool combustível e solicitar, ele próprio, a sua internação.

Para Eduardo, o consumo de substâncias que sucedia o período de abstinência era capaz de gerar comportamentos agressivos, vivências alucinatórias e delirantes e um descontrole sobre si próprio. Quando conseguia manter períodos de consumo eventual, Eduardo aparentava ficar apaziguado, ainda que de forma precária. Ou seja, quando intercalava entre momentos de uso moderado e de abstinência, conseguia manter-se em suas atividades rotineiras, mas quando ficava abstinente por um período mais longo, após certo tempo surgiam insônia, alucinações auditivas e agitação que o levavam ao consumo desenfreado.

Nessa direção, observamos que o uso de substâncias, em determinados momentos, parecia moderar os sintomas de Eduardo, enquanto que a abstinência levava-o ao descontrole, ao consumo em excesso e a experienciar os fenômenos psicóticos de forma excessiva, numa vivência de gozo excessivo liberado não pela droga, mas pela abstinência. Tal constatação nos leva a apontar que, nesse caso, um modelo de tratamento tal como era oferecido pelo CAPSad, com normas pré-estabelecidas a respeito do consumo de drogas, não seria eficaz para esse sujeito, já que deixar de usar a droga, proporcionava-lhe grande descompensação, levando-o, ao final, a um uso demasiado e sem controle, que culminava em sofrimento e em internações.

Discutimos até agora os diferentes modos de operação da droga na psicose, tanto em termos de suplência, como de solução estabilizadora da psicose assim como de liberação de gozo, articulando-se de diferentes modos.

Baseados nas discussões que foram levantadas, consideramos que o uso de drogas pode funcionar como uma suplência, mais especialmente em casos de psicose ainda não desencadeada, mas também em psicoses já desencadeadas, assim como, em

alguns casos, apontamos a possibilidade de vir a se constituir como um *sinthoma* para o sujeito. Consideramos, ainda, que o recurso à droga tanto pode operar como liberação de gozo, assim como um modo de solução estabilizadora. Seja pela via da identificação, da compensação imaginária, pela moderação de gozo, passagem ao ato ou delírio, tais modos de estabilização funcionariam tamponando, amenizando ou adiando os fenômenos típicos da psicose.

No caso de Eduardo, motor do surgimento desta questão de pesquisa, foi possível apontar o uso de drogas como um modo de moderação de sua psicose, apaziguando seus sintomas e fenômenos alucinatórios. No entanto, como o uso de drogas é condenado pela sociedade, pela família e é razão principal de Eduardo se manter em tratamento, ele busca a abstinência. Esta última, por sua vez, faz surgir uma série de fenômenos que este sujeito não consegue suportar, levando-o, por conseguinte, a um consumo desenfreado que o faz vivenciar um gozo sem bordas e sem limites, que só tem fim com a sua internação em um hospital.

Nesse caso, também chama-nos a atenção o papel representado pelo hospital psiquiátrico na vida de Eduardo. Apesar de ser acompanhado e de ter um bom vínculo com o CAPS II, quando Eduardo se encontrava em um estado de uso descontrolado e de entrega a um gozo ilimitado, a internação psiquiátrica funcionava como um ponto de basta, uma barra sobre esse gozo em excesso. Esse fato nos leva a nos questionar o que representava para ele e até para a sua família, a instituição psiquiátrica e os seus moldes de tratamentos. Por que o modelo de tratamento oferecido pelo CAPS II, em um determinado momento, não servia para barrar o gozo que o invadia? Na época, ainda não existia na cidade o CAPS III, que funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana e, por isso, o único modelo de tratamento em que o sujeito poderia permanecer sob

cuidados intensivos, e sem voltar para casa, era o hospital. Assim, Eduardo se internava e em cada internação permanecia pelo período mínimo de 30 dias.

Para alguns psicóticos é preciso haver, em determinados momentos, uma intervenção de um Outro que sirva como ponto de basta, que opere barrando o gozo que lhe invade e, com isso, diminua a sua angústia. Será que hoje em dia o CAPS III poderia funcionar desse modo, substituindo o hospital em sua função de ponto de basta? Essa questão fica em aberto para uma outra ocasião e pode contribuir para o avanço dos estudos sobre a reforma psiquiátrica.

CONCLUSÕES

A presente pesquisa surgiu a partir de uma experiência de trabalho no campo da saúde mental no município de Natal, através da qual fomos colocados diante de questões que nos mobilizaram a empreender uma investigação acerca do uso de drogas feito por sujeitos de estrutura psicótica. Articular a pesquisa teórica com o caso clínico acompanhado por nós permitiu que pudéssemos, a partir do particular do caso, fazer aproximações com o universal da teoria. Esperamos poder ter contribuído com considerações teóricas juntamente com constatações clínicas, pois acreditamos que a psicanálise deve ser tomada em sua dimensão mais ampla, a saber: como pesquisa, como tratamento e como teoria.

Assim, diante do acompanhamento do caso de Eduardo e das revisões de literatura realizadas a partir de então, várias questões referentes ao encontro da estrutura psicótica com o uso de drogas foram surgindo, levando-nos a nos interrogar sobre o que faz o sujeito psicótico lançar mão do uso de drogas e quais os efeitos dessa prática. Juntamente com esse questionamento, nos preocupamos em discutir também como casos como o de Eduardo estão sendo vistos e tratados pelas atuais políticas de saúde em nosso município, já que pudemos vivenciar, na prática, a dificuldade desse sujeito em encontrar um lugar de acolhimento para o seu sofrimento que não o fragmentasse de acordo com as suas queixas e sintomas.

Nesse sentido, pudemos constatar que várias transformações e mudanças estão ocorrendo na atenção à saúde mental no Brasil. Transformações estas iniciadas desde a década de 70 e que perduram até hoje com a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos, o surgimento dos serviços substitutivos e a criação de uma rede de apoio comunitária. Essa nova configuração de atenção aos usuários da saúde mental pretende-

se mais humanizada, pulverizada entre diferentes saberes e práticas e voltada para a singularidade e para as potencialidades dos sujeitos.

Contudo, como já dissemos, o caso de Eduardo mostra que apesar dos avanços ocorridos, ainda não existem diretrizes específicas para casos de sujeitos como ele, diagnosticados com transtornos mentais e que fazem uso abusivo de drogas. Parece existir ainda uma certa rigidez dos serviços em acompanhar apenas as queixas a que são determinados a atender pela legislação, o que faz com que não haja uma responsabilização pelos casos que fogem à regra. No entanto, o que se constata cada vez mais é que existe uma alta associação entre transtornos mentais e a dependência de substâncias.

Nessa direção, a psicanálise, em sua forma de enxergar o sujeito como singular, pode contribuir com o trabalho em saúde mental, participando do cotidiano destes serviços como mais um entre os vários discursos que lá circulam. Foi possível constatar que muitas vezes, o trabalho da saúde mental volta-se para uma reabilitação psicossocial generalizada para todos, o que muitas vezes promove a exclusão da clínica. E é justamente na dimensão clínica que a psicanálise pode contribuir, ao propor a escuta do sujeito e o tratamento pela via do seu sintoma, já que considera que este último revela uma resposta singular de cada um.

Desse modo, quando trazemos para a discussão o fenômeno do uso de drogas, vemos que para a psicanálise, as substâncias químicas podem operar de diferentes modos de acordo com cada sujeito e com cada estrutura, não havendo uma resposta única sobre o fenômeno das toxicomanias. Assim, a partir do que foi discutido neste trabalho, fica claro que para a neurose, o uso de drogas se associa à ruptura com o gozo fálico, em uma tentativa de prescindir do Outro, colocando o sujeito em uma satisfação

individualista que oferece um gozo sem limites e sem significação. A toxicomania na neurose está associada a uma tese de ruptura.

No caso da psicose, pudemos acompanhar no segundo capítulo toda a trajetória feita tanto por Freud quanto por Lacan a respeito dessa estrutura. Vimos que na psicose, existe uma ruptura que é dada a priori, pois é estrutural. No sujeito psicótico existe a ausência do significante Nome-do-Pai, que teria a função de colocar uma barra sobre o Outro e lhe ordenar simbolicamente. Como não houve a inscrição do Nome-do-Pai, o sujeito fica a mercê de um Outro pleno e consistente que não é simbolizado e por isso o psicótico é invadido por um gozo sem limites. Para esse sujeito, por carecer do significante Nome-do-Pai, é preciso que haja um suplente que venha a cumprir o papel de amarração dessa estrutura. Nesse sentido, o sujeito de estrutura psicótica pode encontrar meios de estabilização, meios de fazer suplência e até mesmo um *sinthoma* que faça uma amarração nos três registros.

Como o sujeito psicótico é marcado por uma ruptura que é estrutural, não poderíamos supor que o uso de drogas na psicose tivesse a mesma função que tem na neurose. Assim, vimos que o recurso às drogas na psicose tem uma função diversa, podendo funcionar como um modo de fazer suplência (tanto nos casos não desencadeados, suspendendo ou adiando o momento do desencadeamento, como também nos casos desencadeados); como um meio de liberar um gozo sem limites e como modo de estabilização da psicose, seja através da compensação imaginária ou solução identificatória, moderação de gozo, passagem ao ato ou a serviço de um delírio.

Dessa maneira, cada sujeito, ao seu modo, pode encontrar, no uso de drogas, uma função específica. No caso de Eduardo, localizamos que o uso de drogas pode funcionar como moderação e a abstinência como liberação de gozo.

Ao analisarmos a história de Eduardo, observamos que ele recorre ao uso de drogas em primeiro lugar, como ele mesmo disse, para fugir do seu pai da realidade, que, também diagnosticado com psicose, que é uma figura que lhe ameaça e lhe atormenta. Em seguida, Eduardo parece fazer um consumo constante de drogas como para apaziguar seus fenômenos alucinatórios e suas angústias, mantendo-se calmo e até mesmo apático e abatido. Entretanto, quando consegue manter-se fora do consumo por um determinado período de tempo, surgem as alucinações auditivas e insônia que acabam por levá-lo a um consumo descontrolado e, conseqüentemente, à perda de controle sobre si próprio, culminando com a liberação de um gozo desenfreado e, por fim, com as internações psiquiátricas.

O caso de Eduardo também nos serve para pensar sobre o papel dos serviços de saúde mental nos seus diferentes moldes de tratamento. Em nossa introdução, trouxemos que no caso dele havia uma dúvida entre os serviços, que era: qual o lugar para tratá-lo? Um CAPSad, no qual o tratamento da psicose não tem lugar, ou um CAPS II que não trata a dependência química?

Eduardo circulou por diferentes serviços e por diferentes modalidades de acompanhamento, encontrando, por fim, no CAPS II, um lugar de acolhida para o seu sofrimento, no qual poderia ser escutado sem ter que, para isso, se adaptar a regras pré-determinadas. Sua presença no serviço era constante, assim como era evidente sua vinculação e participação nas atividades e oficinas das quais gostava. Nessas, ele pouco faltava e participava ativamente, como por exemplo, participando das atividades e apresentações do coral e assumindo o papel de personagem principal de algumas peças que o teatro apresentou. Pensamos que tais situações consistiriam na tentativa desse sujeito de construir uma saída para o seu sofrimento. É preciso ressaltar que não estamos fazendo uma comparação entre as duas instituições, mas sim sobre os modos de

trabalho que são desenvolvidos nelas, a partir desse caso. O trabalho com Eduardo funcionava mais na direção da escuta e do acolhimento e nas possibilidades de invenção construídas por ele do que pela busca da abstinência e a adequação às normas pré-determinadas para todos.

Entretanto, quando Eduardo encontrava-se em um momento de uso descontrolado de drogas desencadeado após os períodos de abstinência, ele não conseguia mais frequentar o serviço e solicitava, ele próprio, a sua internação. Nesse sentido, o hospital psiquiátrico, por seu estilo de tratamento, operava, para Eduardo, como uma barra, o que ele não conseguia encontrar no CAPS II.

Tais questões nos levam a refletir sobre como os serviços de saúde mental podem pensar suas modalidades de tratamento, levando em conta que, algumas vezes, estabelecer uma meta de largar o uso de drogas nem sempre será eficaz para todos, podendo levar a um uso desregulado e sem controle, aumentando o sofrimento. É preciso considerar também que em alguns casos, é necessário haver um acolhimento e uma intervenção mais efetiva do serviço sobre o sujeito que se encontra em sofrimento ou uso desenfreado, que possa oferecer cuidado 24 horas e funcione como ponto de basta.

Além disso, as mudanças de hábitos e valores em nossa sociedade leva, cada vez mais, sujeitos de todas as estruturas clínicas ao consumo de drogas, incluindo os sujeitos psicóticos, revelando a complexidade desses casos e exigindo a necessidade de se fazer diagnósticos diferenciais e de pensar a direção dos tratamentos.

Por fim, esperamos ter cumprido os objetivos propostos nesse trabalho e ter contribuído com os avanços teóricos e clínicos da teoria psicanalítica e, mais ainda, com a reflexão sobre as políticas e estratégias de atendimentos da rede de saúde mental. Para nós, ficou claro que, a queixa, para cada sujeito, revela algo de sua singularidade, de sua

história. Na psicose, existe uma lógica particular, um desatamento que é de estrutura e que o uso de droga pode ter uma função determinada e bem localizada. No tratamento de usuários de drogas, sejam eles neuróticos ou psicóticos, é preciso valorizar a particularidade de cada estrutura e a singularidade de cada caso, pois localizar e compreender a função do tóxico na vida do sujeito, articulado com a sua estrutura clínica, tem papel imprescindível na direção do tratamento.

REFERÊNCIAS

- Alberti, S., Inem, C. L., & Rangel, F. C. (2003). Fenômeno, estrutura, sintoma e clínica: a droga. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, Ano VI, n.3, (pp. 11-29).
- Assad, M. M. E. et al (2002). *A clínica da Psicose: Uma articulação necessária entre a extensão universitária, a psicanálise e a reforma psiquiátrica*. Trabalho apresentado no I Congresso de Extensão Universitária. João Pessoa, Paraíba. Recuperado de: http://www.prac.ufpb.br/anais/Icbeu_anais/anais/saude/psicose.pdf
- Amarante, P. (org.) (2003). *Loucos pela vida: a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro.
- Beneti, A. (1998). Toxicomania e suplência. In Bentes, L. e Gomes, R. F. *O Brilho da infelicidade/Kalimeros* (pp. 219–226). Escola Brasileira de Psicanálise. Rio de Janeiro: Contracapa Livraria.
- Brasil. Ministério da Saúde (2003). Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2004a). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2004b). Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. – 5. ed.ampl. – Brasília: Ministério da Saúde.
- Calazans, R. & Bastos, A. (2010). Passagem ao ato e acting-out: duas respostas subjetivas. *Fractal, Rev. Psicol. [online]*. 2010, vol.22, n.2, pp. 245-256. ISSN 1984-0292. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922010000800002>
- Carneiro, N. G. O. (2008). Do modelo asilar-manicomial ao modelo de reabilitação psicossocial – haverá um lugar para o psicanalista em Saúde Mental? *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 208-220.
- Castanet, H. & De Georges, P. (2009). Enganches, desenganches, reenganches. In Miller, J. A. et al. *La psicosis ordinaria: la convención de Antibes*. 1ª ed., 4ª reimp., Buenos Aires: Paidós.
- Cesarotto, O. (1989). *Um affair freudiano: os escritos de Freud sobre a cocaína*. São Paulo, Iluminuras.
- Chaves, E. (2006). *Toxicomania e Transferência*. Universidade Católica de Pernambuco. Dissertação de Mestrado.

Conte, M. (2000). *A clínica psicanalítica com toxicômanos: o “Corte & Costura” no enquadre institucional*. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Escohotado, A (1998). *História general de las drogas*. Madrid: Alianza Editorial [Versão eletrônica]. Recuperado de: <http://www.scribd.com/doc/22439994/Historia-General-de-Las-Drogas-Antonio-Escohotado-eBook>

Elia, L. (2000). *Psicanálise: clínica & Pesquisa*. In S. Alberti, e L. Elia, (Orgs.). *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Fernandéz, M. R. (2001). *A prática da psicanálise lacaniana em centros de saúde: Psicanálise e Saúde Pública*. Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ. Rio de Janeiro. Dissertação de mestrado.

Figueiredo, A. C. (1997). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Recuperado de: <http://pt.scribd.com/doc/67922529/Vastas-confusoes-e-atendimentos-imperfeitos>

Figueiredo, A. C. & Machado, O. M. R. (2000). *O diagnóstico em Psicanálise: do fenômeno à estrutura*. *Ágora v. III n. 2*, pp. 65-86.

Freud, S. (1989a). *Sobre os efeitos gerais da cocaína*. In Cesarotto, O. *Um affair freudiano: os escritos de Freud sobre a cocaína*. (pp. 97 – 102). São Paulo, Iluminuras (Texto original publicado em 1885).

Freud, S. (1989b). *Observações sobre o cocainismo e a cocainofobia*. In Cesarotto, O. *Um affair freudiano: os escritos de Freud sobre a cocaína*. (pp. 107 – 113). São Paulo, Iluminuras. (Texto original publicado em 1887).

Freud, S. (1996). *As Neuropsicoses de defesa*. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: Edição Standard Brasileira (J. Salomão, trad., Vol. III, pp. 51-72). Rio de Janeiro: Imago. Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1894).

Freud, S. (1996) *Racunho H. paranóia*. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: Edição Standard Brasileira (J. Salomão, trad., Vol. I, pp. 353-258). Rio de Janeiro: Imago. Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1895).

Freud, S. (1996). *Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa*. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: Edição Standard Brasileira (J. Salomão, trad., Vol. III, pp. 159-183). Rio de Janeiro: Imago. Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1896).

Freud, S. (1996). *Carta 79*. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: Edição Standard Brasileira (J. Salomão, trad., Vol. I, pp. 323-324). Rio de Janeiro: Imago. Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1897).

Freud, S. (1996). *A sexualidade na etiologia das neuroses*. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: Edição Standard Brasileira (J. Salomão, trad., Vol. III,

pp. 249-270). Rio de Janeiro: Imago. Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1889).

Freud, S. (1996). Carta 125. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: Edição Estandard Brasileira (J. Salomão, trad., Vol. I, p. 331). Rio de Janeiro: Imago. Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1899).

Freud, S. (1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: Edição Estandard Brasileira (J. Salomão, trad., Vol. VII, pp. 119-231). Rio de Janeiro: Imago. Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1905b).

Freud, S. (1996). Sobre a psicoterapia. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: Edição Estandard Brasileira (J. Salomão, trad., Vol. VII, pp. 241-254). Rio de Janeiro: Imago. Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1905b [1904]).

Freud, S. (1996). Os chistes e sua relação com o inconsciente. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: Edição Estandard Brasileira (J. Salomão, trad., Vol. VIII). Rio de Janeiro: Imago. Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1905c).

Freud, S. (1996). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: Edição Estandard Brasileira (J. Salomão, trad., Vol. XII, pp. 15-89). Rio de Janeiro: Imago. Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1911).

Freud, S. (1996). Sobre a tendência universal à depreciação na esfera amorosa (contribuições à psicologia do amor II). In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: Edição Estandard Brasileira (J. Salomão, trad., Vol. XI, pp. 181-195). Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1912).

Freud, S. (1996). Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: Edição Estandard Brasileira (J. Salomão, trad., Vol. XII, pp. 137-158). Rio de Janeiro: Imago. Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1913).

Freud, S. (1996). Os instintos e suas vicissitudes. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: Edição Estandard Brasileira (J. Salomão, trad., Vol. XIV, pp.117-144). Rio de Janeiro: Imago. Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1915a).

Freud, S. (1996). Repressão. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: Edição Estandard Brasileira (J. Salomão, trad., Vol. XIV, pp.145-162). Rio de Janeiro: Imago. Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1915b).

Freud, S. (1996). O sentido dos sintomas. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: Edição Estandard Brasileira (J. Salomão, trad., Vol. XVI, pp. 265-279). Rio de Janeiro: Imago. Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1917).

Freud, S. (1996). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: Edição Standard Brasileira (J. Salomão, trad., Vol. XVII, pp. 170-181). Rio de Janeiro: Imago. Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1919).

Freud, S. (1996). Além do princípio do prazer. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: Edição Standard Brasileira (J. Salomão, trad., Vol. XVIII, pp. 13-75). Rio de Janeiro: Imago. Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1920).

Freud, S. (1996). Psicologia de grupo e a análise do ego. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: Edição Standard Brasileira (J. Salomão, trad., Vol. XVIII, pp. 79-154). Rio de Janeiro: Imago. Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1921).

Freud, S. (1996). O ego e o id. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: Edição Standard Brasileira (J. Salomão, trad., Vol. XIX, pp. 15-80). Rio de Janeiro: Imago. Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1923).

Freud, S. (1996). Neurose e Psicose. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: Edição Standard Brasileira (J. Salomão, trad., Vol. XIX, pp. 165-171). Rio de Janeiro: Imago. Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1924a).

Freud, S. (1996). A perda da realidade na realidade na neurose e na psicose. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: Edição Standard Brasileira (J. Salomão, trad., Vol. XIX, pp. 203-209). Rio de Janeiro: Imago. Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1924b).

Freud, S. (1996). O Mal-estar na Civilização In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: Edição Standard Brasileira (J. Salomão, trad., Vol. XXI, pp. 73-148). Rio de Janeiro: Imago. Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1930).

Freud, S. (1996) Esboço de psicanálise. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: Edição Standard Brasileira (J. Salomão, trad., Vol. XXIII, pp. 153-221). Rio de Janeiro: Imago. Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1940[1938]).

García, A. (2008). Toxicomanías y acto. In Salamone, L. D. et al (2008). *Lo inclasificable de las toxicomanias*. Buenos Aires: Grama.

Goidanich, M. (2003). Configurações do corpo nas psicoses. *Psicol. Soc. [online]*, vol.15, n.2, pp. 65-73. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822003000200005>

Guerra, A. M. C, & Souza, P. V. (2006). Reforma Psiquiátrica e Psicanálise: diálogos possíveis no campo da inserção social. *Rev. Psicología para América Latina – Revista Electrónica Internacional de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología*, n.06, Recuperado de: <http://psicolatina.org/Cinco/reforma.html>

Guerra, A. M. C. (2007). *A estabilização psicótica na perspectiva borromeana: criação e suplência*. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro. UFRJ/IP

Júnior, J. M. P., Nóbrega, V. K. M. e Miranda, F. A. N. (2011). Extinção de um serviço psiquiátrico intermediário e as repercursões na atenção à saúde mental. *Rev. Cienc. Cuid Saúde*, Jul/Set; 10(3):578-584. Recuperado de: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/13071/pdf>

Lacan, J. (s.d.a). O Seminário, livro 19: ...*Ou pior*. Inédito. In Jacques Lacan: Obras Completas. Versión completa de la Escuela Freudiana de Buenos Aires. [CD ROM]

Lacan, J. (s.d.b). O Seminário, livro 22: *R. S. I*. In Jacques Lacan: Obras Completas. Versión completa de la Escuela Freudiana de Buenos Aires. [CD ROM]

Lacan, J. (1976). Journées des cartels de l'École Freudienne de Paris. *Lettres de l'École Freudienne*, n. 18, pp. 263-270.

Lacan, J. (1985a) *O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar (Texto original publicado em 1964).

Lacan, J. (1985b). O Seminário, livro 20: *Mais, ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar (Texto original publicado em 1972-1973).

Lacan, J. (1992). *O Seminário, Livro 17: O avesso da psicanálise*. Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. Versão brasileira de Ary Roitman. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Lacan, J. (1995). *O Seminário, Livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1998). Introdução teórica às funções da psicanálise em criminologia. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, pp. 127-151. (Texto original publicado em 1951).

Lacan, J. (1998). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, pp. 573-590 (Texto original publicado em 1959).

Lacan, J. (1998). Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, pp. 807-842 (Texto original publicado em 1960).

Lacan, J. (1998). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, pp. 591-652 (Texto original publicado em 1961).

Lacan, J. (2003). Os complexos familiares na formação do indivíduo. In Lacan, J. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (pp. 29-90). (Texto original publicado em 1938).

Lacan, J. (2005) *Os Nomes-do-Pai*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar (Texto original publicado em 1963).

Lacan, J. (2007). *O Seminário, Livro 23: o sintoma*. Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. Tradução Sérgio Laia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar (Obra original publicada em 1975-1976).

Lacan, J. (2008). *O Seminário, Livro 3: As psicoses*. Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. Versão brasileira de Aluisio Menezes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar (Obra original publicada em 1955-1956).

Laurent, E. (1997). Tres observaciones sobre la toxicomania. In E. S. Sinatra, D. Sillitti & M. Tarrab (Orgs.). *Sujeto, goce y modernidad II – Fundamentos de la clínica* (p. 15-21). Buenos Aires: Atuel - TyA.

Le Poulichet, S. (2005). *Toxicomanías y psicoanálisis: La narcose del deseo*. 1ª ed. 2ª reimp. Buenos Aires, Amorrortu.

Lisita, H.G. (2010). *Toxicomania na Psicose: os usos que o psicótico faz da droga*. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Dissertação de Mestrado.

Lobosque, A. M. (1997). *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*. São Paulo, Hucitec.

Lustoza, R. Z. & Calazans, R. (2010). Alcance e valor do nome-do-pai atualmente: algumas considerações. *Psicol. estud.* [online]. vol.15, n.3 [cited 2012-11-18], pp. 557-565. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722010000300013&lng=en&nrm=iso.

Maleval, J. C. (2001). “*Particularidades del uso de drogas en las psicosis*” [Versão eletrônica]. Recuperado de: <http://saludypsicologia.com/166/patologia-dual-psicosis-consumo-de-sustancias/>

Maleval, J. C. (2009). *La forclusión del Nombre del Padre: El concepto y su clínica*. Buenos Aires: Paidós.

Marías, J. (2004). *História da Filosofia*. São Paulo: Martins Fontes.

Martins, V. T. (2005). Que instituição para tratar de psicóticos que usam drogas? In Lima, M. M. & Altoé, S. (orgs.) (2005). *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro, Rios Ambiciosos.

Martins, V. T. (2009). *O recurso à droga nas psicoses: entre objeto e significante*. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro. UFRJ/IP.

- Mezan, R. (1993). Que significa “pesquisa” em psicanálise? In M. E. L. Silva, (coord.). *Investigação em Psicanálise* (p. 49-89) Campinas, São Paulo: Papirus.
- Miller, J-A. (1987). Lacan e Psicose. In *Matemas I* (1996). Rio de Janeiro: Jorge Zahar (pp. 173-189).
- Mira, K. (2005). O psicanalista e as novas instituições de tratamento da psicose. In Lima, M. M. A. & Altoé, S. *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Mirador Internacional (1979). *Dicionário Brasileiro de Língua Portuguesa*. São Paulo: Companhia Melhoramentos de São Paulo.
- Naparstek, F. (2008). Relación histórica entre La droga y el sujeto. In F. Naparstek, C. Zaffore, M. Mazzuca, J. L. González & R. Skiadaresis (2008). *Introducción a la clínica com toxicomanias y alcoholismo* (p.9-19). Buenos Aires: Grama.
- Naparstek, F. (2010). *Introducción a la clínica com toxicomanias y alcoholismo III*. Buenos Aires: Grama.
- Naparstek, F. & Galante, D. (2008). Monotoxicomanías y politoxicomanías: la función del tóxico em la psicosis. In Salamone, L. D. et al (2008) *Lo inclasificable de las toxicomanias: respuestas del psicoanálisis*. 1ª ed. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Nogueira, L. C. (2004). A pesquisa em Psicanálise. *Instituto de Psicologia USP, Vol. 15*, (pp. 83-106).
- Organização Mundial da Saúde (2006). *Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas*. São Paulo: Roca.
- Paiva, I. L. (2003). *Em defesa da Reforma Psiquiátrica: por um amanhã que há de renascer sem pedir licença*. Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. Dissertação de mestrado.
- Pequeno, A. (2000). *Sujeito e psicose*. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental (Propsam), Instituto de Psiquiatria. Tese de doutorado
- Ribeiro, A. M. (2005). *O lugar do psicanalista em uma clínica das psicoses: algumas reflexões*. Psychê, ano IX, n.16, 165-182, São Paulo.
- Ribeiro, C. T. (2008). *Que lugar para as drogas no sujeito? Que lugar para o sujeito nas drogas? Uma leitura psicanalítica do fenômeno do uso de drogas na contemporaneidade*. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP. Dissertação de Mestrado.

- Rinaldi, D. (2005). Clínica e Política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. In Lima, M. M. A. & Altoé, S. *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar
- Salamone, L. D. et al (2008). *¿Todos consumidores?* In Salamone, L. D. et al. *Lo inclasificable de las toxicomanias*. Buenos Aires: Grama.
- Santiago, J. (2001). *A droga do toxicômano: uma parceria clínica na era da ciência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Tenório, F. (2000). Da Reforma psiquiátrica à clínica do sujeito. In *O Risco*. Publicação da Associação Mineira de Psiquiatria. Ano XI, nº 12. Recuperado de: <http://www.ampmg.org.br/downloads/orisco/12.pdf>
- Viganò, C. (1999). A construção do caso clínico em Saúde Mental. In *Psicanálise e Saúde Mental*. Curinga/Escola Brasileira de Psicanálise, nº 13, pp. 50-59
- Vorcaro, A. (2010). Psicanálise e método científico: o lugar do caso clínico. In K. Neto & J. O. Moreira, (Org.). *Pesquisa em Psicanálise: transmissão na Universidade*. (p. 11-23). Barbacena MG: EdUEMG
- Zaffore, C. (2008). Toxicomanía y Psicosis I. In F. Naparstek, C. Zaffore, M. Mazzuca, J. L. González & R. Skiadaresis. *Introducción a la clínica com toxicomanias y alcoholismo* (p.91 – 107). Buenos Aires: Grama.