

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

**APROXIMAÇÕES PSICANALÍTICAS DA
DEPENDÊNCIA QUÍMICA: DO QUE SE TRATA?**

MARÍLIA VIEIRA MARQUES

SÃO PAULO

2015

MARÍLIA VIEIRA MARQUES

**APROXIMAÇÕES PSICANALÍTICAS DA
DEPENDÊNCIA QUÍMICA: DO QUE SE TRATA?**

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Mestre
em Psicologia Escolar e do
Desenvolvimento Humano

Área de Concentração: Saúde e
Desenvolvimento Humano

Orientadora: Prof^ª. Associada Ana Maria
Loffredo

SÃO PAULO

2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na Publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Marques, Marília Vieira.

Aproximações Psicanalíticas da Dependência Química: do que se trata?/
Marília Vieira Marques; orientadora Ana Maria Loffredo. São Paulo, 2015
136 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de
concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto
de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Psicanálise 2. Dependência Química 3. Tratamento 4. CAPS-AD

RC 504

Nome: MARQUES, Marília Vieira

Título: Aproximações Psicanalíticas da Dependência Química: do que se trata?

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

Aprovada em: _____

Banca Examinadora:

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

À minha mãe Roseira, meu primeiro e grande amor, por tudo, nos mínimos detalhes.

À minha tia, pelo currapio!

À minha avó, querida Highlander, por ter mudado o rumo das mulheres da família...

A meu pai, pelo que pôde fazer...

Ao Bonito, o meu amor, porque você mexe comigo.

Ao pequenão, nossa misturinha. Por quê? Indizível...

AGRADECIMENTOS

À Professora Ana Maria Loffredo pela orientação delicada e atenta e, principalmente, pela generosidade com que me tratou nos momentos mais difíceis ao longo desse percurso;

À Maria Olivia Martins Rosa, secretária do PSA, pela disponibilidade e prontidão com que sempre me auxiliou;

Aos colegas do grupo de orientação, principalmente à Débora e ao Paulo, por terem se feito presentes na hora do sufoco;

À CAPES, pelo financiamento;

Aos pacientes do CAPS-AD, por tudo o que vivemos juntos;

À Jussara, Ariadne, Cíntia, Júlia, Priscila e Andréa, colegas do CAPS-AD, por que sem elas teria sido muito mais difícil!

À Greyce, Priscila, Vanessa e Sandra, com quem é tão bom de trabalhar, obrigada por todo o apoio!

À Manu e ao Nabil, pedaços de mim, obrigada por estarem perto, mesmo se longe.

Aos meus sogros, Marília e Luiz, que nunca negaram ajuda, sem vocês não teria dado;

À Neidinha, que cuida como ninguém, obrigada por se dedicar ao Tonio com tanto amor;

À Carol, pela tradução e pela amizade que se adensa;

À Glorinha, *azogada*, você é um exemplo!

À minha avó Emília, que, semialfabetizada, entendeu o poder transformador das letras e sustentou que as filhas ultrapassassem a quarta série;

À minha tia, agradeço pelo que vivemos juntas, pela Aninha – tão presente dentro de mim –, pelas brincadeiras, pela gatarada, por contar comigo, por você ser tão generosa;

Ao Gabriel, por me impulsionar, empoderar e evidenciar o que é essencial, eu te amo!

Ao meu filho, porque fiz o mestrado agora para ficar com você, coisa mais importante da vida da mamãe!

À minha mãe, pelo amor incondicional, porque sempre me senti protegida e importante. Obrigada por ter me colocado no mundo e tê-lo feito possível para mim. Você é minha referência.

“O caos é uma ordem por decifrar”

José Saramago

RESUMO

Marques, M. V. Aproximações Psicanalíticas da Dependência Química: do que se trata? 2015, 136 p. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

Este trabalho, com origem na clínica institucional do Centro de Atenção psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD) e a ela destinada, tem como intuito principal oferecer a possibilidade de reflexão a respeito de aspectos do funcionamento psíquico do toxicômano, de hipóteses sobre o desenvolvimento infantil de um dependente químico e de modos como estes aspectos se reeditam na relação transferencial-contratransferencial. Desde o início da produção teórica de Freud, a dependência química é objeto da investigação psicanalítica, embora ele não tenha realizado estudos específicos voltados a essa forma de sofrimento psíquico.

Olievenstein, referência francesa no tratamento da dependência química, afirmou que, no desenvolvimento de sujeitos toxicômanos, não existe uma infância específica, mas certo *trauma comum* a todos. Esta hipótese, fundamental para o presente estudo, reconstrói os primeiros momentos *identificatórios* do adicto, em referência ao estágio do espelho lacaniano. A partir da vivência com pacientes de CAPS-AD pude apreender aspectos das manifestações referenciadas ao estágio do espelho partido, ao se atualizarem no âmbito da relação terapêutica, fosse diretamente comigo, como psicanalista, ou com a instituição. Por meio da contratransferência e a compreensão do afeto que dela parta, o analista pode dar novos contornos e suporte para a manifestação transferencial, viabilizando o apoio para a reparação de experiências que não encontraram via de simbolização anteriormente. É justamente a decifração desses processos que legitima e especifica o lugar da psicanálise em instituições como os CAPS-AD.

Palavras-chave: 1. Psicanálise 2. Dependência Química 3. Tratamento

4. CAPS-AD

ABSTRACT

Marques, M.V. Psychoanalytic Chemical Dependency Approaches. 2015, 136 p. Dissertação (Master Degree). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

This work, which has its institutional origins on the work and observations I developed at the Psychosocial Attention Center – Alcohol and Drugs (CAPS–AD) clinic and aims at supporting clinical work, reflects on the aspects of the psychic functioning of the drug addict, hypotheses on the development of a child drug addict and ways the psychic aspects observed repeat in the transference-countertransference relationship. Addiction is the object of psychoanalytic investigation since the early theoretical work of Freud, although Freud himself has not conducted specific studies regarding this form of psychological distress.

Olievenstein, French reference in the treatment of chemical addictions, found that drug addict subjects do not present one similar type of childhood development, but do have in common one type of trauma: the Broken Mirror Stag – a development from the Lacanian Mirror Stage. This hypothesis - the presence of a common trauma - is fundamental for this study since it elucidates the first identificatory moments of an addict. From the experience with CAPS - AD patients and through the therapeutic relationship, I could learn aspects of the manifestations referred as the broken mirror stage. Through the countertransference and understanding the affection that might originate from this phenomenon, the analyst can give a new shape and support for the manifestation of transference, enabling support for repairing experiences that have not found healing through previous symbolizations. It is precisely the deciphering of these processes that legitimizes and specifies the place of psychoanalysis in institutions like the CAPS -AD.

Key-words: 1. Psychoanalysis 2. Chemical Dependency 3. Treatment

4. CAPS-AD

SUMÁRIO

<i>Você tá grávida? Um dia eu quero ser mãe</i>	12
<i>Sexta-cheira, toda sexta é complicada</i>	13
PERCURSO DA HIPÓTESE DE PESQUISA	15
I - SOBRE DROGAS E DEPENDÊNCIA QUÍMICA	28
• DROGAS	30
1 – DROGAS DEPRESSORAS DA ATIVIDADE MENTAL	32
2 – DROGAS ESTIMULANTES DA ATIVIDADE MENTAL	38
3 – DROGAS PERTURBADORAS DA ATIVIDADE MENTAL	49
• DEPENDÊNCIA QUÍMICA	60
II - DEPENDÊNCIA QUÍMICA – APROXIMAÇÕES PSICANALÍTICAS	66
III - O <i>INFANS</i> DO DEPENDENTE QUÍMICO	83
IV - TRANSFERÊNCIA E CONTRATRANSFERÊNCIA	94
CENAS DO PRÓXIMO CAPÍTULO	108
V - DO QUE SE TRATA?	109
“<i>MAS ONDE SE CHEGA ASSIM?</i>” - CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
REFERÊNCIAS	122

Você tá grávida? Um dia eu quero ser mãe

Era uma quarta-feira, próximo da hora do almoço. A casa estava quase sem pacientes neste horário, em função da rotina específica deste dia da semana. Havia silêncio. Eu estava grávida de sete meses. Após atender meu paciente, fui ao balcão da recepção marcar uma consulta. Eu, do lado de dentro, ele, do lado de fora, aguardando.

Enquanto procurava nas agendas um horário disponível, algo raro, percebia uma movimentação diferente. Lembrei: *era aquela menina que estava, pela primeira vez, em surto*. Ela chorava muito. De repente, parava e não reconhecia onde estava nem quem era. Falava sem parar e se agitava fisicamente. Soltava gritos. Eu podia ouvi-los lá da recepção.

A menina resolveu beber água e, ao passar pela minha frente, percebeu que eu estava grávida. Não consigo esquecer seu rosto todo borrado de maquiagem, parecia figura de cinema *underground*. Olhos borrados de preto, boca borrada de pink e tudo lambuzado de choro. Ela parou, olhou pra mim e disse, com voz fininha: *você tá grávida? De sete meses. Um dia eu quero ser mãe* (e sorriu). Quer passar a mão?

Depois de ela fazer carinho na minha barriga, percebi sua agitação diminuir. Ao olhar em volta, minhas colegas estavam com os olhos arregalados. Quase podia ouvir: *você é louca?*

Sexta-cheira, toda sexta é complicada

Final de uma tarde nublada. Havia chovido o dia inteiro. A maioria dos pacientes estava em um grupo terapêutico, coordenado por um médico da equipe. Na casa, também ocorriam atendimentos individuais, além do entra-e-sai constante de um serviço denominado porta aberta.

De repente, uma das pacientes que fazia parte do tratamento intensivo, ou seja, com quadro grave de dependência química, aparece no serviço pedindo para ser medicada. Eu estava auxiliando o profissional de plantão e tentava dar continência ao desespero da mulher. Ela estava muito agitada, suada, suja e repetia sem parar que, se não lhe dessem um calmante, não conseguiria ficar sem usar crack, estava fissurada.

Seu médico era o que coordenava o grupo e tínhamos de conseguir acalmá-la por dez minutos, até a atividade se encerrar. Caso interrompesse o andamento, sabíamos que não haveria chance de seu pedido ser atendido. Assim que o médico saiu, ela foi *pra cima*, literalmente. Parecia que não dava brechas para o profissional se colocar. Mas só parecia, a resposta foi clara: *você não está vindo ao tratamento, faltou na minha consulta e por isso eu não vou te passar remédio. Pode marcar de novo e se você vier, eu te dou a receita.*

A paciente chorava como uma criança; não era manha, era aquele choro de terem sumido com sua fraldinha, com a chupeta que acalma. Ela ficou desbaratinada. Sem a droga ansiolítica, sabia que não daria conta e se perderia na ânsia incontrolável de usar o crack, numa sexta-feira, ao final da tarde.

Toda sexta, num CAPS-AD, é complicada. Toda sexta, é sexta-cheira, pra quem vive no mundo AD. E sexta cheira a quê? Para a paciente, cheirava a abismo, à desintegração. Pelos meios mais inadequados, burocrato-institucionalmente falando, ela fez sua angústia presente e pediu ajuda, também numa linguagem indigesta, caso se espere pontualidade, parcimônia e

continência de alguém que fita o descontrole e a desorganização de si, diuturnamente.

Por mais que alguns técnicos tenham tentado intervir a favor do pedido da paciente, lembrando, ansiolítico para aguentar o cheiro que a sexta exalava, não houve jeito. A negativa do médico foi contundente, a todos. A paciente saiu aos berros, chorando, batendo o pé e a porta. Ainda, responsabilizou-nos caso algo de muito ruim acontecesse.

Depois, fiquei pensando, esse algo já havia acontecido. Não pudemos oferecer o necessário para aquela mulher. Ela veio e conseguiu bradar sua demanda. Não nos pedia crack, oras, ela pedia remédio para dormir, para não sentir a sexta em suas piores horas.

Depois de alguns dias, eu e outra colega psicóloga decidimos conversar com o médico. Colocamos em questão a conduta. Sua explicação: a paciente era manipuladora, não caíria em seu jogo, ela precisava de limites. Eu, particularmente, estava muito nervosa com a discussão, já que o médico me era querido. Eu, por circunstâncias pessoais, pude estar mais suscetível ao choro berrado da paciente, tinha um bebê de seis meses que fazia parecido. Para me fazer entender, naquela ocasião, olhei para o médico e disse: ela ainda não entende limites, para ela, seu limite foi abandono.

Após irmos diversas vezes buscar por ela, depois de muitas semanas ausente do CAPS, em estado grave de uso de crack, retornou ao serviço; sem se esquecer de nos defrontar com a expulsão operada naquele dia.

O interesse pelo estudo do campo da dependência química surgiu em função de uma intensa, mais do que extensa, prática clínica em um Centro de Atenção Psicossocial II - Álcool e Drogas (CAPS-AD), localizado no extremo da periferia paulistana. Trabalhei na instituição por dois anos e, junto com outros profissionais, fiz parte da equipe de implementação do serviço. O CAPS-AD em questão tem sob sua responsabilidade o atendimento da população de dois bairros com altos índices de consumo de drogas lícitas e ilícitas, de tráfico de entorpecentes e um dos piores Índices de Desenvolvimento Humano e Vulnerabilidade do Município de São Paulo (SÃO PAULO, COMISSÃO MUNICIPAL DE DIREITOS HUMANOS, 2002-2004).

A região onde o serviço está localizado não se resume, naturalmente, a dados negativos sobre a qualidade de vida de seus moradores. Os dois bairros possuem, cada qual, histórias próprias e específicas manifestações comunitárias, de organização e sociabilidade. Mas o relevante, no que tange este estudo, é que eu, como psicóloga clínica, entrei em contato com uma população que nunca havia recebido, de modo planejado, a intervenção do Estado no tocante ao tratamento da dependência química.

As pessoas que chegavam ao serviço, em sua maioria, já possuíam grande parte do percurso de vida entrelaçado com uso de drogas (incluindo o álcool). Relatavam anos de tentativas de tratamento; inúmeras internações, em toda sorte de instituições e recaídas subsequentes; problemas de saúde diversos e, principalmente, perda ou fragilização de vínculos familiares, sociais, afetivos e de trabalho. Isto que descrevo é representativo da escassez de planejamento consistente nesta área, por parte da saúde pública brasileira. A dependência química exige abordagens diferenciadas de tratamento, frente às quais a área da saúde pública se apresenta em fase de descobertas, haja vista

as discussões que giram em torno da polêmica decisão a respeito das internações compulsórias¹.

Um dos meios encontrados pelo Estado para prestar cuidado especializado em dependência química é o CAPS-AD, derivado dos CAPS Adulto, serviços de saúde mental substitutivos – conforme disposto em portaria² (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) –, destinados a tratar de modo multidisciplinar pacientes e seus familiares, em regime aberto. Ou seja, não são um ambiente de internação, mas um local em que o paciente fica sob cuidados diariamente. A origem de instituições como estas se deu a partir do desmonte dos manicômios e teve como objetivo oferecer uma forma de tratamento a psicóticos, que não exclusivamente a internação psiquiátrica.

Nas palavras de Martinho Silva (2009), em “Reforma, Responsabilidades e Redes: sobre o cuidado em saúde mental”,

a principal estratégia governamental de desinstitucionalização é a implantação dos CAPS, serviços regionalizados cuja missão é acompanhar a trajetória de vida de seus usuários, acolhendo os problemas psíquicos e “sociais” dos portadores de transtorno mental e seus familiares (quando não dos vizinhos e conhecidos) e agenciando moradia, trabalho e lazer quando necessário (além de alimentação, escola e mesmo cursos profissionalizantes). (p. 152)

¹ Para mais detalhes:

- Governo paulista faz acordo para facilitar a internação compulsória de dependentes químicos. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2013-01-11/governo-paulista-faz-acordo-para-facilitar-internacao-compulsoria-de-dependentes-quimicos>, acesso em: 11/01/2013;

- Justiça autoriza 1ª internação compulsória (Extraído de: Associação do Ministério Público de Minas Gerais - 24 de Janeiro de 2013) disponível em: <http://amp-mg.jusbrasil.com.br/noticias/100309491/justica-autoriza-1-internacao-compulsoria>;

-Especialistas criticam internação compulsória de dependentes químicos. Disponível em: <http://jornalggn.com.br/noticia/especialistas-criticam-internacao-compulsoria-de-dependentes-quimicos>, acesso em: 17/10/2013.

² Para estrutura de funcionamento dos CAPS, ver: Portaria GM/MS n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002.

Historicamente, os CAPS, inicialmente Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), foram criados no município de Santos, em São Paulo, em fins da década de 1980, época em que ainda não havia uma política federal de cuidado não-manicomial. Costa *et al* (2011), ao recuperar o processo de federalização dos CAPS como estratégia da reforma psiquiátrica brasileira, afirmam que o Ministério da Saúde (BRASIL, SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, 1992), por meio da portaria 224, de 1992, formalizou este tipo de instituição, deixando claro seu papel em oferecer

cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar; atuar como porta de entrada da rede de serviços de saúde mental e atender pacientes referenciados dos serviços de urgência ou egressos de internação psiquiátrica. (COSTA *et al*, 2011, p. 4606)

Apesar desta importante formalização, somente em 2001, por meio da inovadora Lei 10.216³, foram transformados, “em *política pública instituída*, os objetivos originais da reforma psiquiátrica: a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos e o desenvolvimento de alternativas assistenciais comunitárias” (COSTA *et al*, 2011, p. 4604, grifos meus).

Essas transformações, carregando em si uma forma diferente de entendimento do que seria terapêutico nestes novos lugares, levaram, conseqüentemente, à tentativa de oferecer outra forma de atenção: os usuários dos serviços deveriam participar ativamente de seu processo de tratamento, ser incluídos em sua comunidade e não dela separados, compartilhar democraticamente da construção das regras de convivência do espaço terapêutico e ter seu direito de ir e vir preservado. Por detrás desta mudança, existia, entre outros fatores, uma diferente e fundamental concepção sobre os

³ Lei que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2001, s/p).

que sofrem de algum distúrbio mental e do que seria importante para a melhora do quadro de sofrimento: a “ideia de que o contato com a vida normal poderia trazer a cura para muitos doentes” (PESSOTI, 1996, p.179). Este pensamento, exposto em o *Século dos Manicômios* – ao serem tratadas as ideias do movimento antimanicomial francês, pós-Pinel, de meados do século XIX –, por mais que não trouxesse, naquela época, o mesmo teor crítico dos anos 1960 do século XX, guarda alguma relação com os paradigmas antimanicomiais do século passado. Como se pode notar, em meados do século XIX, ao iniciar um movimento para esvaziar seus manicômios, os franceses trouxeram as seguintes propostas:

1) A permanência do doente junto à sua família, antes ou depois da internação; 2) a colocação de pacientes em casas particulares e junto a famílias estranhas; 3) a criação de aldeias de alienados; 4) a criação de colônias agrícolas anexas a asilos de alienados. (PESSOTI, 1996, p. 179)

Entendo ser importante destacar que as mudanças propostas pelos franceses, por volta de 1860, traziam a marca das dificuldades financeiras que manicômios lotados impunham aos cofres públicos (PESSOTI, 1996). Pensar e tratar da loucura e de seu encarceramento nunca deixou de estar entrelaçado a contingências outras que não exclusivamente as de caráter ético, subjetivo e de saúde.

No Brasil, o movimento pela reforma psiquiátrica passou a tomar corpo na década de 70, por meio, principalmente, do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Nesta época, o país vivia sob a ditadura militar e, por meio de políticas públicas em saúde atinentes a este tipo de estrutura de poder, houve crescimento exponencial do número de instituições psiquiátricas de internação. Segundo Ianni Scarcelli (1998), a partir de informações de Alves, “havia no Brasil no ano de 1961, 135 hospitais psiquiátricos; em 1971, 341; e em 1981, 430” (p.12)! Alguns estados brasileiros chegavam a gastar

90% de seus recursos para saúde mental com o custeio de manicômios. Assim como na França do século XIX, nossos manicômios eram instituições onerosas ao Estado e precisavam ser repensados. Todavia, diferentemente do que ocorreu em terras francesas do século retrasado, no Brasil da década de 1970, o caráter de contestação ao entendimento vigente para o cuidado em saúde mental, de psicóticos ou não, constituiu a pedra fundamental de sua estruturação. Em 1987, como um fruto do MTSM, surge o Movimento de Luta Antimanicomial:

Da organização dos trabalhadores em saúde mental, juntamente com outras frentes, nasce o Movimento de Luta Antimanicomial (MLA) no Brasil, que vai ampliar os princípios e as formas de participação buscando uma articulação com movimentos democráticos populares. As associações de usuários e seus familiares passam a ter um papel de destaque nesse sentido. (SCARCELLI, 1998, p.23)

O final da década de 1980 e toda a década de 1990 foram períodos marcados por mobilizações que possibilitaram a criação de leis e a disponibilização de recursos públicos responsáveis por respaldar mudanças paulatinas no cuidado em saúde mental:

Dentre as ações do Governo estadual, merece destaque, nesse contexto, a instalação de um novo equipamento de saúde mental, no ano de 1987: o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira [CAPS Itapeva]. O CAPS, serviço que procura integrar ações ambulatoriais e oficinas de trabalho com a estrutura de hospital-dia, influenciou a criação de novos serviços e a transformação daqueles já existentes. Tal experiência representou uma ruptura em relação às práticas cristalizadas e pouco resolutivas (mesmo aquelas

desenvolvidas nos serviços empenhados numa ação de desospitalização), apontando uma nova via de reflexão sobre a loucura e de atenção aos portadores de transtornos mentais. (SCARCELLI, 1998, p.42)

As transformações consolidadas atingiram também a forma de tratamento oferecida a pessoas dependentes químicas, por mais que não tenham sido desenhadas, especificamente, para esta clínica. No bojo da luta pela construção de outras formas de oferecer cuidado a sujeitos com transtornos mentais, os CAPS-AD surgiram como alternativa.

No meu entender, as mudanças conquistadas, as quais repercutiram em significativas alterações no *setting* de tratamento, levaram os profissionais da área da saúde mental que trabalhavam nos novos espaços a vivenciar outras modalidades de contato terapêutico com os pacientes. Ao ser transformada a forma de oferecer cuidado, inevitavelmente, as posições ocupadas pelas partes integrantes da relação terapêutica também assumiram novas configurações.

É possível dizer que nos CAPS a relação paciente-profissional da saúde passou a não mais se dar, exclusivamente, por meio de um atendimento em consultório. A pessoa que está no CAPS, qualquer que seja a modalidade de tratamento⁴, não participa somente de atividades direcionadas. Convive com outros pacientes e com todo o corpo de trabalhadores da instituição, conforme prática conhecida por *ambiência*, aspecto fundamental desta forma específica de assistência.

Para o Sistema Único de Saúde (SUS), “Ambiência na Saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção

⁴ Os CAPS podem ser segmentados para o público infante-juvenil (CAPSi), para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas (CAPS-AD) e para pessoas com psicopatologias graves que não se refiram exclusivamente ao uso de álcool e outras drogas (CAPS adulto). Cada uma dessas modalidades de CAPS é especificada pelos níveis I, II ou III. I e II se diferenciam somente pela quantidade de habitantes do município e têm funcionamento diurno, de 12 horas. Os CAPS III trabalham em regime de 24 horas (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 34). A pesquisadora e arquiteta Maria Luisa Bestetti (2009), ao tratar do tema da ambiência em saúde, caracteriza o conceito como “encontro entre os sujeitos, propiciado pela adequação das condições físicas do lugar e pelo exercício da humanização” (p. 04). No cotidiano específico dos CAPS, a ambiência

se refere ao contato e ao que acontece entre os profissionais [...] e os usuários do serviço nos espaços de convivência como sala de tevê, cozinha, jardins, enfim, espaços nos quais não há a princípio uma “atividade organizada” a ser realizada pelos terapeutas e usuários. (SOUZA, 2007, p. 122)

A atividade da ambiência parece colocar os profissionais do CAPS numa “situação de mistura” entre eles e os usuários e de uma *indefinição de papéis e procedimentos*. O “complicado” de estar na ambiência é que, por este ser um espaço aberto, sujeita o profissional a lidar com os *imprevistos* que exigem dele outros aspectos além da sua especificidade técnica. [...] estar na ambiência é estar exposto à loucura sem nenhuma mediação evidente dos seus instrumentos profissionais. (p. 126-127, grifos meus)

Diante desta *indefinição de papéis e procedimentos*, de *imprevistos* e da *exposição à loucura sem mediação protetiva* do suposto saber profissional, as relações terapêuticas encontraram novo terreno para sua manifestação.

Destrinchando este novo terreno como psicanalista, eu me impunha, diuturnamente, a ampliação do entendimento sobre meu trabalho. Sentimentos de impotência e fracasso foram constantes parceiros de labor. Além disso, em diferentes encontros entre equipes integrantes da rede de cuidado em álcool e drogas, ficavam claras as dificuldades enfrentadas por nós, trabalhadores da saúde mental: faltam recursos; o número de profissionais é inferior à demanda

por tratamento; as atividades burocráticas tomam lugar exagerado no cotidiano dos serviços; as metas de atendimento são superlativas; os salários, baixos; a infra-estrutura para o trabalho, em sua maioria, inadequada. E, ainda, há a realidade socioeconômica miserável de inúmeros pacientes atendidos: para quem não come há dois dias, pouco pode significar tratar de sua psique. Poderia descrever um rol de histórias dramáticas, quase inimagináveis, mas temo ser excessiva para o momento introdutório. Para ser objetiva, todos estes fatores se tornavam dificuldades quando chegavam ao ponto de obliterar os sujeitos que estavam no CAPS-AD, em busca de melhora em seu quadro de sofrimento.

Imersa em adversidades do cotidiano do trabalho, posso afirmar, quase em tom confessional, que levei muito tempo para estabelecer vínculo, de fato, com meus pacientes. Foram inúmeras as camadas que atravessei como psicóloga para encontrar algo carregado de sentido tanto para os usuários do serviço quanto para mim. Quero dizer com isto que, para além do que emanasse de questões institucionais e políticas – de certo, operantes, mas não objeto central desta pesquisa –, apreendi, a certa altura, um *timbre* específico na demanda por cuidados feita pelos pacientes, o qual me remetia a anos-luz de distância da temática da dependência química, carregada de lugar comum.

Em momentos como esses, notava que meu trabalho assumia outra entonação. Constantemente, flagrava-me trabalhando com os pacientes como se estivesse cuidando de crianças muito pequenas, com sinais de estarem passando por processos traumáticos pungentes, anteriores aos tempos da dramática encenação edípica e sua dissolução. Com isso, quero salientar que o entoadado pelo sofrimento destas pessoas, a meu ver, remete-se a um infantil primitivo, do âmbito das primeiras relações intersubjetivas com o objeto primário, ou seja, daquelas que oferecem substrato para que alguém consiga realizar seus primeiros estágios identificatórios e, só mais tarde, encarnar um pequeno Édipo.

Em minha memória, repousam cenas por meio das quais entrei em contato com a especificidade do que acabo de descrever. Lembro-me de chegar a dar continência – inclusive corpórea – a pacientes impulsivos,

agressivos e transtornados; por vezes, auxiliei no processo de integração psíquica de sensações físicas angustiantes ou a pensar sobre as regras de convivência da instituição; dei abraços apertados em alguns que pareciam desmontar de tanto chorar; realizei ações tais como levar à escola, preparar festas surpresa, visitar adoentados e feridos; auxiliei em banho e troca de fralda de paciente demenciado; saí em busca de desaparecidos; dei algumas broncas e me alegrei com eles incontáveis vezes.

Por meio desta forma de trabalhar como psicanalista, e porque só assim conseguia me manter balizada pela psicanálise no contato com os pacientes, pude levantar a hipótese que os *homens e mulheres dependentes químicos que atendi haviam, ainda muito pequenos, experimentado a violência marcante do traumático*⁵ e, dado o efeito que pude recolher em mim mesma como analista, *avento* a hipótese de que a *vivência do trauma tenha ocorrido na relação intersubjetiva com a figura responsável por auxiliá-los a existir e amadurecer psiquicamente*, apesar de todas as fragilidades do início da infância. Estive, portanto, atenta à minha contratransferência o mais que pude e analisei os sinais recolhidos com cautela. A liberdade com a qual imagino ter me autorizado viver diante de certos eventos, para os quais eu não possuía ferramentas técnicas – a não ser eu mesma como pessoa –, permitiu que pudesse entrar em contato com os efeitos de meus atos, assim como das atuações dos pacientes.

Cotidianamente, percebia ser inútil utilizar de interpretação na maioria dos casos; não conseguia acessar os pacientes desta forma. Era por meio do meu corpo e da expressão que ele assumia, do acolhimento, do manejo dos momentos de crise, ou seja, por meio de atos, com intenções analíticas, que eu ‘psicanalisava’ melhor⁶. Esse entendimento sobre meu trabalho, contudo, não foi construído de forma linear. Na roda viva deste fazer, por mais que eu desse significado a minhas ações, sentia grande angústia em função da posição que

⁵Mais adiante, tratarei da questão do traumático em psicanálise, assim como o que seria, para o dependente químico, esta experiência.

⁶Isto que descrevo não se tratou de algo exclusivo à minha experiência de trabalho, foi também vivido, cotidianamente, por outros profissionais da instituição e compartilhado entre nós.

notava estar assumindo. Raramente, fui embebida de certeza e serenidade em minhas atuações terapêuticas. Tateei no escuro. A compreensão sobre a melhor forma de trabalhar fez viagem de ida e volta em meu pensamento, inúmeras vezes.

A questão ética na técnica psicanalítica foi o grande mote de minhas desconfianças quanto às ações terapêuticas realizadas. Eu trabalhava assumindo certa posição maternal, notava melhora na vinculação com os pacientes e transformações, ainda que miúdas, em seus quadros de sofrimento; mas, mesmo assim, não deixava de me perguntar se o que eu estava apreendendo como sinais de sucesso seria, de fato, algo benéfico aos pacientes. Eu poderia estar estabelecendo relações que gerassem grande dependência deles para comigo, como cuidadora. Temia estar ludibriando-nos, ao assumir tal posição.

O mestrado cumpre, portanto, um papel muito importante na significação do processo de trabalho vivido no CAPS-AD. Ele é um encaminhamento na busca de respostas para tantos questionamentos e, principalmente, para a intensidade afetiva de um trabalho como este, em que se vive tão de perto com as sortes mais dolorosas do sofrimento humano, num terreno imprevisível.

Esta pesquisa tem origem, portanto, na clínica, nos sintomas dos pacientes do CAPS-AD, no drama de seus conflitos. Entretanto, não se pode negar ter sido por meio de minhas questões diante da prática que os conteúdos a serem pesquisados tomaram corpo. Neste sentido, se a pesquisa fala dos pacientes dependentes químicos, também diz de quem os tratou. De meu ponto de vista, somente assim é viável apreender e analisar o que se deu no encontro do tratamento analítico, no *setting* com as especificidades já descritas.

Um tipo de entendimento sobre pesquisa como este é específico e particular à psicanálise, a seu modo de operar e à sua compreensão sobre a subjetividade humana e sobre as formas de interação entre sujeitos. Mezan (2006), ao resgatar Aristóteles, lembra que o “Ser se diz de muitas maneiras”. [...] Se a psique constitui um tipo particular de ser, a forma de investigá-la não

pode ser a mesma que para outros [...]” (p.237). No tipo de pesquisar relativo à psicanálise a “presença do psicanalista enquanto psicanalista é incontornável [...]” (FIGUEIREDO e MINERBO, 2006, p. 259). Da mesma forma que permeia e transforma a pesquisa por ele engendrada, seu objeto e a teoria que alicerça seu modo de compreendê-lo também se alteram. Assim sendo, “A pesquisa com o método psicanalítico é tanto um momento na história do ‘objeto’ [...] quanto na história do ‘pesquisador [...]” (pp.260-261).

Com este estudo, estabeleço a hipótese de haver uma *qualidade específica de encontro intersubjetivo entre o sujeito que se tornou dependente químico e aquele que cumpria o papel da figura de cuidado maternal*. A partir desta pesquisa, discuto as *possibilidades de conceber o tratamento desses sujeitos num CAPS-AD, tendo como norte de atuação aspectos dos primórdios do desenvolvimento infantil* destas pessoas.

Para não restarem imprecisões, deixo claro não entender que o tipo de relação intersubjetiva, o qual hipotetizo ter existido no início da vida desses sujeitos, seja o fator exclusivo na etiologia da formação de sintomas, muito menos que todos os quais que, porventura, vierem a ter tal experiência se tornem dependentes químicos. A única intenção é trabalhar o vivido na clínica, no âmbito de uma instituição como um CAPS-AD, por meio da análise de aspectos específicos do que suponho ter influenciado o destino de dependentes de drogas. Faço minhas as palavras de Figueiredo e Minerbo (2006):

De todo modo, em termos de pesquisa psicanalítica, convém que o investigador não pretenda mais do que sua investigação permite. Quando investiga na clínica, suas conclusões valem para a clínica. Quando investiga um fragmento da realidade, suas conclusões valem para o fragmento estudado. E isto já é o bastante para tornar a atividade de pesquisa em psicanálise perfeitamente respeitável. (p. 276)

Antes de iniciar a exploração do campo psicanalítico, entendo ser relevante a compreensão do que seriam as substâncias das quais sujeitos se tornam dependentes e que, afetivamente, são conhecidas como a farinha, a branquinha, o bagulho, a pedra, a loira, o beck, a bala, o doce... Por isso, o primeiro capítulo deste trabalho refere-se aos diferentes grupos de drogas psicoativas com relação aos efeitos causados no sistema nervoso central. Em seguida, são tratados pontos do entendimento médico-científico a respeito da dependência química e sua relação com fatores genéticos e de transmissão hereditária, bem como aspectos da influência etiológica ambiental.

Na perspectiva de que psicanálise contribui de modo proeminente para elucidação do tema desta dissertação, no tocante às experiências vividas pelo sujeito que se torna dependente químico, é estruturado o capítulo *Dependência Química – Aproximações Psicanalíticas*, no qual exponho o percurso freudiano quanto ao tema e discussão a respeito do lugar que a toxicomania ocupou na vida e obra de Freud. Partindo das formulações freudianas e por meio de autores como Garcia-Roza (2005[84]), Décio Gurfinkel (1996), Ocampo (1988) e Joyce McDougall (1984 e 1987), abordo certas especificidades do funcionamento pulsional e da relação de objeto apresentadas por sujeitos adictos.

Em etapa posterior, dando encaminhamento ao que seriam aspectos fundamentais de experiências precoces – em fase de formação de identidade –, com a principal figura cuidadora do *infans* o qual, já sujeito maduro, tornou-se dependente de substâncias psicoativas, utilizo-me da teoria de Claude Olievenstein (1985) do *Estádio do Espelho Partido*, advinda do conceito de *Estádio do Espelho*, pertencente ao arcabouço teórico lacaniano. As ideias de Olievenstein são alinhavadas às de Ferenczi quanto à sua concepção de experiência traumática, assim como a pontuais citações de Dolto e Winnicott a respeito da qualidade de interação mãe-bebê.

Por meio destas formulações, são apontados os pontos mais relevantes do que pude apreender clinicamente ao atender pacientes em CAPS-AD. Por se tratar de uma dissertação que se delineou a partir da relação transferencial-contratransferencial dentro da particularidade institucional, já citada, os

conceitos de transferência e contratransferência, expostos como indissociáveis, são analisados, permitindo, em companhia de todo material exposto até então, compreensão das narrativas que abrem esta dissertação.

A experiência vivida por mim, enquanto psicanalista no ambiente institucional, é ensejo deste trabalho que intenciona, em última instância, auxiliar na reflexão crítica do modo como terapeutas e pacientes se relacionam intersubjetivamente no dispositivo de tratamento existente nos CAPS-AD.

Segundo Carneiro (2009), “A questão do uso de drogas não se constitui apenas como um ‘problema’, mas faz parte da cultura humana há milhares de anos como um instrumento de estímulo, consolo, diversão, devoção e intensificação do convívio social” (p.14). Hoje, ainda conseguimos encontrar provas do que teria sido a realidade de antepassados, no tocante ao uso de substâncias psicoativas, observando, por exemplo, rituais xamanísticos, os quais já foram descritos minuciosamente por antropólogos. Na atualidade, existem agrupamentos religiosos que buscam transcender a própria experiência utilizando como meio substâncias alucinógenas que, inclusive, podem ser autorizadas legalmente (BRASIL, MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2011).

Drogas que foram há tempos utilizadas de modo científico, em pesquisas, como pura forma de prazer, de conexão com entidades espirituais ou como meio para ampliação de percepção sensorial, sem serem compreendidas, portanto, como algo do âmbito das ilegalidades, passaram a ser perseguidas e a estarem vinculadas à criminalidade e ao adoecimento psíquico.

Segundo Carneiro (2002),

o estatuto do proibicionismo separou a indústria farmacêutica, a indústria do tabaco, a indústria do álcool, entre outras, da indústria clandestina das drogas proibidas, num mecanismo que resultou na hipertrofia do lucro no ramo das substâncias interditas. [...] A discriminação das substâncias obedece a injunções culturais e econômicas. Embora o álcool tenha sido vítima da primeira lei seca norte-americana, ele em geral é tolerado nas sociedades ocidentais, assim como o tabaco, enquanto substâncias reconhecidamente mais inócuas como os derivados da canábis mantêm-se sob interdição. [...] O uso de uma justificativa médica e de saúde pública

para se proibir certas drogas é contraditório com o fato de que algumas das substâncias mais perigosas são permitidas devido ao seu uso ser tradicional no Ocidente cristão. (p.117-119)

Assim sendo, da mesma maneira como as proibições de psicotrópicos oscilam conforme a singularidade das sociedades, será relativo ao que pode ser apreendido do tempo atual que se restringirá este estudo.

A seguir, unicamente com o intuito de localizar o leitor, abordarei de modo breve e descritivo a especificidade dos grupos de drogas mais utilizadas na atualidade.

- **DROGAS**

O passo inicial escolhido é a descrição das características dos diferentes grupos das substâncias psicoativas. As drogas podem ser separadas conforme o tipo de reação que causam a quem as utilizam: depressão, estimulação ou perturbação. As descobertas dos efeitos que geram no sistema nervoso se deram paulatinamente à observação e à descrição de usuários intoxicados, bem como à análise científica das alterações de processos fisiológicos, quando sob o efeito narcótico.

É necessário, antes de mais nada, deixar claro do que se trata uma substância, quando é identificada como droga. Segundo a OMS, droga é

um termo de uso variado. Na medicina, refere-se a qualquer substância com a capacidade de evitar ou curar a doença ou aumentar o bem estar físico ou mental, e em farmacologia qualquer agente químico que altera os processos fisiológicos bioquímicos de tecidos ou organismos. [...] No uso comum, o termo se refere especificamente a drogas psicoativas, e, muitas vezes, ainda mais especificamente, às drogas ilícitas, dos quais há uso não médico além de qualquer uso médico. Formulações de profissionais (por exemplo, "álcool e outras drogas") muitas vezes procuram evidenciar que a cafeína, o tabaco, álcool e outras substâncias de uso não médico comum também são drogas, pelo menos por seus efeitos psicoativos.⁷

Em suma, droga pode ser descrita como “qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de

⁷ Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/, acesso em: 20.09.2014. Tradução de minha autoria.

seus sistemas, causando alterações em seu funcionamento” (DUARTE e ANDRADA, 2011, p. 61). Dentre as drogas existentes, todas podem ser consideradas lícitas ou ilícitas, conforme o código jurídico de cada sociedade. As lícitas são as “comercializadas de forma legal, podendo ou não estar submetidas a algum tipo de restrição, como o álcool, cuja venda é proibida a menores de 18 anos, e alguns medicamentos que só podem ser adquiridos por meio de prescrição médica especial” (p.62). Por outro lado, as ilícitas são aquelas que, pela força da lei, são proibidas de serem produzidas, comercializadas ou consumidas.

Independente de seu caráter legal, as drogas psicoativas podem ser organizadas conforme a característica dos efeitos que causam no sistema nervoso central. Abaixo, segue tabela com cada grupo e suas respectivas substâncias:

Tabela I – drogas e efeito no sistema nervoso central

DROGAS DEPRESSORAS	DROGAS ESTIMULANTES	DROGAS PERTURBADORAS
<p>Álcool</p> <p>Barbitúricos</p> <p>benzodiazepínicos</p> <p>Opioides</p> <p>solventes ou inalantes</p>	<p>Cafeína</p> <p>Anfetaminas</p> <p>Cocaína</p> <p>Tabaco</p>	<p>Maconha</p> <p>Alucinógenos</p> <p>LSD</p> <p>ecstasy ou MDMA</p> <p>Anticolinérgicos</p> <p>esteróides</p> <p>anabolizantes</p>

Fonte: Duarte e Andrade, 2011

Para descrever cada uma das drogas dispostas na tabela acima, trazendo detalhamento do que seria, do ponto de vista da medicina – interlocutora da psicanálise no campo da dependência química – a experiência do usuário de drogas, utilizo dados continentais em *Manual da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas*, de 2011, elaborado conjuntamente pelas *Faculdades de Medicina e Direito da Universidade de São Paulo*, e de material produzido pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID - UNIFESP).

1 – DROGAS DEPRESSORAS DA ATIVIDADE MENTAL

Esta classificação reúne as substâncias que têm como especificidade influenciar de modo químico-físico sistemas específicos do Sistema Nervoso Central (SNC), reduzindo a atividade motora, a reatividade à dor, a ansiedade, agindo, a princípio, de modo euforizante, mas causando, consecutivamente, aumento da sonolência.

a) Álcool

É produzido por meio da fermentação ou destilação de carboidratos de vegetais, sendo que as bebidas destiladas alcançam concentração alcoólica significativamente mais forte do que as fermentadas, que não passam de 10%. Os efeitos do álcool variam conforme sua quantidade proporcional no sangue do consumidor e a velocidade da ingestão. Assim como outras drogas, o álcool induz à tolerância e à síndrome de abstinência, ambos conceitos fundamentais no estudo e tratamento da dependência química, os quais serão tratados adiante.

Cada fase do consumo e metabolise do álcool traz uma consequência ao organismo, tal qual disposto na tabela a seguir.

Tabela II – Efeitos do álcool em cada uma das fases de consumo

BAIXO	MÉDIO	ALTO
desinibição do comportamento	maior ataxia	náuseas e vômitos
diminuição da crítica	fala pastosa, dificuldades de marcha e aumento importante do tempo de resposta	visão dupla
hilaridade e labilidade afetiva (a pessoa ri ou chora por motivos pouco significativos)	aumento da sonolência, com prejuízo das capacidades de raciocínio e concentração	acentuação da ataxia e da sonolência (até o coma)
certo grau de ataxia		hipotermia e morte por parada respiratória
prejuízo das funções sensorial		

Fonte: Duarte e Andrade, 2011

Além dos males ao próprio alcoolista, se a bebida for utilizada por mulheres durante a gestação, os recém-nascidos podem desenvolver a síndrome fetal pelo álcool. Os bebês:

encontram-se irritados, dormem e mamam insuficientemente, apresentando tremores, podendo apresentar também problemas mentais e físicos que variam de acordo com a gravidade do caso. (SILVA, 2013, p. 05)

De todos os psicotrópicos, o álcool é um dos que gera síndrome de abstinência perigosa, podendo levar à morte.

A síndrome de abstinência alcoólica (SAA) possui diferentes níveis de gravidade que podem variar desde um quadro eminentemente psíquico (insônia, irritabilidade, piora das funções cognitivas) até outros, marcadamente autonômicos, com *delirium* e crises convulsivas. (MARQUES, 2006, p. 56)

b) Barbitúricos

São substâncias derivadas do ácido barbitúrico, produzidas desde o início do século XX, capazes de diminuir a atividade do cérebro, agindo como os benzodiazepínicos, mais conhecidos como tranquilizantes. Causa diminuição do raciocínio e da concentração, oferece sensação de calma e relaxamento, acarretando diminuição dos reflexos, assim como o álcool.

É uma droga pouco usada pela medicina na atualidade como calmante, pois a dose que causa efeito é próxima ao limiar da dose letal. Quando uma pessoa já dependente de barbitúrico para de utilizá-lo, sente fortes efeitos da abstinência, tais como insônia, irritação, agressividade, ansiedade e convulsões.

c) Benzodiazepínicos

Essas substâncias surgiram, nos anos 60 do século XX, como substitutas aos barbitúricos, pois oferecem capacidade terapêutica similar, contudo com segurança maior, quanto aos níveis de intoxicação. Entre seus efeitos colaterais, encontram-se dificuldades de aprendizagem, memória comprometida, assim como funções motoras que exigem reflexos rápidos. Os efeitos terapêuticos e adversos vêm em decorrência da ação potencializadora do neurotransmissor GABA (ácido-gama-amino-butírico), maior inibidor do funcionamento do sistema Nervoso Central.

Medicações comercialmente conhecidas são: Valium, Lorax, Lexotan, Dormonid e Rivotril, por exemplo.

d) Opioides

Outro grande grupo desta categoria é o das drogas derivadas natural ou sinteticamente da papoula do oriente (*Papaver somniferum*). Conforme o próprio nome científico já indica “*somniferum*”, uma de suas características é deprimir o SNC. Causa analgesia, sedação, torpor e sonolência, além de outros efeitos como diminuição da motilidade gastrointestinal, contração pupilar, diminuição da capacidade de concentração, depressão do centro respiratório com conseqüente respiração mais lenta, o que pode causar parada respiratória e conseqüentes perda da consciência e morte. São empregadas terapêuticamente para controle da tosse, diarreia e para analgesia profunda.

As substâncias mais conhecidas são a morfina, a heroína e a codeína, além das totalmente sintéticas, e mais modernas, metadona e meperidina. Com grande capacidade de causar dependência, elas são conhecidas pela intensidade de prazer que causam em função de mimetizarem várias substâncias produzidas naturalmente pelo corpo: endorfinas e encefalinas⁸.

⁸ “As endorfinas e encefalinas são peptídeos endógenos de atividade analgésica” (ARTIOLI *et al*, 2007, p. 351)

A crise de abstinência desse grupo de substâncias causa: náuseas, lacrimejamento, corrimento nasal, vômitos, cólicas intestinais, arrepios que duram até 12 dias, câimbras e diarreia.

e) Solventes e Inalantes

Estas substâncias estão presentes em produtos químicos usados no dia a dia como a cola de sapateiro, corretivo (branquinho), esmalte, acetona, tira manchas (sem contar o lança perfume, não tão cotidiano assim) e, por isso, são de fácil acesso. Nem todo solvente pode ser considerado uma droga inalante, pois é necessário estar presente a característica principal de alta volatilidade, permitindo a inalação do componente tóxico.

Nenhum dos compostos desta categoria é atualmente usado de modo terapêutico, contudo, no início da utilização das analgesias pela medicina, o éter etílico, bem como o clorofórmio eram largamente empregados.

O efeito ocorre de forma breve, assim como também é fugaz sua permanência, daí decorre o consumo repetitivo e constante da droga, por seus dependentes. Socialmente, é esteve por muitos anos atreladas a meninos de rua que podiam ser vistos com garrafinhas PET ou saquinhos caminhando pelos centros das metrópoles brasileira. Atualmente, por mais que o crack tenha assumido o lugar de droga barata, o uso dos inalantes continua presente principalmente entre adolescentes, que os consomem preferencialmente na forma do lança perfume, em baladas.

Os efeitos destes psicotrópicos ocorrem em quatro fases, iniciadas após 15-40 minutos da administração:

Primeira fase: é a chamada fase de excitação e é a desejada, pois a pessoa fica eufórica, aparentemente excitada, ocorrendo tonturas e perturbações auditivas e visuais. Mas pode também aparecer náuseas, espirros, tosse, muita salivação e as faces podem ficar avermelhadas.

Segunda fase: a depressão do SNC começa a predominar, com a pessoa ficando em confusão, desorientada, voz meio pastosa, visão embaçada, perda do auto-controle, dor de cabeça, palidez; a pessoa começa a ver ou ouvir coisas.

Terceira fase: a depressão se aprofunda com redução acentuada do alerta, incoordenação ocular (a pessoa não consegue mais fixar os olhos nos objetos), incoordenação motora com marcha vacilante, a fala "enrolada", reflexos deprimidos; já podem ocorrer evidentes processos alucinatórios.

Quarta fase: depressão tardia, que pode chegar à inconsciência, queda da pressão, sonhos estranhos, podendo ainda a pessoa apresentar surtos de convulsões ("ataques"). Esta fase ocorre com frequência entre aqueles cheiradores que usam saco plástico e após um certo tempo já não conseguem afastá-lo do nariz e assim a intoxicação torna-se muito perigosa, podendo mesmo levar ao coma e morte. (CARLINI *et al*, 2001, p. 32)

Por mais que pareça uma droga inofensiva, dado seu caráter de uso ocasional em festividades, o risco de intoxicação existe e pode levar à morte, pois, como estas substâncias têm o poder de causar arritmias cardíacas, a morte súbita é uma de suas consequências nefastas.

Além disso, para aqueles que utilizam delas de modo repetitivo, a destruição de neurônios que causam danos irreversíveis ao cérebro, lesões no fígado, rins, nervos periféricos e medula óssea são consequências trágicas.

Quanto à síndrome de abstinência e tolerância, raramente ocorrem, mas ansiedade, agitação, tremores, câimbras nas pernas e insônia podem ser observados.

Em relação à tolerância, por mais que possa ocorrer, não é pungente como em outras drogas, costumando a apresentar sinais entre 1 e 2 meses.

2 – DROGAS ESTIMULANTES DA ATIVIDADE MENTAL

Abaixo, seguem informações sobre as drogas mais utilizadas dentro do espectro daquelas que têm como característica hiperexcitar o funcionamento cerebral:

a) Tabaco

É de uma planta, o tabaco (*Nicotiana tabacum*), de onde se extrai a nicotina, substância responsável por causar dependência química. Originária da América Central,

a planta chamada *Nicotiana tabacum* chegou ao Brasil através da migração dos índios tupis-guaranis, sendo que o primeiro contato dos portugueses com a erva foi no seu desembarque aqui. No século XVI seu uso foi disseminado na Europa por Jean Nicot. (ISMAEL, 2011, p.683)

Desde então, o tabaco se espalhou por todos os continentes e é conhecido como uma das drogas mais utilizadas. Inicialmente, foram-lhe atribuídas características curativas contra cefaleias, mas paulatinamente alcançou *status* de ostentação, em função do colorido com que a publicidade lhe pintou.

Sua expansão está atrelada ao pós 1ª Guerra, ocorrendo somente nos anos 1960 as primeiras pesquisas científicas que vinculavam o uso do tabaco a adoecimentos. Atualmente, também se sabe dos malefícios da inalação da fumaça por fumantes passivos e as conseqüentes demandas à saúde pública por quem está exposto à droga.

A nicotina causa é entendida como um estimulante leve da atividade do SNC e envolve sensações aparentemente ambíguas, pois, ao mesmo tempo em que excita, diminuindo a fome e elevando o humor, causa relaxamento do tônus muscular, proporcionando a sensação psíquica de tranquilidade, tão reconhecida por seus usuários.

Tanto a tolerância quanto a dependência estão presentes nas pessoas que utilizam a droga, sendo que os principais sintomas de sua falta repentina são: fissura (desejo incontrolável por cigarro), irritabilidade, agitação, prisão de ventre, dificuldade de concentração, sudorese, tontura, insônia e dor de cabeça; todos com cessação entre uma ou duas semanas.

Por mais que seja a falta da nicotina a responsável por este quadro narrado, não é ela que tem sido apontada como o maior fator desencadeante de cânceres atrelados ao uso do cigarro, por exemplo. Outras substâncias presentes atuam como inibidoras da natural proteção celular contra as mutações cancerígenas. Conforme Duarte e Pachcoal (2006):

A fumaça do tabaco contém mais de 4.000 componentes já identificados, sendo que há mais de 60 carcinógenos presentes. As principais classes de carcinógenos na fumaça do tabaco são os hidrocarbonos policíclicos (como benzopireno), as nitrosaminas e as aminas aromáticas. Estas substâncias promovem dano no ácido desoxirribonucleico (DNA) por ativação de pró-carcinógenos, o que é contrabalançado pela capacidade de "eliminar" carcinógenos. (p.59)

Almeida e Mussi (2006) pontuam que:

o índice de mortalidade entre os tabagistas é duas vezes maior do que em pessoas que nunca fumaram . Além disto, a mortalidade pelas diversas doenças tabaco-relacionadas, varia nas diferentes faixas etárias. Nas

peessoas adultas, entre 30 e 45 anos, a *causa mortis* é a doença arterial coronariana, a partir dos 50 anos é o câncer de pulmão, e entre 70 e 80 anos as doenças pulmonares obstrutivas crônicas. A comparação da morbidade entre fumantes e não fumantes mostra que o risco dos fumantes adoecerem de câncer de pulmão é 10 vezes maior; de sofrerem infarto, bronquite crônica ou enfisema pulmonar é 5 vezes maior, e é 2 vezes maior o risco de sofrerem um acidente vascular cerebral. (p. 457)

b) Cafeína

Extraída do café, a cafeína ainda tem seu caráter de dependência química em investigação. O uso crônico ou agudo intenso possui quadro descrito com os seguintes sintomas: alterações psicomotoras, distúrbios do sono e alterações de humor. Por sua capacidade excitatória, tem sido usada como estimulantes, associada a outras substâncias como a taurina, por exemplo.

Ainda, no tocante ao uso do álcool, é ingerida como meio de camuflar seus efeitos depressores, propiciando a diminuição da sensação subjetiva de embriaguez, oferecendo, então mais riscos a quem está alcoolizado, já que, de fato, os efeitos do etanol continuam atuantes.

c) Anfetaminas

As anfetaminas, drogas artificiais, produzidas em laboratório, possuem como característica principal estimularem a atividade do sistema nervoso central, deixando seus usuários elétricos, acordados, acelerados e, por isso, são utilizados costumeiramente por quem deseja ficar horas acordado ou emagrecer. Caminhoneiros, estudantes, jovens em baladas conhecidamente fazem uso destas drogas de modo indiscriminado, assim como pessoas que querem perder peso, mesmo que tenham recebido prescrição médica em

algum momento, já que anfetaminas, por mais controverso que sejam seus usos, ainda podem ser utilizadas como estratégia médica para o emagrecimento.

A Ritalina (Metilfenidato), por exemplo, é anfetamina amplamente difundida no Brasil para o tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Conforme revisão realizada por Santos e Vasconcelos (2010).

Nos anos 1930, pesquisas mostraram que drogas estimulantes como o Metilfenidato e Pemoline aumentavam o nível de catecolaminas no cérebro, normalizando temporariamente os comportamentos clássicos do TDAH (Smith e Strick, 2001; Zametkin e Rapport, 1987). Segundo Barkley e cols. (2008), a adição de fármacos estimulantes promove uma amenização dos sintomas motores, impulsividade e desatenção e uma elevação das interações sociais e desempenho acadêmico. A compreensão do princípio ativo do Metilfenidato, fármaco frequentemente utilizado no tratamento do TDAH é o principal suporte para a teoria da hipofunção dopaminérgica, por promover um aumento de dopamina na fenda sináptica em regiões como o striatum (Biederman e Spencer, 1999; Thapar e cols., 1999; Vaidya e cols., 1998) e, conseqüentemente, uma diminuição dos efeitos característicos do TDAH.

[...] Entre os efeitos de curto prazo mais frequentes, observa-se a redução de apetite, anorexia, insônia, ansiedade, irritabilidade, labilidade emocional, cefaléia e dores abdominais. Com menor frequência verificam-se alterações de humor, tiques, pesadelos e isolamento social (Barkley, McMurray, Edelbrock e Robbins, 1990; Rohde e Mattos, 2003; Wilens e cols., 2003). Com a frequência mais baixa, contudo, envolvendo alta

periculosidade, verificou-se a psicose como efeito do uso do Metilfenidato. (pp.719-720)

Seja qual for a finalidade de seu uso, os efeitos colaterais das anfetaminas estarão presentes, pois o resultado de levar o organismo a reagir acima do natural traz, após as reações desejadas, estado de astenia e depressão, sensações muito desprazerosas para quem estava ludibriado com tanta potência operativa. Como consequência, está aberta a porta para a dependência química, pois o psicotrópico é buscado com o intuito de se restabelecer a condição psicoquímica da intoxicação.

Organicamente, pode-se observar que as pessoas quando sob o efeito de anfetaminas apresentam dilatação pupilar, taquicardia, palidez, aumento da temperatura corpórea e hipertensão arterial. Em casos de grande abuso, quem está intoxicado pode se tornar agressivo, irritado e paranóico, apresentando sintomas psicóticos. “Trabalhos recentes em animais de laboratório mostram que o uso continuado de anfetaminas pode levar à degeneração de determinadas células do cérebro. Este achado indica a possibilidade de o uso crônico de anfetaminas produzir lesões irreversíveis em pessoas que abusam destas drogas” (CEBRID-UNIFESP, s/d).

d) Cocaína

A cocaína, substância ilícita no Brasil, é extraída de uma planta encontrada na América do Sul, a coca (*Erythoxylon coca*). Ela possui funcionamento próximo ao das anfetaminas, mas por atuar na serotonina, além da noradrenalina e dopamina, possui características de sensação prazerosa diferenciadas. Pode ser utilizada em pó, inalada; diluída em água, injetada; em pedra (crack) ou em pasta (merla), fumada. As diferentes portas de entrada da droga no organismo trazem variações do tempo que a substância leva para fazer efeito, sua intensidade e duração. De todas as vias, a inalada é a que

permite maior velocidade na absorção, tendo em vista que o pulmão possui grande área de imensa vascularização.

O consumo de crack é um fenômeno recente, surgido há cerca de 25 anos nos Estados Unidos e há 20 anos no Brasil. Em alguns países europeus, o problema tornou-se relevante há pouco mais de cinco anos. Estudos qualitativos com usuários de crack começaram a ser publicados no início dos anos 1990, no Brasil. Estudos de acompanhamento dos dependentes só foram concluídos e divulgados a partir da segunda metade dos anos 2000. (MARTINS-COSTA, 2013, p. 142)

Na figura I, a seguir, está diagramado o processo de refino da cocaína e seus produtos derivados. Como será possível notar, a diferença da quantidade de princípio ativo é grande entre os diferentes tipos da droga obtidos.

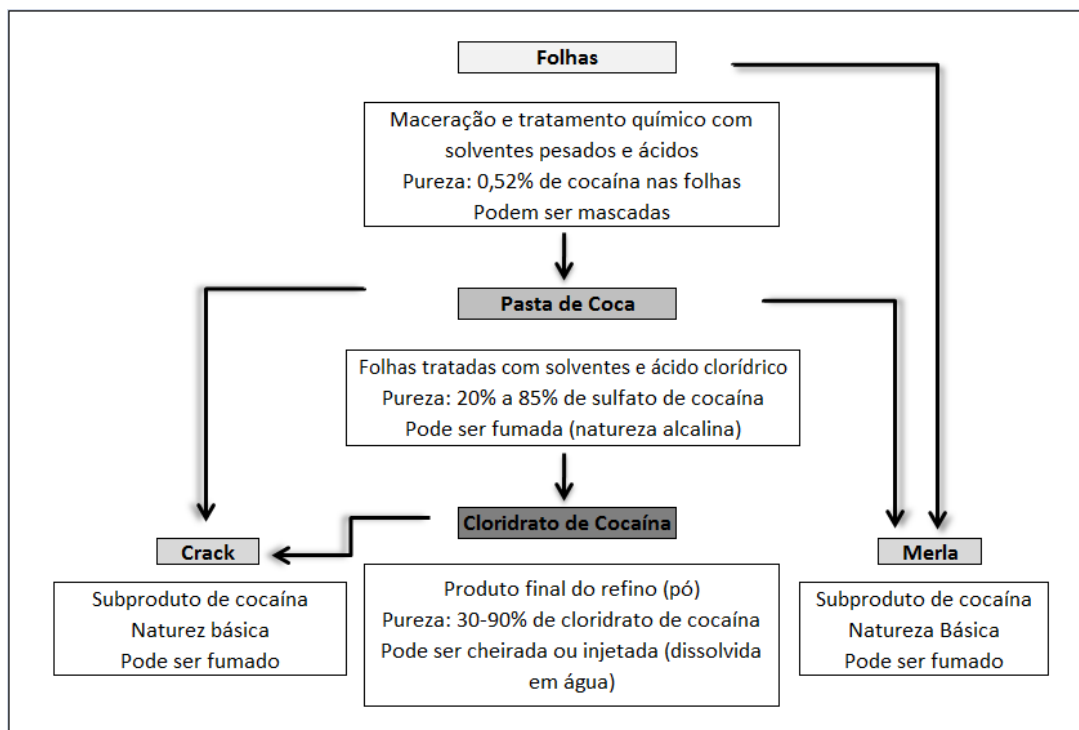


Figura I – Processo de refino da cocaína e subprodutos

Fonte: Prefeitura de São Paulo, 2006, p.92

Em 10 a 15 segundos os primeiros efeitos já ocorrem, enquanto que os efeitos após cheirar o "pó" acontecem após 10 a 15 minutos e após a injeção, em 3 a 5 minutos. Essa característica faz do crack uma droga "poderosa" do ponto de vista do usuário, já que o prazer acontece quase que instantaneamente após uma "pipada".

Porém a duração dos efeitos do crack é muito rápida. Em média duram em torno de 5 minutos, enquanto que após injetar ou cheirar, em torno de 20 e 45 minutos, respectivamente. Essa pouca duração dos efeitos faz com que o usuário volte a utilizar a droga com mais frequência que as outras vias (praticamente de 5 em 5 minutos) levando-o à dependência muito mais rapidamente que os usuários da cocaína por outras vias (nasal, endovenosa). (CEBRID-UNIFESP, s/d)

Subsequente ao imenso prazer, intensa euforia e sentimento de onipotência que a droga gera, surge o desejo desesperado pela repetição da experiência, levando o usuário a se intoxicar novamente, de modo compulsivo. Essa vontade incontrolável de usar a droga é conhecida como fissura, muito mais intensa no caso do crack e da merla, por conta da fugacidade e grandiosidade de seus efeitos, que alguns comparam ao do orgasmo.

Algumas das consequências que a dependência do crack e da merla gera nos usuários são visíveis: perda de peso e massa muscular, além de alheamento com relação à própria higiene e outros cuidados pessoais. Além disso, há outras vivenciadas somente na intimidade das famílias, que chegam ao ponto de terem todos seus bens de consumo vendidos pelo parente dependente da droga, em troca de poucos reais que possam viabilizar a compra de mais crack.

Conforme Martins-Costa *et al* (2013):

A intercorrência mais conhecida do uso específico de crack é uma alveolite hemorrágica difusa, conhecida popularmente como “pulmão do crack”. [...] Outras alterações clínicas importantes em usuários de cocaína são alterações hepáticas secundárias a hepatites virais ou ao uso de outras drogas ilícitas (2,6), e comprometimento de função renal com diminuição da taxa de filtração glomerular por diversos fatores, tais como: promoção de aterosclerose em leito vascular renal, hipertensão e perda da função renal aguda secundária à rabdomiólise. (p.58)

O dependente, em função de um dos sintomas da intoxicação, também é conhecido socialmente como “noia”, pois quando sob o efeito de grandes quantidades da droga, passa a apresentar, além de comportamento violento, irritabilidade e tremores, pensamento paranóico, daí seu apelido.

A respeito da quantidade de droga utilizada e os malefícios decorrentes:

não há consenso sobre qual é a dose de cocaína, muito menos de crack, necessária para desencadear problemas sérios à saúde ou mesmo à vida do usuário, mas acredita-se que o consumo ao redor de 2-4 mg/kg traga redução discreta do fluxo coronariano e aumento da mesma magnitude na frequência cardíaca e na pressão arterial. (MARTINS-COSTA, 2013, p. 144)

A intoxicação por cocaína, independente da via de administração, causa midríase, angina, contrações musculares, convulsões, hipertensão arterial e aceleração dos batimentos cardíacos. Os casos de morte costumam se relacionar a paradas cardiorespiratórias decorrentes de fibrilação ventricular e

diminuição do funcionamento dos centros responsáveis pelo controle da respiração, no cérebro.

Estima-se que o risco de infarto não fatal em usuários crônicos é de sete vezes maior em relação à população e de 24 vezes maior após a primeira hora do consumo, independente de outros fatores de risco e do uso eventual ou crônico da droga. (MARTINS-COSTA, 2013, p. 57)

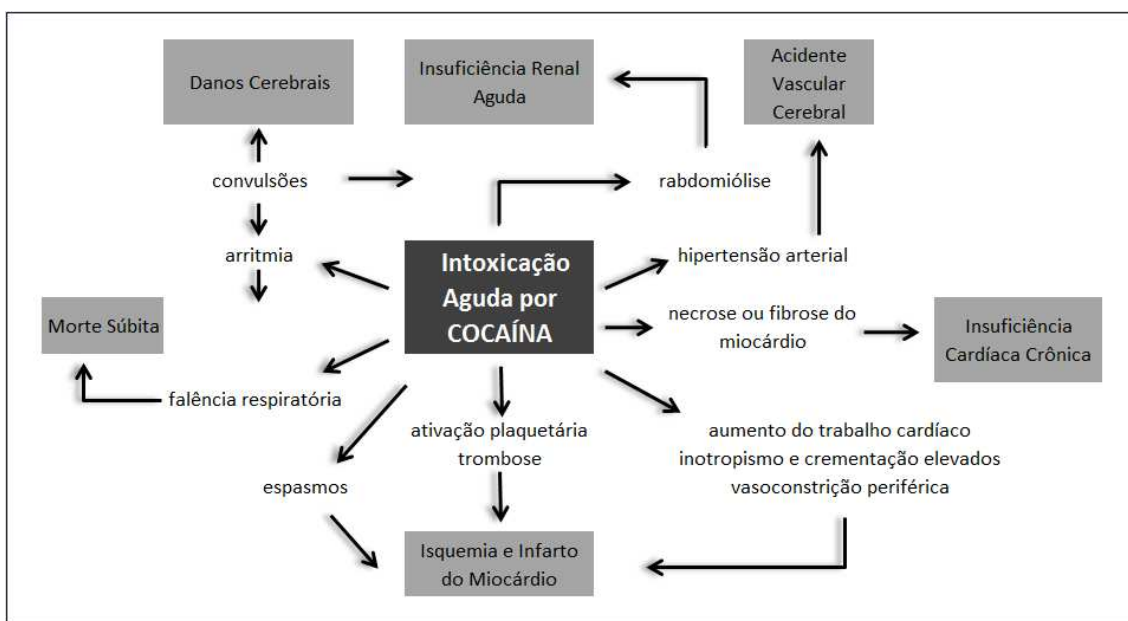


Figura II – Principais complicações decorrentes da *overdose* de cocaína, segundo Benowitz (1992)

Fonte: Prefeitura de São Paulo, 2006

Alterações neurobiológicas decorrentes do uso agudo e crônico de cocaína
1. O uso agudo de cocaína diminui o consumo médio de glicose pelo cérebro. Provoca diminuição aguda do fluxo sanguíneo para regiões como o córtex pré-frontal e os núcleos da base, todos envolvidos com os comportamentos de reforço da dependência.
2. A intensidade dos efeitos euforizantes da cocaína é diretamente proporcional ao bloqueio da recaptção de dopamina pela substância. Tal bloqueio é mais intenso quando a via de administração escolhida é a pulmonar (<i>crack</i>), seguida pela endovenosa e pela intranasal – o que em parte explica a capacidade do <i>crack</i> em gerar mais dependência. A partir dessa constatação, fármacos que ocupam as proteínas transportadoras de dopamina, como o modafinil, têm sido estudados com o intuito de reduzir os efeitos positivos e fissura da cocaína.
3. Entre os usuários crônicos, a redução do consumo médio de glicose pelos neurônios e a hipoperfusão sanguínea podem durar semanas, meses ou mesmo período indeterminado. Observa-se, também, diminuição de receptores dopaminérgicos, especialmente do tipo 2 (D2). Há diminuição da integridade da substância branca na região do córtex frontal, alteração relacionada ao aumento da impulsividade nos usuários.
4. A neuroimagem tem contribuído para o entendimento da fissura ¹²⁴⁻¹²⁶ (C).

Figura III

Fonte: MARQUES *et al*, 2012

A tolerância e a síndrome de abstinência à cocaína não são precisos, mas a fissura costuma ser o efeito da falta da droga mais relatado. No caso da utilização via inalação, a dependência química se instala de forma breve e drástica, ou seja, em semanas, uma pessoa pode se tornar dependente de crack.

O uso crônico da cocaína está altamente associado à dependência física e psicológica, pois seu consumo provoca depleção de neurotransmissores pré-sinápticos e, como consequência, o usuário necessitará de doses progressivamente maiores para obter os efeitos desejados, caracterizando o processo de tolerância farmacológica do organismo à cocaína. (MARTINS-COSTA, 2013, p. 57)

Ainda, a síndrome de abstinência é composta por três fases, descritas abaixo:

Fase I – Crash, que significa uma drástica redução no humor e na energia. Instala-se cerca de 15-30 minutos após cessado o uso da droga, persistindo por cerca de 8 horas e podendo estender-se por até quatro dias. O usuário pode sentir depressão, ansiedade, paranoia e um intenso desejo de voltar a usar a droga, o craving ou fissura. Instala-se a hipersonia, aversão ao uso de mais cocaína, e o indivíduo desperta, em algumas ocasiões, para ingerir alimentos em grande quantidade. Essa última parte pode durar de 8 horas até quatro dias;

Fase II – Síndrome disfórica tardia, que se inicia de 12 a 96 horas depois de cessado o uso e pode durar de duas a 12 semanas. Nos primeiros quatro dias há presença de sonolência e de desejo pelo consumo da droga, anedonia, irritabilidade, problemas de memória e ideação suicida.

Ocorrem recaídas frequentes, como forma de tentar aliviar os sintomas disfóricos;

Fase III – Fase de extinção: aqui os sintomas disfóricos diminuem ou cessam por completo e o “craving” torna-se intermitente. (MARQUES *et al*, 2012, p. 145)

3 – DROGAS PERTURBADORAS DA ATIVIDADE MENTAL

Diferentemente das drogas anteriormente citadas, que somente reduzem ou estimulam o funcionamento normal do cérebro, as drogas perturbadoras têm como característica produzir fenômenos psíquicos anormais.

a) Maconha

É uma planta conhecida cientificamente como *Cannabis sativa* e que possui em sua composição o tetraidrocanabinol (THC), substância responsável por alterar o funcionamento do cérebro, causando as sensações da intoxicação, tais como bem estar, calma, relaxamento, menos fadiga, hilaridade. Todavia, em certas pessoas, os efeitos podem ser exatamente opostos, gerando sensações de angústia, medo de perda do auto-controle, atordoamento e sudorese. Em casos de maior sensibilidade ao THC ou dose de consumo elevada, podem ocorrer delírios e alucinações.

Há pelo menos 5.000 anos, a maconha já era utilizada para fins medicinais ou recreativos, mas por volta da década de 1960, passou a ser considerada droga ilícita em quase todo o mundo, tendo em vista o uso abusivo e suas consequências. Atualmente, é a terceira droga mais utilizada em todo o mundo, perdendo para o álcool e o tabaco; ou seja, dentre as ilícitas está em primeiro lugar no pódio (CRIPPA *et al*, 2005).

Socialmente, trata-se da maconha como responsável por deixar seus usuários com pensamento lentificado, após uso prolongado, como se os deixasse sequelados. Contudo, “a avaliação dos prejuízos neuropsicológicos decorrentes do uso da maconha continua desafiando pesquisadores. Muitos estudos mostram prejuízos significativos no período inicial de abstinência, mas falham em demonstrar déficits residuais”, por mais que já tenham sido apontados em pesquisas que as consequências negativas do uso crônico relacionem-se com diminuição da “capacidade de abstração, formação de conceitos e flexibilidade mental” (ALMEIDA *et al*, 2008, pp.70 e 74).

Efeitos físicos também podem ser observados, como olhos vermelhos, diminuição da salivação e taquicardia, quando do momento da intoxicação. A respeito do uso crônico, os efeitos físicos observados relacionam-se a problemas respiratórios, pois a fumaça do baseado de maconha é bastante irritativa e contém teor de alcatrão maior do que o do tabaco; diminuição da produção de testosterona e conseqüente baixa taxa de fertilidade. Ainda, existe na droga substância cancerígena, o benzopireno, que pode contribuir para maior incidência de cânceres em seus usuários.

Além destes aspectos relevantes, na clínica da dependência química é observado que muitas pessoas, principalmente jovens, apresentam quadros psicóticos⁹ que, por vezes, não arrefecem com a interrupção do uso da droga.

A respeito da síndrome de abstinência da maconha, Almeida *et al* (2008), explicam:

A suspensão abrupta do uso pode se seguir de sintomas de abstinência, tais como inquietação, ansiedade, insônia e alterações motoras. Uma dose diária de 180 mg de THC entre 11 e 21 dias já é o suficiente para produzir uma síndrome de abstinência bem definida.³⁴ Além disso, a maconha tem uma meia-vida de aproximadamente sete dias e, devido ao seu acúmulo no tecido adiposo e extensiva recirculação entero-hepática, a completa eliminação de uma simples dose pode levar até 30 dias. (p.73)

Finalmente, apesar destes aspectos levantados, a maconha, por seus princípios canabinoides, tem podido ser tratada cientificamente de modo terapêutico:

⁹ “[...] existem muitas evidências em animais sugerindo que a psicose induzida pela *cannabis* é mediada pela hiperatividade dopaminérgica [...]” (CRIPPA *et al*, 2005, p.76).

Atualmente, graças a pesquisas recentes, a maconha (ou substâncias dela extraídas) é reconhecida como medicamento em pelo menos duas condições clínicas: reduz ou abole as náuseas e vômitos produzidos por medicamentos anticâncer e tem efeito benéfico em alguns casos de epilepsia. (CEBRID-UNIFESP, s/d)

b) Alucinógenos

As drogas alucinógenas têm por característica mimetizar estados encontrados em pessoas sob surto psicótico (substâncias psicotomiciméticas), pois proporcionam aos seus usuários verem, ouvirem, sentirem ou pensarem de modo alucinado e delirante. “Fisiologicamente atuam primariamente sobre o sistema serotoninérgico, como agonistas, amplificando a ação da serotonina na fenda sináptica e promovendo alterações qualitativas e quantitativas do funcionamento cerebral” (ESCOBAR, J.e ROAZZI, 2010, p.161). Tiveram seu uso popularizado na década de 60, com o movimento hippie, mas

todas as grandes civilizações oferecem exemplos de uso de substâncias alucinógenas [...]. O ritual de cogumelos nas Américas, o emprego de cogumelos tóxicos por feiticeiros e curandeiros da Ásia, a utilização de certos vegetais na feitiçaria européia da Idade Média, o uso do “Khat” em certos países árabes e africanos com a finalidade de atingir estados de medição e de sabedoria representam tais exemplos. (FIGUEIREDO, 2002, p.14)

As reações psíquicas são diversas, intensas e podem se configurar como prazerosas, as *good trips*, ou aterrorizadoras, as *bad trips*, quando o usuário experimenta vivências aniquiladoras e paranoides. Característica comum ao fenômeno da intoxicação por alucinógenos é que a cada vez em que são utilizados, os efeitos são particulares, pois há grande influência do

ambiente e do contexto socioafetivo em que ocorre o consumo. Em rituais nos quais as substâncias são consumidas, costuma haver, por exemplo, a presença de guias que conduzem as 'viagens' dos usuários, algo que favorece a ocorrência das *good trips*.

Abaixo, tratarei do LSD, do Ecstasy (MDMA), de plantas e cogumelos alucinógenos.

- LSD

A Dietamina do ácido lisérgico (LSD-25) foi descoberta por um médico suíço, em 1943, enquanto trabalhava com o ácido lisérgico e se intoxicou acidentalmente (JORDAN, 1896). A característica da droga é causar "distorções no funcionamento do cérebro, trazendo como consequência uma variada gama de alterações psíquicas" (CEBRID-UNIFESP, s/d). Quem se intoxica com o LSD experimenta sensações e percepções alucinatórias em todos os cinco sentidos, além de delírios, costumeiramente de grandiosidade ou persecutoriedade.

A experiência subjetiva com o LSD-25 e outros alucinógenos depende da personalidade do usuário, suas expectativas quanto ao uso da droga e o ambiente onde ela é ingerida. Enquanto alguns indivíduos experimentam um estado de excitação e atividade, outros tornam-se quietos e passivos. Sentimentos de euforia e excitação ("boa viagem") alternam-se com episódios de depressão, ilusões assustadoras e sensação de pânico ("má viagem"; bode). (CEBRID-UNIFESP, s/d)

Os efeitos danosos repousam, em sua maioria, nos transtornos psíquicos durante a fase aguda da intoxicação, já que o usuário tem sua capacidade de crítica muito prejudicada, tendo em vista que uma piscina vazia, pode ser um rio; uma rodovia, um bosque florido. Quanto aos efeitos orgânicos

observáveis, estão a taquicardia, o dilatamento das pupilas, excitação e sudorese, que costumam ocorrer em torno de 15 minutos após o consumo, via oral.

Como o ecstasy, o LSD-25 pode causar o fenômeno do flashback, mas em grau mais intenso. Após semanas ou meses sem consumir a droga, o usuário corre o risco de ser acometido pela revivescência, tal qual do momento da intoxicação. Ou seja, em atividade corriqueira do dia a dia, as alucinações e delírios se manifestam, sem aviso.

Um sintoma característico do LSD-25 é o fenômeno flashback, onde o indivíduo mesmo passando meses ou semanas sem utilizar a droga, apresenta os mesmos sintomas psíquicos como se tivesse o fazendo. (SILVA *et al*, 2013, p. 08)

No tocante à tolerância, ela se manifesta com rapidez, mas da mesma forma deixa de existir quando o uso é interrompido, que não causa síndrome de abstinência. Por estes motivos, raramente alguém se torna dependente químico da droga, por mais que a dependência psicológica possa ocorrer.

- Ecstasy

Como droga de uso recreativo, que pode vir a causar dependência, o ecstasy (MDMA - metilenodioximetanfetamina) é ingerido na forma de comprimidos, geralmente em baladas frequentadas por adolescentes e jovens adultos. Segundo Xavier *et al* (2008),

o MDMA foi sintetizado e patenteado pelo laboratório alemão Merck, em 1912, como inibidor do apetite, mas não se tornou comercialmente viável principalmente em razão de vários efeitos adversos. Em 1950, ressurgiu como método para reduzir a inibição em pacientes

submetidos à psicanálise, atuando como elevador do estado de ânimo e complemento nas psicoterapias. Em 1953, o MDMA reapareceu nos Estados Unidos, quando o exército americano testou inúmeras substâncias com fins militares. O período compreendido entre os anos de 1977 e 1984 ficou conhecido como a época áurea do êxtase. Segundo Saunders, alguns terapeutas reconheciam que o MDMA era uma poderosa ferramenta, considerada a penicilina para a alma. Mas, em 1985, o MDMA tornou-se restrito nos Estados Unidos, fazendo parte da Lista I do Convênio de Substâncias Psicotrópicas, que inclui substâncias com elevado potencial de abuso, sem benefício terapêutico e de uso inseguro, mesmo com supervisão médica. No Brasil é considerada substância de uso proscrito, definida pela Portaria da Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde de número 344, de 12 de maio de 1998. (p. 97)

Segundo material produzido pelo CEBRID-UNIFESP, o MDMA tem por característica associar sintomas alucinógenos ao das drogas estimuladoras do SNC, pois, ao mesmo tempo em que o usuário experimenta, por exemplo, alterações na percepção e diminuição da sensação de medo, também se sente estimulado, com taquicardia, hipertensão arterial, boca seca, náusea, sudorese e euforia. Esta combinação é bastante prejudicial ao funcionamento do organismo, podendo levar à morte por desidratação, sintoma que costuma acontecer. Políticas de redução de danos, como conscientização dos usuários acerca dos efeitos colaterais do uso do ecstasy e orientação sobre a necessidade do consumo de água, facilmente evitam que a intoxicação se torne fatal.

- Cogumelos e Plantas

Conforme recuperado em pesquisa realizada por Rossato (2008), há indícios de ocorrer o consumo de cogumelos alucinógenos por populações hoje denominadas latinoamericanas, há mais de 2000 anos. O uso de tipos específicos de fungos, sempre atrelado a momentos ritualísticos e místicos religiosos, passou a ser realizado de modo recreativo, após a década de 1980. Segundo a autora, das cerca de 10.000 espécies de cogumelos já catalogadas, por volta de 200 possuem potencial alucinógeno, sendo que, no Brasil, os mais encontrados e utilizados são do gênero *Psilocybe*, *Panaeolus* e *Pluteos*. Eles possuem em sua composição a substância alucinógena psilocibina, que apresenta estrutura próxima a da serotonina, neurotransmissor envolvido na regulação de manifestações de agressividade, sono, fome e atividade motora. É em função desta proximidade neuroquímica, que esta substância tem a capacidade de causar tantas modificações sensoriais, perceptuais e de comportamento quando ingerida.

Escobar e Roazzi (2010), abordando estudos recentes a respeito do uso terapêutico da substância, relatam que

A psilocibina também foi utilizada no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). O estudo recente de Moreno *et al.* (2006) buscou observar a segurança, tolerabilidade e eficácia da psilocibina no tratamento de pacientes com TOC, no qual a administração de psilocibina se mostrou segura e bem tolerada nos voluntários, sendo observada uma redução significativa dos sintomas agudos do TOC demonstrado pela Escala Obsessiva Compulsiva de Yale-Brown (YBOCS). Os autores sugerem que a ingestão de psilocibina e substâncias similares podem facilitar os sujeitos a experienciarem um estado de consciência que podem levá-los ao desenvolvimento de poderosos insights e à resolução de profundas questões existenciais [...].

Outra aplicação da psilocibina recente é o uso em pacientes terminais de câncer. A exploração principal foi o tratamento da ansiedade existencial, desespero e isolamento, normalmente presentes nos pacientes de câncer terminal. (p.164-165)

A planta brasileira *Mimosa hostilis*, conhecida popularmente como Jurema é utilizada em rituais de Candomblé, por exemplo. A substância alucinógena existente na planta é a dimetiltryptamina ou DMT, também presente em outras espécies.

A DMT é quimicamente semelhante à psilocibina, [...] possuindo similaridades estruturais com a serotonina, dopamina e norepinefrina (noradrenalina), que também possuem ações e efeitos similares sobre o sistema serotoninérgico. (ESCOBAR, 2012, p. 25)

Caapi e Chacrona são duas plantas nas quais também está presente a DMT e que, quando fervidas juntas, na forma de chá, produzem a Ayahuasca, bebida originariamente produzida com fins religiosos por índios da América do Sul. Atualmente, é consumida em rituais de seitas como a do Santo Daime.

Escobar (2010), tratando do panorama do consumo terapêutico, assinala que:

embora o Brasil viva atualmente um fenômeno ímpar, caracterizado pela aprovação de um último documento responsável por regular e assegurar legalmente o uso religioso de uma substância psicodélica particular, a ayahuasca, poderosa bebida alucinógena originária da Amazônia, rica em DMT, o conhecimento acerca das propriedades e potencialidades biomédicas dessa e de

outras substâncias são ainda bastante desconhecidas em nosso país. (p.161)

Tem sido demonstrada que a ayahuasca não promove adição, nem apresenta o fenômeno de tolerância química, nem alterações importantes de diversos fatores bioquímicos, hormonais, hepáticos e renais. Com salvaguardas à alteração significativa da pressão arterial sanguínea, não é recomendada a pacientes com hipertensão ou problemas cardiovasculares, nem em pessoas com parentesco de 1º e 2º graus de esquizofrenia, ou ainda em pessoas com estado psicológico vulnerável. (p.165)

O Mescal ou Peyote, por sua vez, é um cacto (não existente no Brasil), que possui a mescalina como princípio ativo alucinógeno e é utilizado desde remotos tempos na América Central, em rituais religiosos.

c) Anticolinérgicos

Substâncias anticolinérgicas, presentes tanto em medicações como em plantas, tal qual a trombeta, têm como característica principal bloquear a ação do neurotransmissor acetilcolina, causando dilatação das pupilas, boca, seca, taquicardia e diminuição ou paralisia da atividade intestinal. Em doses muito grandes, ocorrem sintomas como hipertermia e os desejados por quem se intoxica propositalmente, as alucinações, as quais, assim como ocorre com as outras substâncias já listadas, têm sua qualidade atrelada ao momento em que ocorre o uso.

Atualmente, existem medicações como Artane® (trixafenidil) e Akineton® (biberideno) que são utilizadas no tratamento de parkinsonismo e

Bentyl[®] (dicyclomina), na terapêutica de doença intestinais, como a síndrome do cólon irritável.

“Estas drogas não desenvolvem tolerância no organismo e não há descrição de Síndrome de Abstinência após a parada de uso contínuo” (CEBRID-UNIFESP, s/d).

d) Esteroides Anabolizantes

Conforme material do CEBRID-UNIFESP e o Manual da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, de 2011, os esteróides anabolizantes são drogas relacionadas ao hormônio masculino testosterona, os quais costumam ser usados em tratamentos de doenças em que haja déficit deste hormônio. Todavia, para além do uso clínico, pessoas interessadas em ganhar massa muscular, ingerem ou aplicam injeções com doses aumentadas da substância. Sabe-se que também fazem combinações de múltiplos anabolizantes, inclusive daqueles destinados para uso veterinário, todos vendidos de modo ilegal, sem receita. “No Brasil não se tem estimativa deste uso ilícito, mas sabe-se que o consumidor preferencial está entre 18 a 34 anos de idade e em geral são do sexo masculino” (CEBRID-UNIFESP, s/d). As drogas mais utilizadas são Androxon[®] Durateston[®], Deca-Durabolin[®].

O uso abusivo de esteróides relaciona-se com os sintomas descritos abaixo:

tremores, acne grave, retenção de líquidos, dores nas juntas, aumento da pressão sanguínea, alteração do metabolismo do colesterol – diminuindo o HDL (a boa forma do colesterol) e aumentando o LDL com aumento do risco de doenças coronarianas, alterações nos testes de função hepática, icterícia e tumores no fígado, policitemia, exacerbação da apneia do sono, estrias e maior tendência às lesões do aparelho locomotor, pois as articulações não estão aptas para o aumento de força

muscular. Além desses, aqueles que se injetam ainda correm o perigo de compartilhar seringas e contaminar-se com o vírus da AIDS ou hepatite. (RIBEIRO, 2001, p.100)

Ainda,

No homem: os testículos diminuem de tamanho, a contagem de espermatozoides é reduzida, impotência, infertilidade, calvície, desenvolvimento de mamas, dificuldade ou dor para urinar e aumento da próstata. Na mulher: crescimento de pelos faciais, alterações ou ausência de ciclo menstrual, aumento do clitóris, voz grossa, diminuição de seios. No adolescente: maturação esquelética prematura, puberdade acelerada levando a um crescimento raquítico. (CEBRID-UNIFESP, s/d).

No tocante aos efeitos psíquicos dos anabolizantes, são relatados sentimento euforizante e de invencibilidade, aumento da agressividade, episódios de ciúme patológico, irritabilidade intensa, confusão mental e esquecimentos. Além disso, usuários, “frequentemente, tornam-se clinicamente deprimidos quando param de tomar a droga, um sintoma de síndrome de abstinência que pode contribuir para a dependência”.

• DEPENDÊNCIA QUÍMICA

O consumo de drogas costuma ser definido por uso, abuso e dependência. O uso refere-se a qualquer auto-administração de substância psicoativa, podendo ser, inclusive, recreativo. Abuso, por sua vez, é a terminologia empregada para descrever o uso qualitativa e/ou quantitativamente danoso para a saúde, seja física ou psíquica. Conforme o novo *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-5 (DSM-5)*, o uso abusivo não é mais compreendido como menos intenso do que o da dependência química, ou necessariamente seu antecessor. Atualmente, são consideradas abusadoras pessoas que apresentam relação preocupante com psicoativos e devem ser acompanhadas com o rigor necessário (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014). Assim sendo, pode-se compreender que não é necessário ser dependente para ter problemas quanto ao consumo. Contudo, paradoxalmente, segundo a *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)*, o diagnóstico de abuso – uso nocivo – não deve ser realizado caso não haja a presença da síndrome de dependência, de transtorno psicótico ou algum outro transtorno específico, relacionado ao uso de psicotrópicos (OMS, 2008).

Dartiu Xavier da Silveira Filho (1995), em seu livro *Drogas – Uma Compreensão Psicodinâmica das Farmacodependências*, oferece importante diferenciação entre os dependentes químicos e os outros usuários. Segundo seu ponto de vista, sofre de dependência a pessoa para quem a droga tem “papel central na sua organização, na medida em que, através do prazer, ocupa lacunas importantes, tornando-se assim indispensável ao funcionamento psíquico” (p.03).

Conforme a Organização Mundial da Saúde, a síndrome da dependência química pode ser definida como¹⁰,

¹⁰ Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/, acesso em 06.12.2014.

um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que pode se desenvolver após o uso repetido da substância. Normalmente, esses fenômenos incluem:

1. forte desejo de usar a droga,
2. controle deficiente sobre sua utilização,
3. uso persistente apesar das consequências nefastas,
4. prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações,
5. aumento da tolerância e
6. uma reação física de abstinência, quando o uso de drogas é descontinuado.

Na CID- 10, o diagnóstico de síndrome de dependência é feito *se três ou mais dos seis critérios* especificados forem experimentados *dentro de um ano*. A síndrome de dependência pode dizer respeito a uma substância específica (por exemplo, tabaco, álcool ou diazepam), uma classe de substâncias (por exemplo, opioides) ou um leque mais vasto de substâncias farmacologicamente diferentes. (Enumeração e grifos meus)

Como é possível notar, a despeito do psicotrópico utilizado, os parâmetros para a avaliação do quadro da dependência química são os mesmos. Segundo da Silveira Filho (1995):

De uma forma geral, estão incluídas em uma mesma terminologia realidades individuais extremamente diferentes. Torna-se imperativo lembrarmos que uma farmacodependência é uma organização processual de um sintoma cuja gênese é tridimensional: a substância psicoativa com suas propriedades farmacológicas específicas; o indivíduo, com suas características de personalidade e sua singularidade biológica; e,

finalmente, o contexto sociocultural, onde se realiza o encontro entre indivíduo e droga. (p.02)

Na tese de doutoramento em ciências pela Faculdade de Medicina da USP, André Brooking Negrão (2012) aponta que as capacidades farmacológicas de psicotrópicos causarem dependência não podem ser entendidas como o fator mais relevante na síndrome acima descrita. Por mais que estas substâncias tenham como característica mimetizar o funcionamento cerebral de áreas específicas, causando prazer, não é maioria o número de pessoas que se torna dependente. Quanto à cocaína, por exemplo, o autor enumera artigos científicos que trazem índices de transição do quadro de abuso para o de dependência química:

estes dados, em conjunto, mostram que a parcela de pessoas que evoluem para uma adição não passa de 16%, mesmo depois de uma década de exposição à cocaína. Estes dados reduzem a relevância dos aspectos estritamente farmacológicos da cocaína na susceptibilidade para a dependência e servem para aquilatar a valência da cocaína dentre os demais componentes de risco em modelo causal. (p.08)

Nesse mesmo sentido, são apresentados dados de pesquisas recentes com ratos submetidos a consumo constante de cocaína. Quando oferecidas sacarina e a droga ao mesmo tempo, “invariavelmente, a maioria dos ratos prefere sacarina e só uma parcela inferior a 15% demonstra padrão consistente de uso [da cocaína] ao longo do tempo” (NEGRÃO, 2012, p.09). Quanto à passagem do abuso do álcool para a dependência, há estudos que indicam terem sofrido a transição 28% de participantes analisados (SILVEIRA *et al.* 2011). Para Negrão, enfim, resultados como esses indicam que os determinantes da dependência química repousam também no ambiente no qual as pessoas estão inseridas, bem como em sua constituição individual,

sendo que quanto mais cedo se dê o contato inicial com psicotrópicos, maiores serão as chances da transição de um quadro de uso problemático para o de dependência.

No tocante aos aspectos constitutivos de ordem genética, as pesquisas mais confiáveis são realizadas por meio da análise das taxas de concordância do diagnóstico de dependência química entre gêmeos, esperando-se que aqueles que possuem carga genética idêntica (monozigóticos) apresentem incidência maior do diagnóstico entre si do que entre os gêmeos dizigóticos. Negrão (2012), Gynther *et al.* (1995), Kendler *et al.* (2000), Agrawal e Lynskey (2008) encontraram resultados em suas pesquisas que lhes permitem afirmar, dentre todas as dependências, a de cocaína é a que possui taxa de herdabilidade¹¹ genética mais marcada, chegando a 79%, maior, inclusive, do que doenças conhecidamente de transmissão hereditária, como diabetes mellitus tipo 2.

Contudo,

nunca é demais ressaltar alguns pontos: nenhuma dependência de substância é 100% determinada geneticamente; segundo, parte do que contribui para dependência é de ordem ambiental (disponibilidade, estressores ambientais, etc) [...]. O papel dos fatores genéticos não é estático e interage com o ambiente ao longo do desenvolvimento do indivíduo. [...]

Acompanhando gêmeos a partir do início da adolescência, os autores (Kendler *et al.* 2008) observaram que fatores ambientais exercem relevância na busca

¹¹“A herdabilidade mede o grau de correspondência entre fenótipo e valor genético, ou seja, é aquilo que influencia a próxima geração. Em termos mais simples, imagine duas vacas em dois rebanhos diferentes. Quanto de sua diferença em produção de leite é devido à genética, e quanto é devido a manejo? Acontece que cerca de 30 por cento é devido à genética e 70 por cento é devido ao manejo e ambiente. Portanto, o leite tem uma herdabilidade de 0,30”. Disponível em: <http://www.altagenetics.com.br/novo/noticias/Ler.aspx?nID=1627> Acesso em - 1.02.2015.

inicial pelo uso de drogas e nos padrões de uso na adolescência. Após os 30 anos de vida, finda progressivamente o papel do ambiente e há predomínio de influências genéticas nos indivíduos dos pares de gêmeos que eram diagnosticados como dependentes químicos de álcool, maconha ou nicotina. [...] com o aumento da idade diminuem os efeitos ambientais comuns e aumenta a herdabilidade sobre a adicção a drogas. (NEGRÃO, 2012, p.16)

Conforme pesquisa de Martins-Costa *et al* (2013), no tocante às causas ambientais,

a família é uma das principais áreas capazes de influenciar a vulnerabilidade do indivíduo para iniciar e atingir padrões problemáticos de consumo, tanto de forma direta – por transmissão genética ou pela exposição ao consumo dentro do ambiente familiar – quanto indireta, por meio da violência, abuso e estresse continuados, muitas vezes decorrentes de estruturas familiares caóticas ou demasiado rígidas, carentes de comunicação entre os seus membros e dotadas de relações de apego marcadas pela insegurança e/ou abandono. (p.143)

Vale ressaltar que compreendo a influência ambiental na constituição da dependência química não somente como o *locus* sociocultural no qual se insere o sujeito. Ou seja, nesta dissertação, as causalidades da influência ambiental são consideradas como algo que se estabelece por meio da intersubjetividade, seja ela vivida no âmbito social ou da intimidade familiar.

A seguir, serão apontadas as aproximações psicanalíticas com o tema da dependência química, pois é à luz da psicanálise que procuro compreender

quais são os aspectos das influências nomeadas como ambientais pela ciência com a qual fiz interlocução até este momento.

II - DEPENDÊNCIA QUÍMICA – APROXIMAÇÕES PSICANALÍTICAS

Desde o início da produção teórica de Freud, a dependência química vem sendo objeto de investigação psicanalítica, por mais que, em suas publicações, o autor pouco tenha se dedicado ao tema – apesar de ter feito, ele mesmo, conhecidas experiências com cocaína¹². Segundo da Silveira Filho (1995), provavelmente, o fracasso de Freud com estas experiências pode ter sido o motivo relevante para a falta de trabalhos significativos em sua obra sobre esse tema.

Waks (1998), em dissertação sobre toxicomania e psicanálise, compreendeu, após pesquisa realizada em biografias sobre Freud, que o silêncio quanto à dependência química em sua obra não se tratava de desinteresse ou ausência de pacientes com tal forma de sofrimento. Para o pesquisador, a “ausência não é mera coincidência, mas um fato verdadeiramente paradoxal, dada a importância que a droga e a toxicomania tiveram na sua vida pessoal e no desenvolvimento da psicanálise” (p.29).

Ele explica que a relação de Freud com a cocaína se iniciou em abril de 1884, encerrando-se onze anos depois, após ter se auto-administrado a droga, bem como receitado para familiares e amigos, dentre eles Ernst Von Fleischl (1846-1891), colega da época dos estudos de fisiologia, que se tornou morfinômano. Com a intenção de livrá-lo da dependência, Freud recomendou desintoxicação da morfina pelo uso da cocaína, algo que levou Fleischl a se tornar dependente da droga, vindo a falecer depois de sete anos, como drogadicto, em condições penosas. Após esta experiência, sucederam-se alguns artigos, todos marginalizados, inclusive como textos pré-psicanalíticos, “passando a ser de verdadeiro domínio público, somente, a partir da edição compilada por Byck em 1974” (WAKS, 1998, p. 36).

¹² “Em 1883, procurando fazer uma grande descoberta para tornar-se célebre, Freud fez experiências com o alcalóide da coca. Em 1884, publicou um artigo no qual recomendava o uso da cocaína para vômitos e distúrbios da digestão. Redigiu depois cinco outros textos sobre o tema.” (ROUDINESCO e PLON, 1998, p.438)

O pesquisador relaciona com o início da psicanálise os episódios com cocaína e todo o rechaço e culpa sofridos posteriores:

Freud abandona totalmente o uso pessoal ou terapêutico da cocaína onze anos após tê-la experimentado pela primeira vez. Esta data, 1895, coincide com a primeira interpretação psicanalítica de um sonho [, o de Irma], com o começo da sua auto-análise e o alvorecer da história propriamente dita da psicanálise. [...] O fracasso de Freud com a cocaína marca uma ruptura: o abandono de toda substância como suporte da tentativa de cura. Sua inicialmente completiva prática médica passou a ser uma prática de curar sem medicamentos, que deu lugar a uma solução criativa. Tratar as manifestações psicopatológicas através de uma prática inédita: a psicanálise. (WAKS, 1998, p.43)

Finalizando sua análise, Waks (1998) descreve, detalhadamente, que Freud era, ele mesmo, um toxicômano dependente do tabaco, vindo a padecer do coração, entre 1893 e 1895¹³. Quando orientado por Fliess, na ocasião, a se abster do uso do fumo, Freud entrara em sofrimento, com sintomas de angústia e melancolia. O silêncio de Freud quanto ao tema da dependência é marcado, enfim, pelo trauma com relação à cocaína, bem como pela descoberta (talvez auto-referenciada?) da inanalísibilidade da dependência química, que estaria “aquém da possibilidade de transferência e conseqüentemente além da eficácia terapêutica da Psicanálise” (p.60).

Apesar do “silêncio”, é possível encontrar na obra freudiana alusões ao tema e é sobre elas que se voltam os próximos parágrafos¹⁴.

¹³ Além de câncer de palato, no final da vida.

¹⁴ Para esta etapa utilizei indicações de KALLAS (2007) e DA SILVEIRA FILHO (1995).

Em 1897, em cartas a Fliess, bastante marcado por sua própria toxicodependência, como vimos, Freud abordou a vinculação do alcoolismo a impulsos de ordem oral e associou as adicções à masturbação, afirmando que elas se conformariam em substituição ao ato auto-erótico, propiciando, tal qual, um meio de satisfação independente da vinculação com o outro.

No ano seguinte, Freud (2006/1898) publica “A sexualidade e a etiologia das neuroses” texto no qual associa a dificuldade de extinguir o “vício” em estratégias patológicas de satisfação sexual com a dependência de narcóticos. Segundo o autor, o vínculo existente entre eles é a posição que ocupam como “substitutos da falta de satisfação sexual”, sendo que o simples intento em extingui-los sem se “importar com a fonte de que brota sua necessidade imperativa”, levaria o tratamento ao fracasso (p.262).

Em “Chiste e sua relação com o inconsciente”, Freud (2006/1905b) aponta que o adulto, por meio do uso do álcool, encontraria prazer infantil com o arrefecimento das repressões, adquiridas com o amadurecimento:

Uma mudança no estado de espírito é o mais precioso dom do álcool à humanidade e, devido a isso, o ‘veneno’ não é igualmente indispensável para todos. Uma disposição eufórica, produzida endogenamente ou por via tóxica, reduz as forças inibidoras, entre as quais o senso crítico, tornando de novo acessíveis fontes de prazer sobre as quais pesava a supressão. É muito instrutivo observar como os padrões de chiste se extinguem à medida que o humor melhora. Pois bom humor substitui o chiste assim como os chistes devem tentar substituir o bom humor, onde as possibilidades de prazer – entre elas, o prazer *non sense* – por outra parte, inibidas, podem recuperar-se: ‘Com pouco espírito e muito prazer’. Sob a influência do álcool o adulto torna-se outra vez criança, tendo de novo o prazer de dispor de seus pensamentos livremente sem observar a compulsão lógica. (pp.123-124)

No mesmo ano, Freud (2006/1905a) novamente expõe, em “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, a ligação que faz entre o uso do álcool e sensações prazerosas, posto que, ao tratar do auto-erotismo, relaciona a significação erógena oral intensificada, em algumas crianças, com o futuro desenvolvimento adulto de outras modalidades de excitação da região oral:

Nem todas as crianças praticam [o] chuchar. É de se supor que cheguem a fazê-lo aquelas em quem a significação erógena da zona labial for constitucionalmente reforçada. Persistindo essa significação, tais crianças, uma vez adultas, serão ávidas apreciadoras de beijo, tenderão a beijos perversos ou, se forem homens, terão um poderoso motivo para beber e fumar. (pp. 171-172)

Em “Sobre a tendência universal à depreciação na esfera do amor (contribuições à psicologia do amor II)”, Freud (2006/1912), *en passant*, cita que a relação entre um “beberrão” ou “alcoólatra” com a bebida é tida por eles como “a mais harmoniosa possível”, um “modelo de casamento feliz”; diversa da experiência “do amante com seu objeto sexual [...] tão profundamente diferente”, sempre marcada pela impossibilidade de “realização da satisfação completa” (pp. 193-194).

Em “Luto e melancolia”, Freud (2006/1917[15]) relaciona os estados maníacos com a embriaguez alcoólica ao explicar a economia psíquica que permite a transposição da melancolia para a mania. Segundo ele, os sentimentos de intensa exaltação e alegria vivenciados pelo sujeito embriagado, são possíveis, pois

aqui, provavelmente, ocorre uma suspensão, produzida por toxinas, de dispêndios de energia na repressão. A opinião popular gosta de presumir que uma pessoa num estado maníaco desse tipo se deleita no movimento e na ação porque ela é muito ‘alegre’. Naturalmente, essa falsa

conexão deve ser corrigida. O fato é que a condição econômica na mente do indivíduo [...] foi atendida, sendo essa a razão porque ele se acha tão animado, por um lado, e tão desinibido em sua ação por outro. (p.259)

No texto em que trata do “Humor”, Freud (2006/1927) menciona brevemente a intoxicação como uma das estratégias que “a mente humana construiu a fim de fugir à compulsão para sofrer – uma série que começa com a neurose e culmina na loucura, incluindo a intoxicação, a auto-absorção e o êxtase” (p. 167).

De meu ponto de vista, em “Mal estar na civilização” (FREUD, 2006/1930[29]), encontra-se sua contribuição mais marcante para o tema, relacionando a drogadição com a tentativa de remediar o mal estar causado pelas contingências da realidade. Nas palavras de Freud (2006/1930[29]):

O serviço prestado pelos veículos intoxicantes na luta pela felicidade e no afastamento da desgraça é tão altamente apreciado como um benefício, que tanto indivíduos quanto povos lhes concederam um lugar permanente na economia de sua libido. Devemos a tais veículos não só a produção imediata de prazer, mas também um grau altamente desejado de independência do mundo externo, pois se sabe 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. Sabe-se igualmente que é exatamente essa propriedade dos intoxicantes que determina o seu perigo e a sua capacidade de causar danos. (p.86)

Como se pode notar, as contribuições de Freud oferecem as primeiras notas do que seria o funcionamento psíquico subjacente ao uso de drogas, ou mesmo do quadro de dependência química. No seu entendimento, essas substâncias seriam, principalmente, veículos para entorpecimento, funcionando como estratégia para obtenção de prazer e diminuição dos sofrimentos advindos da vida civilizada. A partir de suas construções teóricas, outros pensadores da psicanálise se debruçaram sobre o tema, tendo em vista, inclusive, o crescente número de dependentes químicos em todo o mundo e a insuficiência dos métodos terapêuticos existentes. Olievenstein (1985), Joyce McDougall (1987) e Gurfinkel (1995) são as referências principais para esta etapa da pesquisa, permitindo uma compreensão mais apurada das especificidades que na reflexão de Freud faziam parte de um campo mais abrangente.

Gurfinkel (1996), em seu livro *A Pulsão e seu Objeto-Droga – estudo psicanalítico sobre a toxicomania*, faz trabalho minucioso a respeito do tema, percorrendo pontos importantes de teorias psicanalíticas para responder à pergunta: “o que se passa com o sujeito que não pode mais parar?” (p. 39).

A princípio, o autor chama a atenção para o fato de a dependência química ser mais uma das manifestações existentes dentro do espectro das adicções ou dependências em geral, também possuindo ações “impulsivas e irrefreáveis” como aquelas existentes em adictos a jogos, a compras e a sexo, por exemplo (p.40).

Recorrendo a autores como Liberman (1981) e McDougall (1984 e 1987), explica que o funcionamento psíquico desses sujeitos seria o mesmo encontrado em outras psicopatologias, posto que, dentro do mesmo campo classificatório, estariam inseridas também a perversão e as psicopatias. Para Liberman, que propôs definição psicopatológica por meio de categorização dos

estilos de comunicação estabelecida pelos sujeitos, este grupo apresentaria discurso épico, sendo “‘pessoas da ação’ ou de caráter impulsivo”. (LIBERMAN, 1981 *apud* GURFINKEL, 1996, p. 41):

O que parece ser o essencial destes tipos psicopatológicos é a incapacidade de pensar e a substituição do pensamento pela ação. [...] a pessoa é capaz de perceber a tensão da necessidade, mas é incapaz de codificá-la em termos verbais e transmitir a mensagem a fim de que seja satisfeita. [...] O efeito desta falha é um estado crônico de frustração, que gera o tédio e a agressão própria da insatisfação. A apatia surge da falta de direção que conduz ao objeto e do desgaste próprio da fadiga, e a irritabilidade é sua expressão fenomênica. (p.42)

A única maneira de conseguir se livrar do quadro descrito seria a ação, que significaria, ao mesmo tempo, meio para descarga de tensão e via de comunicação para o que não consegue ser traduzido em palavras. Desta forma, para pessoas como os dependentes químicos, “cada um dos atos pode ser decodificado considerando-o como um componente semântico” e as palavras teriam, por sua vez, “estatuto de atos”. Como consequência, o sujeito encontraria no controle e manipulação da realidade os meios para compensar as dificuldades da comunicação intersubjetiva prejudicada (GURFINKEL, 1996, p. 42).

Joyce McDougall (1987) propõe também que adictos tenham não apenas a ação como via de comunicação proeminente, mas como estratégia para dispersão dos afetos, posto que seriam sujeitos com imensa dificuldade de conseguirem elaborar conflitos internamente. Pouco importaria o objeto eleito pelo adicto, pois o fundamental é o modo como o sujeito venha a se relacionar com ele:

objeto que nunca completa a transição para o registro da linguagem ou do pensamento [...] Como o objeto adictivo é uma tentativa de resolução de conflitos internos, seu efeito é transitório, e a atividade adictiva tem que ser renovada continuamente¹⁵. (GURFINKEL, 1996, p. 44)

Com estas explicações, ficam implícitos fracassos no desenvolvimento primitivo daqueles que se tornam adictos, pois os sintomas descritos se manifestam no campo da diferenciação eu-objeto e do mundo intra e extrapsíquico, bem como na capacidade de auto-continência.

Gurfinkel (1996) traz à baila o conceito de simbiose ao explicar o que seria um desenvolvimento infantil que propiciasse sinais como os acima expostos, relacionando a experiência simbiótica não dissoluta mãe-filho como protótipo para a relação do dependente químico com a droga. Esta relação simbiótica foi descrita por Bleger (1977) como

uma estreita interdependência entre duas ou mais pessoas que se complementam para manter controladas, imobilizadas e, até certo ponto, satisfeitas as necessidades das partes mais imaturas da personalidade; tais partes exigem condições que estão dissociadas tanto da realidade como das partes mais maduras ou integradas da personalidade. (p.108 *apud* GURFINKEL, 1996, p. 47)

Esta dinâmica faria com que os objetos, que deveriam ser internalizados, mantivessem-se projetados¹⁶ no outro do par simbiótico: “o dependente nada

¹⁵Esta compreensão pode ser corroborada pelas recentes descobertas expostas por Negrão (2012), tal como citado anteriormente, já que não reside no poder farmacológico da droga o que a torna objeto de dependência.

¹⁶ “Termo utilizado por Sigmund Freud a partir de 1895, essencialmente para definir o mecanismo da paranoia, porém mais tarde retomado por todas as escolas psicanalíticas para

tem dentro de si; parte dele está em cada um de seus objetos” (p.49). Assim, o objeto-droga se tornaria um dos eleitos na perpetuação de uma relação primitiva que não encontrou meio para a dissolução.

Em virtude da marca de significativa indiscriminação eu-outro, que prejudica a vinculação com o extrapsíquico, uma série de implicações ao desenvolvimento passaria a ocorrer. Segundo Gurfinkel, “as aquisições próprias da introdução ao princípio de realidade são justamente as funções psíquicas que são deficientes no toxicômano” (p.79). Assim sendo, o sujeito ficaria praticamente restrito ao campo do princípio do prazer, com um funcionamento psíquico regido pelo processo primário, ambos articulados ao registro do primitivo e inconsciente.

A respeito do que seja o processo primário, Freud (2006/1900) esclarece, em “A Interpretação dos sonhos”, que:

Quando descrevi como “primário” um dos processos psíquicos que ocorrem no aparelho anímico, o que tinha em mente não eram apenas considerações sobre a importância relativa e a eficiência; pretendi também escolher um nome que desse uma indicação de sua prioridade cronológica. É verdade que, até onde sabemos, não existe nenhum aparelho psíquico que possua apenas um processo primário e, nessa medida, tal aparelho é uma ficção teórica. Mas pelo menos isto é um fato: os processos primários acham-se presentes no aparelho anímico desde o princípio, ao passo que somente no decorrer da vida é que os processos secundários se desdobram e vêm inibir e sobrepor-se aos primários; é possível até que sua completa supremacia só seja atingida no apogeu da vida. (p. 629)

designar um modo de defesa primário, comum à psicose, à neurose e à perversão, pelo qual o sujeito projeta num outro sujeito ou num objeto desejos que provêm dele, mas cuja origem ele desconhece, atribuindo-os a uma alteridade que lhe é externa” (ROUDINESCO e PLON, 1998 [97], p. 603)

A título de maior elucidação, Garcia-Roza (2005[84]) evidencia que:

a distinção entre os dois modos de funcionamento do aparelho psíquico – o processo primário e o secundário – [...] corresponde aos dois modos de circulação da energia psíquica: a energia livre e a energia ligada, assim como corresponde também à oposição entre o princípio de prazer e o princípio de realidade. (p.57)

A primeira [energia livre] procurando a descarga da maneira mais rápida e direta possível e tendendo à “identidade perceptiva”, isto é, procurando reinvestir as representações ligadas às experiências de satisfação de forma alucinatória, e a segunda [energia ligada] escoando-se para a descarga de forma mais controlada e investindo de maneira mais estável as representações. (p.91)

O processo secundário decorre de uma modificação do primário, que vem, após a diferenciação entre eles, manifestar-se por meio dos sonhos, atos falhos, sintomas, etc – emergentes do inconsciente –, os quais conseguimos apreender por meio dos sistemas pré-consciente e consciente de nosso aparelho psíquico. Nas palavras de Freud (2006/1900):

em consequência do aparecimento tardio dos processos secundários, o âmago de nosso ser, que consiste em moções de desejo inconscientes, permanece inacessível à compreensão e à inibição pelo pré-consciente; o papel desempenhado por este restringe-se para sempre a direcionar pelas vias mais convenientes as moções de desejo vindas do inconsciente. Esses desejos inconscientes exercem uma força compulsiva sobre todas as tendências anímicas posteriores, uma força com que essas tendências são obrigadas a aquiescer, ou que

talvez possam esforçar-se por desviar e dirigir para objetivos mais elevados. (p. 629)

Ao longo do desenvolvimento, portanto, não ocorre a substituição do processo primário pelo secundário, mas “um aumento crescente das exigências deste em face do escoamento das excitações do primeiro” (GARCIA-ROZA (2005[84], p.91). Na toxicomania, o conceito de processos primário e secundário dá suporte teórico para reflexão a respeito tanto da relação do sujeito dependente químico com a realidade e seus objetos, bem como com a dualidade prazer/desprazer, típica do fenômeno da drogadição. Para Gurfinkel (1996), “talvez pudéssemos considerar que o prazer ocupa, em relação ao uso de drogas e à toxicomania, o mesmo lugar que a sexualidade ocupou em relação às neuroses nos primórdios da psicanálise” (p. 60). Para além da mais simples das formulações a respeito da busca pela droga, que evidencia a procura pelo prazer e evitação do desconforto, o autor hipotetiza que a “maneira de se obter prazer através da droga é similar àquela própria do processo primário” (p. 69).

Segundo Freud (2006/1911), a substituição do princípio do prazer pelo da realidade, que traz amalgamada a diferenciação do processo primário no secundário, não implica em uma destruição do princípio do prazer, mas “apenas sua proteção. Um prazer momentâneo, incerto quanto a seus resultados, é abandonado, mas apenas a fim de ganhar mais tarde, ao longo do novo caminho, um prazer seguro” (p. 242).

Ao considerar-se que o modo do toxicômano obter prazer é similar ao do operado pela ação do processo primário, que traz consigo a alucinação para realização do desejo – tal qual faz o bebê ao sugar o dedo, em busca do prazer experienciado ao mamar no peito –, pode-se apontar que o dependente químico se utiliza do caminho mais curto, um atalho, para sua satisfação pulsional. Como consequência deste funcionamento primitivo, seus correlatos também se fazem operantes, fazendo com que outros aspectos do modo de se relacionar com os objetos se deem de maneira também primitiva.

Os mecanismos aos quais o toxicômano recorre são a idealização, a identificação com o objeto ideal e o controle onipotente dos objetos: sob a dominância destes mecanismos ocorre a negação de toda frustração e ansiedade. O toxicômano “recorre às drogas para a consecução dos estados de sonolência tendentes ao sono. Ele, aí, beatificamente, alucina o objeto ideal e se sente unido ou identificado com ele [...] parece uma regressão à fase da infância em que a criança utiliza suas fantasias de satisfação alucinatória de desejos para lidar com suas ansiedades, [...] do mesmo modo que a criança usa os dedos ou o polegar como subsídio para alucinar o seio ideal”. (ROSENFELD, 1960, p. 150 *apud* GURFINKEL, 1996, p. 88)

Contudo, é importante esclarecer, que o dependente químico ao “alucinar” não nega a realidade, mas a cria em certos aspectos, exercendo, concomitantemente, um movimento intenso de se manter conectado com o compartilhamento das percepções e das relações intersubjetivas. “Trata-se de uma tentativa de efetuar uma alquimia, uma metamorfose, uma mutação da realidade através da qual ela é, ao mesmo tempo, rechaçada e recriada, destruída e preservada” (p.91). Ou seja, o dependente químico não é um psicótico, por mais que tratemos dos fenômenos que ocorrem com ele como alucinatórios. Recorrendo a Aulagnier, Gurfinkel (1996) pontua que o dependente apresenta um funcionamento psíquico mais próximo ao do perverso do que do psicótico, pois é possível a comparação da característica perversa de recusa da castração com o reconhecimento e a recusa da realidade que possibilita, ao nosso sujeito, “inventar” sem cair no ‘outro lado’ da loucura” (p. 92).

A utilização da droga é o meio encontrado para que o processo descrito acima se torne possível. Assim sendo, ela tem lugar fundamental no funcionamento psíquico do sujeito em questão. Ao passo em que se constitui

como objeto externo – do qual se vai em busca –, também se configura como substância incorporável pelo sujeito, que se sente fusionado e transformado por ela.

Como vemos, a relação de busca da droga pelo toxicômano é assunto complexo, sobre o qual versaram muitos autores psicanalíticos. Recorrendo a Freud e à sua construção da teoria das pulsões¹⁷, tentaram dar encaminhamento para a vinculação específica existente entre o dependente químico e sua substância psicotrópica.¹⁸ Em “Pulsões e destinos da pulsão” a pulsão é definida como

um conceito-limite entre o psíquico e somático, [...] representante psíquico dos estímulos que provêm do interior do corpo e alcançam a psique, como uma medida da exigência de trabalho imposta ao psíquico em consequência de sua relação com o corpo¹⁹. (FREUD, 2004/1915, p. 148)

Garcia-Roza (2005[84]), no plano das construções metapsicológicas, explica que o conceito de pulsão não se encaixa no âmbito de

¹⁷ Segundo Paulo César de Souza (2010), de “*Trieb* pode-se dizer que é o mais central dos termos psicanalíticos. E é na sua tradução que as edições inglesa e francesa divergem diametralmente, chegando a constituir duas linhagens teóricas distintas. Para muitos críticos, a opção de Strachey por ‘instinto’ foi sua decisão mais desastrosa, pois implicaria uma inadmissível ‘biologização’ da psicanálise. [...] O debate acerca de *Trieb* sugere um paralelo com a nossa ‘saudade’. É impossível traduzir o seu ‘significado’ para outra língua, mas pode-se supor sua ‘designação’. [...] De modo semelhante, a não existência de um termo inglês ou neolatino que ‘equivalha’ exatamente a *Trieb* não quer dizer que os que usam essas línguas não possam compreender os textos em que esse termo aparece, as teorias em que ele desempenha um papel” (pp.250-267).

¹⁸ A teoria das pulsões não será abordada em pormenores nesta dissertação, tendo em vista seu recorte, contudo, apontarei adiante seus aspectos mais relevantes e o que seria a qualidade da manifestação pulsional do dependente químico, conforme Ocampo (1988) e Gurfinkel (1996).

¹⁹ “Se, por um lado, a pulsão representa psicicamente as excitações emanadas do interior do corpo, por outro lado ela é representada pelos seus representantes psíquicos: a ideia (*Vorstellung*, simplesmente, ou *Vorstellungrepräsentanz*) e o afeto (*Affekt*)” (GARCIA-ROZA, 1994[84], p. 118).

noções descritivas, mas [de] construtos teóricos que não designam realidades observáveis ou mesmo existentes. [...] Esses conceitos não descrevem o real, eles produzem o real; ou, se quisermos, eles permitem uma descrição do real segundo um tipo de articulação que não pode ser retirado desse próprio real enquanto “dado”. (p.114-115)

Assim sendo, a pulsão somente pode ser apreendida por meio de seus representantes psíquicos, quais sejam, a ideia e o afeto a ela ligados: “uma pulsão nunca pode tornar-se objeto da consciência e [...] mesmo no inconsciente ela é sempre representada por uma ideia (*Vorstellung*) ou por um afeto (*Affekt*)” (p.116).

Na teoria freudiana das pulsões, elas são diferenciadas, em um primeiro momento²⁰, em pulsões de auto-conservação ou do ego e pulsões sexuais. Com o segundo dualismo pulsional, em “Além do princípio do prazer”, Freud (2006/1920) formula o conceito de pulsão de morte, em contraposição a de vida, sob a égide da qual se manteriam tanto as de auto-conservação como as sexuais, anteriormente delineadas.

As pulsões, por característica, não possuem objeto específico ou meio de satisfação pré-determinado. Como explica Freud (2004/1915) em “As pulsões e destinos da pulsão”, toda pulsão possui uma *pressão*, considerada o motor que executa um trabalho específico a fim de realizar uma descarga de tensão, trazendo o organismo novamente a uma homeostase. Ela possui uma *fonte*, que é somática, na qual se *apoi*a. Segundo o autor, “por fonte da pulsão entendemos o processo somático que ocorre em um órgão ou em uma parte do corpo e do qual se origina um estímulo representado na vida psíquica pela pulsão” (p. 149).

²⁰ Em 1905, em “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” e em 1910, em “A perturbação psicogênica da visão na concepção psicanalítica”, onde segundo Gurfinkel (1996), as pulsões de auto-conservação passam a ser chamadas de pulsões do ego.

Contudo,

apesar de apoiar-se na satisfação da necessidade instintiva, não é redutível a ela. [...] A pulsão é o instinto que se desnatura, que se desvia de suas fontes e de seus objetos específicos; ela é o efeito marginal desse apoio-desvio. (GARCIA-ROZA, 2005[84], p.120)

Por sua vez, a *meta* da pulsão, ligada estreitamente ao seu objeto e fonte, é “sempre a satisfação, que só pode ser obtida quando o estado de estimulação presente na fonte pulsional é suspenso” (FREUD, 2004/1915, p. 148).

A respeito do *objeto* da pulsão, Freud (2004/1915) define que

é aquilo em que, ou por meio de que, a pulsão pode alcançar sua meta. Ele é o elemento mais variável na pulsão e não está originalmente vinculado a ela, sendo-lhe apenas acrescentado em razão de sua aptidão para propiciar a satisfação. [...] Ao longo dos diversos destinos que a pulsão conhecerá, o objeto poderá ser substituído por intermináveis outros objetos, e a esse movimento de deslocamento da pulsão caberão os mais significativos papéis. (p. 148)

Garcia-Roza (2005[84]), quanto à noção de objeto, a qual traz especificidade para o conceito de *objeto* pulsional, explica que:

[...] inicialmente Freud colocava o objeto como sendo uma pessoa, isto é, algo que, no sentido clássico do termo objeto, apresentava uma ‘objetividade’ (por oposição ao que era subjetivo), uma coisa individualizada e completa. Posteriormente, a noção de objeto vai-se aplicar tanto a

outras pessoas como à própria pessoa, e não apenas a pessoas inteiras, mas também a partes do corpo de uma pessoa. Finalmente, esse objeto pode ainda ser real ou fantasmático. [...] Perde assim qualquer especificidade, e é sob esse prisma que Freud pode afirmar que ele é o que há de mais variável na pulsão. (p. 122)

Em última instância, a relação do objeto pulsional com sua meta traz consigo um modo de funcionamento do sujeito com seu mundo, tendo em vista que o modo de relação com o objeto se altera ao longo do desenvolvimento pulsional, pois:

enquanto as pulsões sexuais ainda estiverem percorrendo seu complicado desenvolvimento, algumas das etapas preliminares do amor já emergirão como metas sexuais provisórias. Como a primeira dessas metas, reconhecemos o *incorporar* ou *devorar*. Trata-se de uma espécie de amor capaz de coexistir com a eventual interrupção da existência própria e autônoma do objeto e que, portanto, pode ser caracterizada como uma forma de amor ambivalente. (FREUD, 2004/1915, p. 161)

Ou seja, “a pulsão oral implica não somente um objeto, mas, sobretudo, um *modo de relação objetiva*” (GARCIA-ROZA, (2005[84], p. 123).

Ocampo (1988), em “Droga, Psicoanálisis y Toxicomania”, apresenta a tese de que para os toxicômanos ocorre uma perversão do caráter pulsional, qual seja, aquilo que deveria ter como qualidade a plasticidade na busca por objetos de investimento libidinal, torna-se petrificado. O desejo transfigura-se em necessidade e a pulsão, refém do objeto droga. Em decorrência desta *transfiguração* do caráter pulsional, sujeito e objeto passam a se relacionar de modo indissociável: o sujeito passa a se relacionar com um objeto necessário,

de modo fusionado, criando uma realidade particular na qual a exterioridade se torna alheia, marginal e transfigurada. A sensação de completude volta a cada efeito narcótico, criando, assim, um funcionamento auto-centrado, patologicamente prazeroso, a caminho da destrutividade (GURFINKEL, 1996).

A partir deste momento, julgo importante analisar o que seriam aspectos das experiências do dependente químico na tenra infância, posto que todos os elementos do repertório psicanalítico utilizados até agora têm sua assunção nesta etapa de vida.

Claude Olievenstein, fundador do Hospital Marmottan, primeira instituição para toxicômanos da França desenvolveu, ao longo de sua carreira, uma construção teorico-clínica do funcionamento psicodinâmico da toxicomania baseada no referencial psicanalítico, apesar de jamais ter se considerado um psicanalista (Grünspun, 1985). Suas contribuições para a compreensão da dependência química marcaram clínicos ao redor do mundo e tiveram repercussões no emprego do tratamento institucional na área.

Com vasta experiência como terapeuta, foi-lhe possível investigar e analisar muitos pacientes e suas famílias, a partir do que pôde afirmar que, no desenvolvimento de sujeitos dependentes químicos, não existe uma infância específica, mas certo *trauma comum* a eles. Essa marca, que propõe a elucidação de uma etapa decisiva no desenvolvimento de toxicômanos, foi teorizada a partir do referencial lacaniano do estágio do espelho.

Reporto-me a uma breve apresentação do conceito de estágio do espelho para, em seguida, retomar a sua utilidade como instrumento de teorização desta pesquisa:

Desde 1936, [...] Lacan analisa, no que denomina *estádio do espelho*, um momento genético primordial, como o primeiro esboço do *eu* e insiste na importância da eficácia simbólica, ligada ao papel da *imago*²¹; assim, do ponto de vista da estrutura do indivíduo, aquilo que

²¹ Segundo Roudinesco e Plon (1998[97]), *Imago* é “Termo derivado do latim (*imago*: imagem) e introduzido por Carl Gustav Jung, em 1912, para designar uma representação inconsciente através da qual um sujeito designa a imagem de seus pais. [...] Em sua primeira teoria do imaginário, de 1938, e sobretudo em *Os complexos familiares*, Jacques Lacan associou a *imago* ao complexo. O complexo, cujo elemento constitutivo é a *imago*, era, segundo ele, o fator que permitia compreender a estrutura de uma instituição familiar, presa entre a dimensão cultural que a determina e os laços imaginários que a organizam. Assim, uma hierarquia em três patamares formou o modelo de uma interpretação do desenvolvimento individual: nela encontramos o complexo do desmame, o complexo de intromissão e o complexo de Édipo, ou seja, três posições, no sentido kleiniano do termo. Essa estrutura complexo-*imago* prefigurou o que viria a ser a tópica do real, do imaginário e do simbólico” (pp. 371-2).

Lacan chama “estádio do espelho” assinala um momento fundamental: primeiramente, a criança toma consciência do seu corpo, concebido como objeto exterior; todavia, num segundo momento, ela tenta agarrar essa imagem, mas descobre que nada há por detrás do espelho: este eu “refletindo-refletido” não remete para qualquer objeto exterior; por fim, compreende que não somente o outro do espelho é uma imagem, mas que essa imagem é a sua. A análise lacaniana torna compreensível a angústia que surge na relação com a mãe, simples reflexo do seu próprio corpo, o “outro” do espelho que nunca pode ser possuído. (ROCHA,2009, pp. 1451-1452)

Conforme o próprio Lacan (1998/1949) afirmou, em comunicação:

A assunção jubilatória de sua imagem especular por esse ser ainda mergulhado na impotência motora e na dependência da amamentação que é o filhote do homem nesse estágio de *infans*, parecer-nos-á pois manifestar, numa situação exemplar, a matriz simbólica onde o [eu] se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito. (p.94)

Mas Roberto Graña (2011), por sua vez, faz um alerta sobre o conceito, explicando

[...], aos que ligeiramente informados sobre o *estádio do espelho* de Lacan chegam ao ponto de supô-lo circunscrito a uma reação frente a um objeto real, que toda a teorização que antecede o texto clássico de Lacan

de 1949, destaca exaustivamente as impressões estruturantes da subjetividade num inconsciente ainda não recalcado que a relação primordial com o outro humano tem a força de fundamentalmente promulgar. Conforme Lacan, “essas relações eletivas permitem conceber na criança um certo conhecimento muito precoce da presença que a função materna preenche, e o papel de traumatismo causal que, em algumas neuroses e certos distúrbios de caráter, pode desempenhar uma substituição dessa presença”. (LACAN, 1938, p.25 *apud* GRAÑA, 2011, p. 23 – grifos do autor)

Enfim, o estágio do espelho vem suprir um momento genético das identificações afetivas, as quais teriam seu emprego, até então, “especialmente articulado com o Complexo de Édipo”, mas “não [...] bem definido teoricamente nos estágios mais iniciais da vida” (GRAÑA, 2011, p.23).

A fase do desenvolvimento do bebê referente ao estágio do espelho ocorre por volta dos seis meses de vida – podendo se estender até os 18 meses –, pois é o momento correspondente ao desmame e a seu complexo, um dos três apontados por Lacan como organizadores da vida psíquica, localizado antes do complexo de intrusão, que antecede o de Édipo.

Para Lacan, “o complexo de desmame fixa no psiquismo a relação da alimentação, sob o modo parasitário que as necessidades dos primeiros meses de vida do homem exigem: ele representa a forma primordial da imago materna” (p. 22). Esta é a marca primeva do espelhamento humano, a qual antecede e prepara o *estádio do espelho* propriamente dito, em cuja experiência a relação com o outro humano está subsumida e presumida. (LACAN, 1938, p. 22 *apud* GRAÑA, 2011, p. 22 – grifos do autor)

A imago, continua Graña, tem o poder de integrar a imagem de corpo em pedaços do bebê que, em um progresso saudável, “deve dar lugar [...] a deslocamentos, substituições e sublimações”. Contudo, havendo cristalização, a imago anteriormente salutar assume qualidade “mortífera”, revelando a impossibilidade de que “novas relações venham a introduzir-se no campo de afetos e de interesses do sujeito” (p.23), fenômeno próximo ao observado no caso dos toxicômanos, os quais, como abordado anteriormente, vivem a petrificação do objeto da pulsão no objeto-droga.

Olievenstein (1985) reconstrói os primeiros momentos *identificatórios* do adicto, justamente em referência ao estágio do espelho, esclarecendo que, em sua análise, ocorreria algo com essas crianças, entre meio caminho de um estágio do espelho bem sucedido (no qual se configura um ego diferente do ego-mãe) e o de um impossível (como ocorre com psicóticos). Segundo ele,

É que [...] foi precisamente naquele momento, naquele ‘passe’ onde um ego diferente do ego-mãe devia se constituir, naquele face a face com o espelho, naquele ‘flash’ da descoberta de si e da descoberta da imagem de si, que o espelho se partiu, refletindo uma imagem, porém uma imagem partida. Uma ‘incompletude’ onde os vazios deixados pelos pedaços ausentes só podiam remeter àquilo que existia anteriormente – a fusão, a indiferenciação. (OLIEVENSTEIN, 1985, p.86)

Estas rupturas no espelho se configurariam por meio de inúmeros *choques* que partiriam da criança, ao sentir ser falho o sistema mãe-filho, mas seriam, em contra partida, recebidos e devolvidos, novamente, pela figura materna, conformando uma vivência traumática, por meio de repetições cotidianas desta experiência. “A manutenção desta devolução permanente durante a infância é que contribui para o impossível reforço do ego do toxicômano” (p.87). A droga ocuparia, então, no sujeito já maduro, o espaço de cada uma dessas fendas e reconstituiria, num lance, tanto a experiência de

prazer fusional, como a da instantaneidade da primeira e única visão de si no espelho inteiro, pouco antes da primeira quebra. A substância intoxicante adquiriria, portanto, caráter de *organizador* psíquico.

No meu entender, a experiência de viver o espelho quebrado, por impossibilidade materna de absorver e elaborar os choques provenientes do filho, pode ser apreendida – aos moldes de um *trauma* –, como um

[...] acontecimento da vida do sujeito que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se encontra o sujeito de reagir a ele de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica. (LAPLANCHE E PONTALIS, 2004, p. 522)

Seguindo a descrição da citação, a experiência do estágio do espelho partido pode ser considerada traumática, pois a intensidade dos afetos envolvidos, tanto na apreensão infantil do dito *sistema mãe-filho falho* e na emissão dos *choques* pela criança, quanto na devolução destes pela mãe, seria de tal ordem que não permitiria ao frágil sistema psíquico de um *infans*, sua elaboração; tampouco, estaria ele em condições de reagir de “forma adequada” à experiência. Conseqüentemente, como resultado dos efeitos patogênicos duradouros, estaria, no caso de certos psiquismos, a dependência de drogas.

Conforme a concepção de Ferenczi (1992), que vem a esclarecer a importância da devolução dos choques pela figura materna, no quadro referido, é importante considerar, para além do evento traumático em si, a reação do adulto que acompanha a criança neste processo:

O comportamento dos adultos em relação à criança que sofreu o traumatismo faz parte do modo de ação psíquica do trauma. Eles dão, em geral, e num elevado grau, prova de incompreensão aparente. (p.111)

Gurfinkel (2001), seguindo a linha ferencziana, afirma, ainda, ser “esta reação que faz com que um trauma se torne patológico” (p. 60). Johan Norman, oferecendo mais um modo de compreender as características do processo de trauma, conforme recuperado por Solomonsson²² (2007), afirma que “o problema da criança é menos sua impossibilidade de verbalizar o trauma, do que a ausência de continência do traumático. A mãe poderia ter dito palavras doces, mas, ao mesmo tempo, emitia mensagens inconscientes com outros significados”²³, explicitando que, independente de serem ditas palavras de mãe para filho ou vice-versa, a comunicação é estabelecida desde os primeiros meses de vida, pois os bebês já apresentam a capacidade de compreenderem o que o autor nomeia como comunicação emocional (p.129). Conseguem, portanto, assimilar o que lhes é transmitido principalmente por via pré-verbal (SOLOMONSSON, 2007).

Sobre o assunto, Fraçoise Dolto (1996), sensivelmente, escreve:

[A] vivência arcaica da pessoa humana está associada ao fato de que os fonemas da língua materna são indissociáveis, inconscientemente, das carícias e das reprimendas, do clima gerado pelo caráter da mãe, cujas alternâncias de serenidade e tensão escandem as manifestações vitais e emocionais do lactente. As expressões do bebê, seu choro e seus sorrisos, dirigidos ao adulto maternalizante, recebem ou não resposta. Seu corpinho que sobrevive, movido pelas demandas de cuidados e de alimento, recebe, além disso, uma informação mímica, auditiva e comportamental. É nessa linguagem pré-verbal entre a mãe e seu filho, sinal indelével dos valores do bom e do mau para o corpo (cruzados com o do bem e do mal para o clima

²² Psicanalista sueco contemporâneo, pesquisador da relação intersubjetiva entre mãe-bebê

²³No decorrer do texto, quando necessário, as versões para o português serão de minha responsabilidade.

emocional), que estão imersas as relações entre a mãe e o lactente. (p.214)

Levando-se em consideração a efetividade da comunicação de sentidos, principalmente afetivo, conclui-se que, se há o envio de dupla mensagem, partindo da mãe, ou seja, se ela endereça à criança uma palavra que está em desacordo com a realidade de seus conteúdos inconscientes, expressos no ritmo e melodia de sua voz e nos desenhos de suas expressões faciais, a criança entra em estado de angústia e desorganização, pois “a criação de significado é interrompida” (SOLOMONSSON, 2007, p. 140). Esta visão endossa as anteriores, ao atribuir à mãe, ou quem ocupe este lugar, papel necessário nesta experiência vivida como traumática pela criança. Este processo, por lançar o infante em uma dinâmica de incoerência frente ao contato intersubjetivo, produz sofrimento e pode estar na base do funcionamento traumático do estágio do espelho partido a que Olievenstein se refere. Este processo participaria, portanto, dos meandros do que o autor denominou de sistema falho mãe-filho (OLIEVENSTEIN, 1985).

A proposta de Olievenstein sobre a impossibilidade materna de compreender, dar continência e significado aos choques provenientes da criança, como já descrito, revela o quão grave é essa experiência, pois se dá justamente na relação com o sujeito que ocupa papel fundamental na decifração do mundo, no acolhimento e manejo da angústia, na assunção da criança ao simbolismo e à intersubjetividade (SOLOMONSSON, 2007 e ARAÚJO; LERNER, 2010). É possível supor, portanto, que nos momentos iniciais do desenvolvimento infantil do dependente químico, houve uma *maternagem* que não pode se dar de modo suficientemente bom, conceito largamente tratado por D. W. Winnicott, ao longo de sua obra. Para ele,

Não há possibilidade alguma de um bebê progredir do princípio de prazer para o princípio de realidade ou no sentido, e para além dela, da identificação primária, a *menos* que exista uma mãe suficientemente boa. A 'mãe'

suficientemente boa (não necessariamente a própria mãe do bebê) é aquela que efetua uma adaptação ativa às necessidades do bebê, uma adaptação que diminui gradativamente, segundo a crescente capacidade deste em aquilatar o fracasso da adaptação e em tolerar os resultados da frustração. Naturalmente, a própria mãe do bebê tem mais probabilidade de ser suficientemente boa do que alguma outra pessoa, já que essa adaptação ativa exige uma *preocupação fácil e sem ressentimentos* com determinado bebê; na verdade, o êxito no cuidado infantil depende da *devoção*, e não de "jeito" ou esclarecimento intelectual. (WINNICOTT, 1958[75], p. 24, grifos meus)

Conforme Andrieto e Arruda (2009) escrevem, em “Mães Psicóticas e seus Bebês: uma leitura winnicottiana”, a mãe “tem o papel de protegê-lo [o filho] de complicações que o mesmo ainda não entende, bem como de fornecer-lhe pedaços simplificados de mundo, que a criança passa a conhecer por intermédio [dela]” (p.100).

No nosso da dependência química, localizada no espectro das não neuroses por Minerbo (2013),

[o] psiquismo da mãe não aguenta tensões; ele “espana” em situações de angústia e descarrega na criança, esperando que ela possa fazer a necessária continência e transformação, o que, evidentemente, excede sua capacidade psíquica de elaboração. Ou seja, em lugar de funcionar como paraexcitação²⁴, a própria mãe é fonte de

²⁴ Como esclarece Minerbo (2013): “Paraexcitação ou escudo protetor é a parte da estrutura psíquica que funciona como anteparo na recepção dos estímulos internos e externos (Freud 1895) e modula a intensidade desses estímulos, protegendo o aparelho psíquico de uma invasão excessiva de excitação. Paraexcitação, portanto, é a estrutura psíquica que protege o aparelho psíquico do trauma [...]. Essa estrutura se constitui, ou não, durante a infância precoce, por apoio sobre o paraexcitação da mãe” (pp. 74-75).

afetos penosos e traumáticos. A criança irá se subjetivar segundo esse modelo de funcionamento psíquico, com prejuízo de seu paraexcitação. (pp. 74-75)

No início de sua produção teórica, ao abordar a questão da experiência de satisfação, Freud (FREUD, 2006/1950[1895]) já explica o aspecto fundamental da intervenção do cuidador, ao propiciar a alteração do mundo externo, a fim de tornar possível a satisfação das necessidades de um bebê. Ele chora porque tem fome, mas em decorrência de seu desamparo, original a todo ser humano, precisa de alguém que decifre seu pedido, altere a realidade e lhe traga o alimento. Nas palavras do autor:

o organismo humano é, a princípio, incapaz de promover essa ação específica. Ela se efetua por *ajuda alheia*, quando a atenção de uma pessoa experiente é voltada para um estado infantil por descarga através da via de alteração interna, por exemplo, pelo grito da criança. Essa via de descarga adquire, assim, a importantíssima função secundária de *comunicação*, e o desamparo inicial dos seres humanos é a *fonte primordial* de todos os *motivos morais*. (p.370)

Nesse sentido, deve ser esclarecido que a ideia é conceber a emergência da dependência química no âmbito da proposta freudiana de sobredeterminação psíquica, isto é, em função da interação necessária entre os fatores disposicionais e históricos, em cujo contexto se define o fundamental conceito de “série complementar”, como podemos observar em “A hereditariedade e a Etiologia das Neuroses” (FREUD, 2006/1896) e, mais apuradamente, na conferência XXIII (FREUD, 2006/1917[16-17]):

A constituição sexual hereditária apresenta-nos uma grande variedade de disposições, conforme seja herdado,

com particular intensidade, um ou outro dos instintos parciais, sozinho ou em combinação com os outros. A constituição sexual forma, portanto, junto com o fator da experiência infantil, uma 'série complementar' exatamente semelhante àquela que já sabemos existir entre disposição e experiência casual do adulto. Em ambas as séries complementares encontramos os mesmos casos extremos e as mesmas relações entre os dois fatores considerados. (p.365)

Nesse quadro complexo de sobredeterminação, a meu ver, não se trata de compreender a interação mãe-filho como causadora da patologia (CARRETEIRO; CARDOSO, 2003), pois desde 1896, em "A Hereditariedade e a Etiologia das Neuroses", Freud (2006/1896) deixa clara a interação de fatores hereditários e ambientais na assunção das psiconeuroses. Entretanto, é possível enquadrar esta interação como causa específica – ou seja, necessária, mas não suficiente –, na série complementar de causação da toxicomania:

Na patogênese das grandes neuroses, portanto, a hereditariedade preenche o papel de *precondição*, poderosa em todos os casos e até indispensável na maioria deles. Ela não poderia prescindir da colaboração das causas específicas, mas a importância da predisposição hereditária é comprovada pelo fato de que as mesmas causas específicas, agindo num indivíduo saudável, não produzem nenhum efeito patológico manifesto, ao passo que, numa pessoa predisposta, sua ação provoca a emergência da neurose, cujo

desenvolvimento será proporcional em intensidade e extensão ao da precondição hereditária²⁵. (p. 146-147)

Ou seja, Freud deixa evidente que a causa específica, por mais que não atue de modo definitivo e exclusivo na formação da dependência química – nosso caso –, é justamente o que a psicanálise possui instrumental teórico-metodológico para abordar. Quanto ao tema desta pesquisa e a já pontuada suposição de operação das consequências de uma experiência traumática – do estágio do espelho partido – em fase tão precoce da vida infantil e de interação com a figura materna desfavorável a um bom desenvolvimento, é possível hipotetizar que se formem cicatrizes indeléveis no funcionamento psíquico do sujeito em questão, as quais se mantêm manifestando-se repetidamente na atualidade dos sintomas dos sujeitos dependentes químicos.

Na vivência com eles, durante minha prática clínica, pude apreender aspectos destas manifestações que se atualizavam no âmbito da relação terapêutica, fosse diretamente comigo, como psicanalista, ou com a instituição CAPS-AD.

O próximo capítulo trata de aspectos do processo transferencial-contratransferencial, bem como sua importância para o tema desta pesquisa, tendo em vista a intensa experiência no cotidiano de meu trabalho, marcado pelas manifestações do inconsciente, que podem ser compreendidas de modo profundo ao serem analisadas por este viés.

²⁵Fora do âmbito da referência psicanalítica – recuperando interlocução anterior –, é considerada inegável a confluência de múltiplos fatores no desenvolvimento da dependência de drogas, como abordado em capítulo anterior. Estudos genéticos nesta área demonstram a interação de fatores hereditários (Messas e Vallada Filho, 2004; Associação Brasileira de Psiquiatria, 2012; Negrão, B. A, 2012), assim como pesquisas em psicologia e saúde pública apontam para a relevância de fatores sócio-culturais (Soldara, M. et.al, 2004; Pinheiro e Travesso-Yépez, 2002; Ferreira Filho et. Al, 2003) e familiares (Guimarães *et al*, 2009) para a formação da patologia.

IV - TRANSFERÊNCIA E CONTRATRANSFERÊNCIA

Os conceitos psicanalíticos de transferência e contratransferência ocupam lugar central no encaminhamento deste trabalho, pois foi no campo transferencial instaurado entre mim, analista, e meus pacientes dependentes químicos – no *setting* específico do CAPS-AD –, que surgiu o objeto desta pesquisa. Escolho *campo transferencial*, pois, conforme entende Fábio Herrmann (1991[79]), esta designação revela que

devemos [...] compreender a transferência, não apenas como um fenômeno ocorrente a intervalos, senão também como um campo de escuta, o campo do diálogo psicanalítico por excelência. (p. 24)

Nesta concepção, também repousa a ideia fundamental de que, imbricada na transferência, reside a contratransferência. Segundo Herrmann, conforme pontua Minerbo (2012), elas coexistem, uma possibilitando a existência da outra. Para se constituir esta compreensão, precisou que lhe antecederesse a complexa e diversa construção conceitual da psicanálise acerca do tema. Por isso, minha intenção é destacar autores e proposições que possam contribuir para o desenvolvimento do presente estudo, seguindo aspectos do roteiro de Marion Minerbo (2012), em “Transferência e Contratransferência”, que, partindo das formulações freudianas, transita teórico metodologicamente “por autores diversos conforme a necessidade, sem jargões e sem [se] filiar a uma escola” (p.16).

A transferência esteve presente e atuante no desenvolvimento da psicanálise desde seu princípio, contudo não se fez entender imediatamente. Para Freud, aspectos do tratamento de Anna O. – segundo Roudinesco e Plon, “um dos mitos fundadores da psicanálise”²⁶ (1998, p. 568) –, por exemplo, só

²⁶Tratada por Breuer, de 1880 a 1882, Anna O. teve seu caso analisado em “Estudos sobre a Histeria” (BREUER; FREUD, 2006/1895). “Desde essa publicação, mediante a qual os autores propuseram, ao mesmo tempo, uma nova definição da histeria como doença das reminiscências psíquicas, e a invenção de um método de tratamento inédito (baseado na

foram compreendidos posteriormente, quando Breuer e a paciente já haviam entrado numa valsa de notas anteriormente tocadas, mas, nem por isso, anacrônicas. Resgatando E. Jones, Laplanche e Pontalis entendem que

[...] a transferência mostrou a extensão dos seus efeitos, no caso de Anna O. tratada por Breuer segundo o 'método catártico', muito antes de o terapeuta saber identificá-la como tal, e, sobretudo, utilizá-la. (JONES, 1953 *apud* LAPLANCHE; PONTALIS, 2004, p.516)

Afirmam ainda que, “do mesmo modo, na história da noção em Freud, existe uma defasagem que ele foi o primeiro a experimentar às suas custas, como notou a propósito do caso Dora” (LAPLANCHE; PONTALIS, 2004, p.516).

Em “Estudos Sobre a Histeria”, no tópico “Psicoterapia da Histeria” (BREUER; FREUD, 2006/1895), Freud utiliza, pela primeira vez, o termo *transferência* e lhe atribui sentido de uma “falsa ligação” entre o passado patogênico e a atualidade da relação terapêutica, considerando-a um entrave a ser vencido por meio do esclarecimento, para obtenção de sucesso no tratamento. Para ele, seria comum que a fundamental cooperação de pacientes, principalmente mulheres, na elucidação de suas “cadeias eróticas”, viesse a se tornar um sacrifício e devesse “ser compensado por algum substituto do amor. O empenho do médico e sua cordialidade têm que bastar na condição desse substituto” (FREUD, 2006/1893, p. 313). Caso essa especial relação terapêutica fosse perturbada, estaria estabelecido um obstáculo contra o qual o médico deveria trabalhar. Já ao tratar do caso Dora, afirma que “a transferência, destinada a constituir o maior obstáculo à psicanálise, converte-se em sua mais poderosa aliada quando se consegue detectá-la a cada surgimento e traduzi-la para o paciente” (FREUD, 2006/1905[1901], p.112).

catarse e na ab-reação), o caso Anna O. não parou de ser comentado, tanto por historiadores quanto por clínicos.” (Roudinesco; Plon, 1998, p. 568).

É nesse sentido que, a partir de 1905, segundo Minerbo (2012), “a transferência deixa de ser meramente um mecanismo (deslocamento) e passa a ser um conceito e uma teoria” (p. 24). Retomando a leitura de Neyraut (1974) sobre o caso, a autora afirma que “depois de Dora, ele percebeu que a transferência evolui entre os dois pólos, infantil e atual, num movimento de progressão e regressão, numa oscilação entre presente e passado” (p. 29).

Em 1909, Sándor Ferenczi, publica “Transferência e Introjeção”, defendendo a ideia, muito diferente da freudiana, de que não somente neuróticos eram capazes de fazer transferência, os paranoicos também o eram.

Ferenczi desenvolve a ideia de que a projeção paranoica e a introjeção neurótica fazem parte do desenvolvimento normal do *ego*. Mostra como o bebê começa a perceber os objetos do mundo pela projeção da satisfação auto-erótica (a projeção desta satisfação produz o amor pelo objeto) e perceber a si mesmo pela introjeção. (MINERBO, 2012, p. 42)

Ao tratar da “Dinâmica da Transferência”, Freud (2006/1912a), pontua a necessidade de serem realizadas distinções no âmago do conceito, inclusive para ser compreensível por que a transferência poderia representar tão forte resistência – ou obstáculo, como anteriormente citado – ao tratamento analítico.

Temos de nos resolver a distinguir uma transferência ‘positiva’ de uma ‘negativa’, a transferência de sentimentos afetuosos da dos hostis e tratar separadamente os dois tipos de transferência para o médico. (p.116)

O autor afirma, tratando da complexidade do assunto, que as qualidades de transferência que podem ser compreendidas como resistência ao tratamento são as de natureza negativa ou positiva carregada de fortes impulsos eróticos, por serem dificilmente admissíveis à consciência. Seria trabalho do analista interpretar estes componentes, sempre se pautando na relação particular estabelecida com cada paciente, a fim de que pudesse ser recuperada a transferência positiva, tão fundamental à evolução do tratamento (FREUD, 2006/1912a). Ainda, esta empreitada só seria possível pelo fato de a ambivalência de sentimentos ser uma “peculiaridade especial de pessoas neuróticas” (p.118), ou seja, somente por dirigirem a um mesmo alvo transferencial sentimentos opostos, é que se tornaria possível a interpretação da transferência causadora de resistência, alcançando-se novamente uma dinâmica positiva ao tratamento.

Na XXVII de suas “Conferências Introdutórias sobre Psicanálise” (1915-1916 [15-17]), intitulada “Transferência”, Freud deixa claro não ser a transferência algo peculiar à psicanálise, mas sim um fenômeno intrínseco ao adoecimento neurótico:

estamos lidando com um fenômeno intimamente ligado à natureza da própria doença. Esse novo fato [...] conhecemos como transferência. Com isso, queremos dizer uma transferência de sentimentos à pessoa do médico, de vez que não acreditamos poder a situação no tratamento justificar o desenvolvimento de tais sentimentos. [...] suspeitamos que toda a presteza com que esses sentimentos se manifestam deriva de algum outro lugar, que eles já estavam preparados no paciente e, com a oportunidade ensejada pelo tratamento analítico, são transferidos para a pessoa do médico. (FREUD, 2006/1915-1916 [15-17], p. 443)

Para o autor, portanto, “o tratamento psicanalítico não cria a transferência, mas simplesmente a revela, como a tantas outras ocultas na vida anímica” (FREUD, 2006/1905[01], p.112).

Após esta breve introdução, retomando-se a situação particular do CAPS-AD, é possível pensarmos que, por mais que ele apresente inúmeras especificidades, se houver viabilidade para se instituir um ambiente no qual o tratamento psicanalítico possa existir, também é viável a existência de um *setting* que favoreça a compreensão de fenômenos transferenciais. Independente disto, devo ressaltar que a inviabilidade da apreensão dos conteúdos transferenciais não os impede de falar, muito menos de produzir efeito.

Dentre os efeitos que a transferência pode produzir, por mais que se mantenha sem ser compreendida, está a contratransferência, explicada por Freud, em 1910, “como resultado da influência do paciente sobre os [...] sentimentos inconscientes [do analista]” (2006, 1910, p. 150). Antes de chegar a esta formulação, contudo, o autor já vinha sendo tocado pelo assunto, pois é possível notar, no caso Dora, o fato de se implicar nos eventos que culminaram no afastamento da paciente. Em nota, escreve: “Antes de reconhecer a importância da corrente homossexual nos psiconeuróticos, fiquei muitas vezes *atrapalhado* ou *completamente desnortado* no tratamento de certos casos” (2006/1905[01], p.114, grifos meus). A *surdez* de Freud, como ele mesmo refere no caso, foi compreendida como uma questão de erro técnico. No entanto, hoje, podemos aventar a hipótese de que conteúdos da transferência de Dora estivessem a movimentar aspectos inconscientes da sexualidade de seu analista. Peter Gay (1989), importante biógrafo de Freud, considera que o autor

era capaz de ver que se descuidara em reconhecer a transferência de Dora sobre ele; mas, o que era pior, não conseguia reconhecer sua transferência sobre Dora: o funcionamento do que ele veio a chamar de contratransferência havia escapado à sua auto-observação analítica. (p.240)

Durante seu percurso teórico, Freud pouco escreveu sobre o tema da contratransferência, inclusive, não a entendia como algo que colaborasse a favor do tratamento psicanalítico. O analista deveria *sobrepujá-la* e, para tanto, pontuava a necessidade de profunda *auto-análise* por parte do *médico*; pois “nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas” (FREUD, 2006/1910, p. 150).

É interessante e paradoxal, de certa maneira, o movimento de Freud quanto à construção de sentido do conceito de contratransferência, já que, em 1912, em “Recomendações aos Médicos que Exercem a Psicanálise”, ao abordar a importância da permeabilidade do inconsciente do analista, para a compreensão do percurso das associações livres do paciente, diz o seguinte:

[O analista] deve voltar seu próprio inconsciente, como um órgão receptor, na direção do inconsciente transmissor do paciente. [...] o inconsciente do médico é capaz, a partir dos derivados do inconsciente que lhe são comunicados, de reconstruir esse inconsciente, que determinou as associações livres do paciente.

[...] se o médico quiser estar em posição de utilizar *seu inconsciente* desse modo, como *instrumento da análise*, [...] não pode tolerar quaisquer *resistências* em si próprio que ocultem de sua consciência o que foi percebido pelo inconsciente [...]. (FREUD, 2006/1912b, p. 129, grifos meus)

Do meu ponto de vista, nesta citação – que trata de atenção flutuante²⁷ –, é possível encontrar bases para a importância dada ao uso da

²⁷ “Segundo Freud, modo como o analista deve escutar o analisando: não deve privilegiar *a priori* qualquer elemento do discurso dele, o que implica que deixe funcionar o mais livremente possível a sua própria atividade inconsciente e suspenda as motivações que dirigem habitualmente a atenção. Essa recomendação técnica constitui o correspondente da regra da associação livre proposta ao analisando. [...] A finalidade a atingir seria uma verdadeira comunicação de inconsciente a inconsciente [...]” (LAPLANCHE e PONTALIS, 2004, p.40-41).

contratransferência, por parte dos analistas pós-freudianos. Freud afirma ser o inconsciente do psicanalista um instrumento de trabalho, mas que exige cuidados específicos do profissional. A comunicação entre inconscientes seria de fina sintonia e pediria, acima de tudo, cautela e autoanálise.

Entendo o uso do inconsciente, tal qual pontuado por Freud, na citação acima, como algo que legitima a contratransferência e seu uso na clínica, pois, se o inconsciente do analista pode ser utilizado como ferramenta de compreensão do que se passa inconscientemente com seu paciente, o profissional está, de fato, recolhendo efeitos que aspectos da transferência do analisando causam em si. Ana Bárbara Andrade e Regina Herzog, no interessante artigo “Os afetos do analista na obra freudiana”, pontuam que

Neste sentido, a atenção flutuante – descrita como um estado psíquico em que o analista se entrega livremente à atividade de seu próprio inconsciente – tem como consequência certa abertura para as intensidades afetivas no analista, fazendo com que ele *se abandone* neste mergulho afetivo. (2011, p. 123)

Deste modo, é questionável a afirmação de que o uso de aspectos inconscientes do analista, como ferramenta de trabalho, seja forjado como algo pertencente ao campo da técnica ‘cirúrgica’, ou seja, racional, precisa e desafetada (FREUD, 2006/1912b). Assim como, também o é a ideia de que “O médico deve ser opaco aos seus pacientes e, como um espelho, não mostrar-lhes nada, exceto o que lhe é mostrado” (FREUD, 2006/1912b, p. 131).

Freud explicava que

A justificativa para exigir essa frieza emocional no analista é que ela cria condições mais vantajosas para ambas as partes: para o médico, uma proteção desejável para sua própria vida emocional, e, para o paciente, o maior auxílio que lhe podemos hoje dar. (2006 [1912b], p. 129)

Peter Gay, contudo, fazendo uma reflexão a respeito deste entendimento, sensivelmente nota que

[...] empregar como metáforas do procedimento do analista o trabalho frio do cirurgião ou a superfície vazia do espelho é desconsiderar a sua relação, ao mesmo tempo taciturna e muito humana, com o ser infeliz no divã à sua frente. (1989 p. 284)

Marion Minerbo (2012) traz, ainda, mais um questionamento quanto a este tema:

Eis um paradoxo: nos escritos técnicos, Freud diz que o analista precisa confiar em seu inconsciente e usá-lo como instrumento para captar o do paciente. E, agora, as reações inconscientes do analista precisam ser reconhecidas (mas como, se são inconscientes?) e dominadas. (p. 46)

Levando-se em consideração que, no inconsciente, repousam aspectos infantis da constituição de um sujeito (MINERBO, 2012), o analista, ao fazer uso do seu próprio, para apreender o que quer dizer o de seu analisando, “deve servir-se de sua subjetividade, de suas fantasias” (ANDRADE e HERZOG, 2011, p. 124). Hipotetizando, certos conteúdos, e não outros, só puderam ser invocados como instrumentos, durante o tratamento, porque residiam justamente no ponto onde o infantil do analista foi tocado pelo infantil do paciente. Desta forma, é fundamental o conselho de Freud sobre a condição *sine qua non* de analistas serem psicanalisados. Caso contrário, uma sessão psicanalítica se tornaria palco para reativas encenações auto-centradas.

O uso de elementos da pessoa do analista – seu inconsciente, inclusive – como vimos, é impossível não estar presente e ser impactante na experiência analítica. A questão que coloco é: como, então, usar isto no *setting*? Freud

(2006/1915) pontua que o fundamental é reconhecer a contratransferência. Ao escrever ao psiquiatra suíço Ludwig Binswanger, em 1913, esclarece:

O problema da contratransferência, que o senhor suscita, é um dos mais difíceis da técnica psicanalítica. Na teoria, segundo penso, é mais fácil de resolver. O que se dá ao paciente não deve ser jamais afeto espontâneo, mas sempre deve ser afeto conscientemente manifesto, em maior ou menor quantidade, conforme as necessidades do momento. Em certas circunstâncias, é preciso dar muito – nada, porém, que venha diretamente do inconsciente do analista. Para mim, esta é a regra. (Freud e Binswanger, 1995: 183 *apud* ANDRADE e HERZOG, 2011, p. 125)

Em 1914, Freud escreve “Recordar, repetir e elaborar”. Neste artigo, aborda o conceito de *acting out*, fenômeno que traz para a cena analítica a atuação dos conteúdos inconscientes e conflituosos do paciente:

[...] podemos dizer que o paciente não *recorda* coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas expressa-o pela atuação ou atua-o (*acts it out*). Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; *repete-o*, sem, naturalmente, saber que o está repetindo. (2006/1914, p. 165)

Quanto maior a resistência frente aos conteúdos reprimidos, maior seria o grau de repetição por meio de atuação e o analista deveria estar

[...] preparado para uma luta perpétua com o paciente, para manter na esfera psíquica todos os impulsos que este último gostaria de dirigir para a esfera motora; e comemorar como um triunfo para o tratamento o fato de poder ocasionar que algo que o paciente deseja

descarregar em ação seja utilizado através do trabalho de recordar. (FREUD, 2006/1914, p. 168)

Na clínica da dependência química, pude experimentar na pele o que é trabalhar como analista de pessoas que trazem o *acting out* para o campo transferencial. Acredito ser importante apresentar detalhamento maior sobre o conceito, já que é tão caro à realidade clínica que analiso nesta pesquisa e tem por característica convocar o psicanalista a viver sua contratransferência de modo intenso, vívido, corpóreo.

Para isso, trago algumas concepções analisadas por Roussillon (2006) sobre o assunto. Em “Paradoxos e Situações Limites da Psicanálise”, ele recupera diferentes maneiras de compreender o *acting out*. Um deles, o *ato-descarga*, operaria uma “descarga direta (pela motilidade, por exemplo) das grandes quantidades de excitações que seriam radicalmente subtraídas ao processo de pensamento e ao trajeto da mentalização” (p. 200). Haveria o propósito de defesa, proteção e em última análise a existência “no estado de esboço [de] um pensamento ou uma representação em via de advir ou de buscar forma” (p.201), já que o ato-descarga seria o caminho possível para quem não pode ter seu aparelho psíquico “separado da motricidade original, ou como se recorresse a esse modelo primeiro” (p. 200).

Por meio de concepções bionianas, Roussillon (2006) explica que outro modo de entender o conceito é compreendê-lo como *ato signo*:

O ato está em busca de sentido e de representação de coisas.

- O ato é destinado a fazer “sentir”, “fazer viver”, ao analista (como contentor possível), o que o sujeito não pode representar ou figurar, fazê-lo sentir a “coisa” psíquica a representar. (p.201)

Neste caso, o analista se torna “encarregado então da função de fornecer o aparelho a pensar ou a ‘sonhar’ o material” (p.201). Outro modo de conceber o *acting out* seria o de *ato tela*, que contém, em si, a ideia de que, “em seu trajeto, recupera um conjunto de elementos psíquicos insuficientemente mentalizados neles mesmos, mas que incluem o pensamento de sua ligação. O ato é aqui uma *encenação*” (p.202). O *ato experiência de apoio*, último a ser exposto por Roussillon (2006),

[é uma] concepção [que] se inscreve na série dos precedentes, ao mesmo tempo em que inverte sua perspectiva, pois o ato e o agir aparecem aqui como indispensáveis para atualizar uma potencialidade do ego e da relação do ego com o mundo que não pode tomar forma, ser experimentada, na história vivida do sujeito. (p. 202)

Fundamental para esta pesquisa, o entendimento de *acting out* como *ato experiência de apoio* elucida aspectos de minha apreensão contratransferencial, pois, sob esta ótica conceitual

O agir transferencial pode então ser considerado como um modo de tornar presentes, e de desenvolver, experiências infantis e arcaicas pouco ou insuficientemente vividas em seu tempo para que uma simbolização completa (ou mais completa) pudesse se efetuar. [...] Com isso, o ato e o agir não são mais considerados como anti-analíticos, mas se mostram como indispensáveis à análise. (ROUSSILLON, 2006, pp.202-203)

Sabidamente, o autor explica que “é preciso o ato para que o pensamento advenha, é preciso o ato jogo²⁸ para que a simbolização possa ter efeito. Mas é preciso também o afeto” (2006, p. 205). No meu entender, o afeto de que Roussillon fala, estaria distante daquele proposto por Freud a Binswanger, conforme citado. Trata-se de afeto espontâneo e autêntico, pois, inclusive, conforme Minerbo (2012) salienta, “o analista oferece sua contratransferência para que a transferência possa ganhar corpo” (p.33):

[a] transferência é a atribuição de um papel ao analista, que o desempenha mesmo sem saber qual é. A interpretação agora deve abarcar a cena da qual ele faz parte, além da decifração/tradução de conteúdos inconscientes do paciente. (p.32)

a transferência convoca o analista a agir a identificação complementar, aquela que tem a ver com o inconsciente parental, e que funcionou como um “molde” para a identificação que está sendo agida pelo paciente. (p.51)

Ferenczi, um autor que foi avesso a desconsiderar elementos reais da pessoa do analista como fundamentais ao processo de análise, “argumenta – opondo-se a Freud – que [esses] elementos [...] funcionam como suporte para o deslocamento do complexo de Édipo” (p.40). Segundo Minerbo (2012),

um objeto é bem talhado para ser suporte de certo tipo de transferência em função de um traço, ou de um “jeito”, que ele efetivamente tem, e que remete o sujeito a características de seu objeto primário. (p.40)

²⁸ Os atos jogos “São os atos mínimos para que a simbolização possa ocorrer, é o jogo mesmo da análise. Se a análise procede do jogo, é que o jogo propõe, de fato, um intermediário entre ato e pensamento. O jogo é ato, ele deve ser jogado para adquirir todo o seu valor, deve ser atualizado, mas é ato de representação; ele tem retenção” (ROUSSILLON, 2006, p. 205).

Esta citação oferece importante reflexão sobre a teoria do estágio do espelho partido, a dependência química e a experiência vivida transferencial-contratransferencialmente no CAPS-AD. Tanto a droga, quanto a ambiência específica desta instituição podem ser entendidas como objetos que remetem o toxicômano a transferir aspectos de sua vinculação com o objeto primário. Ou seja, é possível ponderar que o contato com a droga permita ao sujeito dependente químico, por meio da intoxicação e das sensações que a antecedem e sucedem, entrar em contato com o modo fusionado e necessário com o qual se relacionou com seu objeto primário, antes da quebra do espelho, bem como com o sofrimento psíquico decorrente dos choques que o *infans* liberou e não encontrou acolhimento ou tradução por parte da figura materna, como já abordado em capítulo anterior. Tendo em vista esta dinâmica com o objeto droga, não é de se estranhar que no local onde ocorra o tratamento da dependência química, no qual o psicotrópico e a adicção estão sob holofotes, a manifestação transferencial com o analista guarde importante relação com o que haja de mais íntimo no modo do paciente se envolver intersubjetivamente.

Por meio da contratransferência e a compreensão do afeto que parta dela, o analista pode dar novos contornos e suporte para a manifestação transferencial, viabilizando, como citado por Roussillon (2006), o apoio para a reparação do que não encontrou via de simbolização anteriormente.

Ainda, o texto de 1909 de Ferenczi tem importância para este modo de pensar e trabalhar clinicamente com psicanálise, pois “diz claramente que *em todo adulto sobrevivem a criança e seus complexos, prontos a serem acionados por quem souber despertar a transferência.*” (MINERBO, 2012, p.44) Freud, por sua vez, em 1921, em “Psicologia das massas e análise do ego”, ao tratar de identificações inconscientes, auxilia na compreensão conceitual da afirmação ferencziana: *quem souber despertar a transferência...*, explicando o que subjaz os laços que as pessoas fazem, ao longo da vida. Resumindo, escreve:

[...] primeiro, a identificação constitui a forma original de laço emocional com um objeto; segundo, de maneira regressiva, ela se torna sucedâneo para uma vinculação

de objeto libidinal, por assim dizer, por meio de introjeção do objeto no ego; e, terceiro, pode surgir como qualquer nova percepção de uma qualidade comum compartilhada com alguma outra pessoa que não é de instinto sexual. Quanto mais importante essa qualidade comum é, mais bem sucedida pode tornar-se essa identificação parcial, podendo representar assim o início de um novo laço. (FREUD, 2006/1921, p. 117)

A meu ver, além de ser algo inevitável ao processo psicanalítico, a transferência e a contratransferência, devem ser perscrutadas e utilizadas como técnicas fundamentais para a efetivação do tratamento em um CAPS-AD, principalmente porque esta instituição, por sua feição de local acolhedor e de certa indiferenciação de papéis entre terapeutas e pacientes, favorece o escancaramento dos conteúdos inconscientes e manifestações afetivas a eles atreladas.

Permitir que isto se dê não é tarefa simples, pelo contrário. Por mais que o material oriundo da transferência/contratransferência se apresente naturalmente, consentir que seu espaço seja legitimado e o conteúdo utilizado terapeuticamente chega a ser extenuante. Os choques teorizados por Olievenstein (1985) são reencenados, buscando por significação e retificação. Parte do processo traumático, os choques são acompanhados, no palco institucional, de outras manifestações a eles vinculadas instaurando toda sorte de conflitos, cada qual delineada aos moldes dos sujeitos implicados nas cenas e relações estabelecidas.

Como meio de aproximação clínica do que expus, para dar corpo ao que foi tratado até o momento, resgato as cenas que abrem este estudo, analisando-as à luz dos aspectos teorizados psicanaliticamente até então.

CENAS DO PRÓXIMO CAPÍTULO

Você tá grávida? Um dia eu quero ser mãe

Sexta-feira, toda sexta é complicada

“Você tá grávida? Um dia eu quero ser mãe”

O ambiente era um CAPS-AD. Costumeiramente, uma casa apertada para tanta gente. Mas, uma vez por semana, ficava quase deserta, quando se tentava reinventar o espaço para receber os dependentes químicos adolescentes, em número ínfimo se comparado ao dos homens e mulheres recebidos quatro vezes por semana, doze horas diárias.

O cotidiano é o da porta aberta e cada dia entrava uma novidade. Certa vez, foi a moça que queria ser mãe, mas ninguém sabia. Em primeiro surto, ela estava em crise desencadeada pelo uso de cocaína. Quase adolescente, foi atendida no dia de casa quase vazia e isto fez diferença. Se o CAPS não estivesse em silêncio, eu não teria conseguido ouvi-la, nem ter tido tempo de pausa para estabelecer sintonia, é possível que ela também não. A moça conseguiu ver minha barriga por detrás do balcão e isto a fez parar e me perguntar: *você tá grávida?* Estava. Um dia, ela queria ser mãe, e eu me ofereci corporeamente. Fui tocada e aquilo a acalmou.

As barrigas grávidas costumam ser terra de todo mundo. Deserotizadas, recebem carinhos desconhecidos e despertam curiosidade: lá dentro, tem algo que se manifesta aos pulos! E não é comida sendo digerida. É uma pessoa dentro da outra, ao mesmo tempo em que misturadas, diferentes. Todo mundo vem de uma barriga, mas ninguém se lembra de como foi passar por lá. É um estágio mítico, uma câmara escura, pronta para projeções.

Sendo minha barriga, há meses, terra de tantos carinhos de terceiros, autorizar a moça em surto fazer o que tantos fizeram significou reconhecer nela algo de comum e especial ao mesmo tempo. Como muitos, ela se sentiu atraída pela gestação, mas sua desorganização psíquica poderia representar um risco físico para mim. Mas permiti esta exposição, sem nem ter na hora a dimensão do seu tamanho.

Tendo em vista o efeito que causou na moça e a reação das colegas, com olhar assustado, ficou evidente que o que se passou naquela cena era algo inesperado. O fato de eu ter oferecido minha barriga, com meu bebê dentro, para ser alvo de carinho, permitindo grande aproximação de alguém que poderia agir com agressão, tamanhos os sintomas psicóticos que apresentava, foi interpretado por quem nos cercava como algo irresponsável. Contudo, a moça que queria ser mãe foi gentil, sutil e carinhosa. Sua mão estava quentinha e ela, após tocar a barriga grávida da moça psicóloga, agradeceu, sorriu mais uma vez e, como se não estivesse surtada, voltou de onde saíra. Não ouvi mais seus gritos.

Esta experiência vivida dentro do CAPS-AD, conforme pontuado por Souza (2007), é patente da realidade de exposição que cito no início da dissertação. Lembrando, “estar na ambiência é estar exposto à loucura sem nenhuma mediação evidente dos seus instrumentos profissionais” (p. 126-127). Contudo, por mais que não seja evidente, o psicanalista, por meio do tripé estudo, análise pessoal e supervisão, tem instrumentos para conseguir se comunicar com o paciente de maneira diferente daquela burocraticamente institucionalizada. Quero dizer que, por meio da relação transferencial-contratransferencial estabelecida entre mim e a moça em surto, foi viável apreender que o risco do carinho não era pungente e que meu oferecimento corpóreo como analista se manifestava como uma técnica terapêutica, auxiliando-a a entrar em contato com seus limites físicos e a potência do que fora verbalizado em *um dia eu quero ser mãe*, altamente organizador, naquele momento.

Se um dia ela não quisesse ser mãe, talvez eu não a tivesse deixado passar a mão em mim, aproximar-se da minha barriga com nenê dentro. Naquela ocasião, eu concretamente carregava algo que a conectava com seu próprio corpo e com a dimensão de sua temporalidade: um dia foi bebê, um dia queria ser mãe. Assim sendo, também é possível hipotetizar que o interesse da moça em surto relacione-se ao mesmo tempo com o resgate de algo vivido de maneira intensa, quando ainda uma *infans*. A fusionalidade a qual se refere Olievenstein (1985), vivida antes da primeira quebra do espelho, pode ser remetida à representação ideal da experiência gestacional. Por isso, levando-

se em consideração a tese deste autor e a proposição de Roussillon (2006) quanto ao ato experiência de apoio, no qual “o ato e o agir aparecem [...] como indispensáveis para atualizar uma potencialidade do ego e da relação do ego com o mundo que não pôde tomar forma, ser experimentada, na história vivida do sujeito” (p. 202), é factível que a força da instantaneidade daquela cena na recepção do CAPS-AD tenha sido precisa e intensa o suficiente para auxiliar a moça a reparar e resgatar aspectos de sua dimensão psíquica em franca desorganização.

Sexta-cheira, toda sexta é complicada

... mas para mim aquela foi mais do que as outras. Por mais que estivesse na linha de frente do trabalho institucional, pois travava parceria com o plantonista do dia, o que fez daquela sexta tão difícil não foi o volume de trabalho, a casa lotada, os atravessamentos burocráticos ou a falta de infraestrutura para atendimento. Essas coisas estavam lá todo dia. Por mais que quem trabalhe num CAPS-AD saiba que toda hora é hora, a gente nunca sabe quando a surpresa vai chegar.

Naquela sexta, ela tinha nome de mulher, cara conhecida, pedido já ouvido, resposta esperada. O complicado é que o cenário pode manter certa estabilidade, mas os atores cada vez trazem um tom diferente ao ato e, diante da virulência do ocorrido naquela tarde, o sentimento de impotência me fez tombar.

A cena evidencia o sofrimento psíquico de uma mulher dependente química e a diferença de compreensão do que ocorria com ela, por parte da equipe multidisciplinar. No CAPS-AD, um aspecto do tratamento da dependência de psicotrópicos é o uso de psicotrópicos e isto coloca quem prescreve a droga em um lugar todo especial, bastante poderoso aos olhos de quem a recebe. Ter consciência disto não é difícil para os médicos, mas o manejo desta relação em momentos de crise é.

Na sexta em questão, a paciente que se ausentara do tratamento por alguns dias retornara, no clímax de sua fissura, pedindo ajuda. A resposta médica foi precisa: *não!*, porque faltara à consulta, porque não estava vindo diariamente, porque manipulava, porque precisava de limites. Quem estivesse de fora e olhasse aquela mulher adulta pedindo por remédio nos 45 do segundo tempo pensaria de pronto que o mais natural seria lhe dar uma bronca e não entregar o que tanto pedia: *foi desobediente, não deve ganhar o que quer! Dá próxima vez, ela se emenda.*

Esta forma de pensar pode fazer efeito para certo tipo de paciente, não para aqueles que, como explica Marion Minerbo (2013), pertencem ao grupo dos não neuróticos. São sujeitos com formação egoica frágil, marcados por

eventos traumáticos cumulativos, ocorridos ao longo do desenvolvimento precoce. Acompanhada de outras psicopatologias, a dependência química pode ser abrangida sob a definição deste funcionamento, pois,

A não neurose abrange todas as configurações psíquicas em que predominam os distúrbios na constituição do narcisismo – tanto as perturbações no investimento libidinal do *self* (conjunto de representações ou *imago* de si mesmo) quanto das fronteiras e funções do ego.

[...] Fazem parte dessa forma de subjetividade todas as patologias relacionadas aos problemas de constituição do eu, qualquer que seja a maneira pela qual aquela subjetividade tenha se organizado/desorganizado diante da angústia narcísica [...]. (p. 27-8, grifos da autora)

O estágio do espelho partido, por mais que não seja citado pela autora, pode ser compreendido nesta análise como um dos traumas aos quais os não neuróticos dependentes químicos são expostos. Parecendo que escreve exatamente sobre a tese de Olievenstein, Minerbo (2013) pergunta:

Quem está doente, do ponto de vista psicanalítico? A criança? A mãe? O “sujeito doente” é a relação que se estabelece entre elas. Essa relação será internalizada pelo indivíduo transformando-se em uma identificação. Agora, é a relação entre o sujeito e seus objetos internos que está doente. Partindo dessa matriz intrapsíquica, relações intersubjetivas patológicas serão estabelecidas com outros objetos. [...] A relação com o mundo se torna patológica. (p. 32)

E sendo assim o modo como o sujeito se relaciona intersubjetivamente, não deveria ser de estranhar que aja tal e qual em diferentes campos de sua

vida, principalmente onde é tratado o vínculo mais patente (com a droga) deste modo de funcionar.

A paciente entrou no CAPS-AD trazendo a intensidade de seu desespero e os choques que partiram dela, para usar a linguagem de Olievenstein, foram recebidos e devolvidos pela instituição, reiterando o *modus operandi*, por ela, há muito conhecido. No meu entender, nesta cena fica explícito o quanto uma ação com feição terapêutica pode ter repercussões deletérias a quem não possui repertório para responder positivamente a ela. Não fazia sentido para a paciente um limite como aquele, principalmente porque receber um não no ápice de sua angústia significava ser abandonada à própria sorte, sem recursos, a não ser o crack, para lidar com a dor.

Naquela sexta, a instituição agiu como a figura materna do não neurótico. Relembrando,

[No] caso da não neurose [o] psiquismo da mãe não aguenta tensões; ele “espana” em situações de angústia e descarrega na criança, esperando que ela possa fazer a necessária continência e transformação, o que, evidentemente, excede sua capacidade psíquica de elaboração. Ou seja, em lugar de funcionar como paraexcitação, a própria mãe é fonte de afetos penosos e traumáticos. (MINERBO, 2013, pp. 74-75)

O CAPS-AD “espanou”, pois não apreendia que “o neurótico entende emocionalmente que, em certo nível, precisa se adaptar ao mundo, já que este não se adaptará a ele. [Contudo] O não neurótico até pode entender isso intelectualmente, mas, emocionalmente, isso é inconcebível” (p. 86). Lidar com situações como esta, sem devolver a violência dos choques que partem do paciente, exige conseguir perceber e cuidar da criança no adulto, além de ter minimamente claro para si a transferência/contratransferência estabelecida.

Bem, o limite não funcionou e a instituição teve de reparar o mal-feito daquele dia, correndo atrás da paciente. Nossa tentativa de reparação teve seus efeitos, ela voltou. Quanto ao médico, não arredou pé e a paciente foi transferida para outro profissional, mais sensível às suas demandas.

Esta dissertação, com origem na clínica psicanalítica exercida no âmbito institucional e a ela destinada, teve como intuito principal oferecer a possibilidade de reflexão a respeito de aspectos do funcionamento psíquico do toxicômano, de hipóteses sobre o desenvolvimento infantil de um dependente químico e de alguns modos como estes aspectos se reeditam na relação transferencial-contratransferencial. Para além das contribuições que se articulam com a psicanálise, primeiramente, abordei a dependência química de modo abrangente, discorrendo sobre características e efeitos de cada droga, bem como o caráter hereditário da toxicomania, deixando claro que não entendo sua assunção como algo definível unilateralmente.

Todo o material produzido teve como perspectiva contribuir para a prática profissional de quem se debate cotidianamente com as contradições da vida institucional e se sente afetivamente impactado pelas demandas que a particularidade do tratamento oferecido a este público propicia.

Nesse contexto, a interface com outras áreas do saber em saúde mental, “articuladas à emergência, na contemporaneidade, de distintas formas de sofrimento psíquico que se reportam ao corpo biológico” (LOFFREDO, 2008, p. 39), é um desafio para o psicanalista contemporâneo e espero ter demonstrado aspectos do que seja trabalhar na clínica extensa (Herrmann,).

Como considera Fédida (1988), “em função da posição que ocupamos, cada coisa que dizemos ou fazemos tem imediatamente uma incidência sobre a matéria vivente que o homem doente nos oferece” (p. 30). Por isso e tendo em vista a especificidade do envolvimento paciente/terapeuta em uma instituição de tratamento como o CAPS-AD, compreendeu ser fundamental abordar o que seriam sinais daquilo que meus colegas não psicanalistas tantas vezes entenderam como malandragem, manipulação, descompromisso ou preguiça de nossos pacientes. Diante da realidade precária de trabalho e do

grande volume de pessoas a ser atendido, a possibilidade de não enxergar o que já é difícil de ser visto fica engrandecida e acaba por obliterar o alcance da singularidade do sujeito a quem dedicamos cuidados.

Os sinais citados acima, que podem ser entendidos como fruto de maledicências ou desrespeito ao tratamento e seus atores, a meu ver, fazem parte da ambivalência com que o delicado relacionamento entre terapeutas e dependentes químicos se dá em ambiente de tanta indiferenciação como o do CAPS-AD, já que, “desde que nos ocupemos do ser humano, tudo o que se passa entre nós, nos mínimos detalhes, reveste uma significação de fragilidade” (FÉDIDA, 1988, p. 31).

Por meio do caso clínico *Sexta-cheira, toda sexta é complicada*, procurei evidenciar a importância de o profissional que cuida de dependentes químicos estar atento ao que possam significar, por exemplo, cenas passíveis de serem percebidas como desobediência a regras. Numa clínica como esta, situando-se dentro do referencial psicanalítico, parar para pensar no “o que isso quer dizer?” é essencial, pois, caso contrário, age-se de bate e pronto, como se aquele que busca o tratamento não estivesse na instituição justamente porque não consegue lidar com conflitos, angústias, frustrações e limites, a não ser de maneira precária.

Marion Minerbo (2013), em *Neurose e Não neurose*, explicita a importância de se escutar a “criança no adulto”, pois é isso que permite lançar para a esfera da transferência/contratransferência o que está sendo presentificado no agir do paciente, viabilizando ao profissional proceder de modo terapêutico, não reativo. Segundo a autora,

[...] os conflitos precoces que resultaram em recalque, os traumas que resultaram em cisões, o que simplesmente não chegou a se constituir ou as inscrições patológicas [...] determinam certa forma de sofrer. É preciso escutar “a criança no adulto”, procurando identificar os modos pelos quais ela se organizou ou desorganizou em suas relações intersubjetivas. [E] *para enxergar a criança no analisando*,

diferentes focos de escuta podem ser necessários. (pp. 49-50)

A escuta pode se dar por meio de um corpo disponível, da pausa para prestar atenção, de um olhar atento, de uma brincadeira, de uma refeição feita em conjunto... Todos são meios que permitem a existência dos diferentes focos de escuta, pois viabilizam que o paciente fale, não somente por palavras, o que há do “seu infantil” sendo repetido incessantemente em busca de elaboração:

o agir transferencial pode então ser considerado como um modo de tornar presentes, e de desenvolver, experiências infantis e arcaicas pouco ou insuficientemente vividas em seu tempo para que uma simbolização completa (ou mais completa) pudesse se efetuar. [...] Com isso, o ato e o agir não são mais considerados como anti-analíticos, mas se mostram como indispensáveis à análise. (ROUSSILLON, 2006, pp.202-203)

Assim sendo, aquilo que há de indigesto na convivência com os pacientes do CAPS-AD – tendo em vista a intensidade com a qual somos convocados a interagir com as exaltações, contradições, violências e demandas exageradas dos pacientes – é material fundamental a ser incorporado e não rechaçado ou moralizado no ambiente institucional. E o terapeuta deve fazer isso tendo claro, para si mesmo, o lugar privilegiado que psiquicamente ocupa em seu paciente:

para esses analisandos, o analista não representa o objeto primário, ele o é; precisa funcionar continuamente como prótese psíquica e não pode se afastar por muito tempo, sob pena de deixar o analisando em um desamparo brutal. (MINERBO, 2013, p. 292)

Isto porque

as fronteiras egoicas são tão frágeis que qualquer estímulo é vivido como excessivo e desestruturante. São pessoas que sempre estão “em carne viva”, ou seja, não contam com um paraexcitação suficiente. É a seqüela do já referido “trauma precoce” [justamente vinculado ao estágio do espelho partido]. (p. 76)

A “falha do objeto primário faz que ele não seja internalizado e passe a ser buscado, concreta e compulsivamente, no mundo externo” (MINERBO, 2013, p. 291). Desta forma, na instituição, corporificada pelos seus terapeutas, o dependente químico reedita o sistema falho mãe-filho, apontado por Olievenstein, e lhe dirige, assim como fez com seu objeto primário, os choques advindos da percepção destas falhas. Caberá ao terapeuta, por sua vez, não reeditar a devolução de tais choques, outrora já reenviados ao *infans*. Este processo não é simples ou imediato, já que

ali, o círculo vicioso patológico intersubjetivo, para o qual o analista inicialmente contribuirá, tal como o objeto primário o fez, terá, em um segundo momento, a possibilidade de ser interrompido. Só então novas matrizes relacionais poderão ser criadas no campo transferencial-contratransferencial e internalizadas. (p.182)

A possibilidade de mudança reside justamente neste encontro, quando o sujeito se depara com o profissional agindo de modo inusitado diante de seu antigo repertório de interações intersubjetivas. Poder oferecer, por exemplo, o corpo ao paciente – tal como narrado em “*Você tá grávida?*” –, não moralizar a conduta disruptiva de um *acting out* – como em *Sexta-cheira* –, perceber que antes de limites o paciente precisa de cuidados básicos, são condutas do

terapeuta essenciais ao sujeito que busca ajuda para o sofrimento advindo da relação necessária com o objeto-droga. Sem isso, iremos nos distanciar do que está mais profundamente marcado em seu funcionamento psíquico e que, como um círculo vicioso, lança-o em repetições auto-destrutivas, ferindo também aqueles com quem estabelece transferência e reiterando os sentimentos de impotência tão marcantes para os que se ocupam desta clínica. Dando voz a quem comigo trabalhava, afirmo que, sem isto, o que prepondera é a sensação de se viver no “caos”, só “enxugando gelo”...

A meu ver, é justamente a decifração desses processos que *legitima e especifica* o lugar da psicanálise em instituições como os CAPS-AD. Em relação à interdisciplinaridade presente em locais de tratamento como estes, nos quais é fundamental a interface de áreas tão distintas no que tange a compreensão do mesmo objeto – o ser humano –, o psicanalista possui referencial teórico-metodológico que permite lançar luz nas singularidades dos sujeitos em sofrimento psíquico. Ou seja, trazendo o aspecto essencial do reconhecimento da “criança no adulto” e o modo como o infantil se faz presente nas relações e no clima institucional – já que isto não se cala nem pela atitude moralizadora mais contundente –, a psicanálise contribui para a viabilidade de um tratamento não expulsivo ou normatizador.

Enfim, a dissertação universitária significou a possibilidade de organizar e ressignificar minha experiência de trabalho, pois, por meio da fundamentação teórica psicanalítica, validou um posicionamento clínico que por vezes foi compreendido como condescendente ou “bonzinho”, tal qual em *Sexta-cheira* busquei evidenciar. Nesta trajetória, portanto, a Universidade tem papel crucial, já que, conforme elucida Loffredo (2012), ela viabiliza a reflexão sobre

a *extensão* do saber psicanalítico para onde uma demanda de escuta se apresenta de modo a que seu método seja convocado, o que envolve pesquisa, necessariamente, no plano da elasticidade e da plasticidade do *setting*. (p. 212)

Ao mesmo tempo em que encontrei no método psicanalítico as bases para uma atuação clínica balizada pela ética e pelo olhar delicado e de certa forma transgressor – institucionalmente falando – frente ao sofrimento psíquico, anseio ter retribuído em justa medida àqueles que se ativeram a estas páginas.

REFERÊNCIAS

- AGRAWAL, A., LYNSKEY, M. T., Are there genetic influences on addiction: evidence from family, adoption and twin studies. *Addiction*, vol.103, 1069-1081, 2008;
- ALMEIDA, Priscila Previato *et al* . Review: executive functioning and cannabis use. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo , v. 30, n. 1, Mar. 2008 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000100013>;
- ANDRADE, Ana Bárbara de Toledo; HERZOG, Regina. Os afetos do analista na obra freudiana. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652011000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16/11/2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-56652011000100008>;
- ANDRIETO, E., ARRUDA, S. L. S., Mães psicóticas e seus bebês: uma leitura winnicottiana. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 61, n. 3, 2009. Disponível em: <<http://146.164.3.26/seer/lab19/ojs2/index.php/ojs2/article/viewArticle/523/365>>. Acesso em: 25/09/2011;
- ARAÚJO, G., LERNER, R., Discussão da noção de intersubjetividade à luz de contribuições da psicanálise. *Reverso*, Belo Horizonte, ano 32, no. 60, p. 35-42, set. 2010;
- ARTIOLI, G. G., HIRATA, R. D. C. e LANCHÁ JUNIOR, A. H. *Terapia gênica, doping genético e esporte: fundamentação e implicações para o futuro* Rev. Bras. Med. Esporte. Vol. 13, Nº 5 – pp. 349-357, Set/Out, 2007;

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, DSM-IV - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5ª. Edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 2014;

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, Abuso e dependência: crack. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, vol.58, nº. 2, Mar./Abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302012000200008&script=sci_arttext>. Acesso em: 27/06/2012;

BASAGLIA, A. E. *Adictos a drogas em tratamento: um estudo sobre o funcionamento psíquico de suas mães*. 2010. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010;

BESTETTI, M. L. T. *Ambiência e Envelhecimento*. Trabalho apresentado no III Congresso Ibero-americano de Psicogerontologia. 2009. Disponível em: http://www.geracoes.org.br/arquivos_dados/foto_alta/arquivo_1_id-86.pdf> Acesso em: 7/09/2011;

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE: <http://regional.bvsalud.org/php/index.php>;

BIBLIOTECA VIRTUAL DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO:
http://www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/index.php?tipoPesquisa=1;

BIBLIOTECA VIRTUAL DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO:
<http://dedalus.usp.br/F>;

BITTENCOURT, S., Neuromoduladores e neurotransmissores - noção geral, s/d. Disponível em: http://www.neurofisiologia.unifesp.br/neuromoduladores_nocaogeral_simonebittencourt.pdf. Acesso em: 16/11/2014;

BRASIL. Ministério da Justiça – Secretaria Nacional de Políticas sobre Droga. Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento (SUPERA), 2011, 4ª. Edição;

_____ Ministério da Saúde Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. *Ambiência em O SUS de A a Z – Garantindo Saúde nos Municípios*. Brasília, DF. 3ª Edição 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf>. Acesso em: 17/09/2011;

_____ Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental/Portaria_336.pdf>. Acesso em: 15/09/2011;

_____ Portaria/SNAS n.º 224 - De 29 de janeiro de 1992. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm. Acesso em: 17/09/2011;

_____ Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. LEI No 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 13/11/2013;

BREUER, J., FREUD, S. Fragmento da Análise de um Caso de Histeria. Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Freud*. (Ribeiro, V. trad., Vol. VII). Rio de Janeiro: Imago (trabalho original 1905[01]), 2006;

CARLINI, E. A., NAPPO, A. A., GALDURÓZ, J. C. F., NOTO, A. R. Drogas Psicotrópicas – o que são e como agem. *Revista IMESC*, n.º 3, pp. 9-35, 2001;

CEDARO, J. *O fenômeno transferencial na instituição hospitalar*. 2000. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. Disponível em:

<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-16052006-121403/>>. Acesso em: 2015/03/07;

CARDOSO, W., GALLO, F. SP busca solução jurídica para tirar viciado da cracolândia. *O Estado De São Paulo*, São Paulo, 21 de junho de 2011. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/impreso,sp-busca-solucao-juridica-para-tirar-viciado-da-cracolandia,735078,0.htm>>. Acesso em: 23/09/2011;

CARNEIRO, H. S. *As Drogas e a História da Humanidade*. *Psicologia Ciência e Profissão* 6 (6), 13-15, 2009;

CARNEIRO. H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século xx. *Revista Outubro, IES, SÃO PAULO, VOL. 6*, pp.115-128, 2002;

CARRETEIRO, T. C., CARDOSO, A. R. S., *Familiarismo e drogas*. *Pulsional - Revista de Psicanálise*, ano XVI, n. 171, p.48-56, julho (2003). Disponível em: <http://www.editoraescuta.com.br/pulsional/171_05.pdf>. Acesso em: 27/06/2012;

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID-UNIFESP) - Departamento de Psicobiologia - Unifesp/EPM, folhetos, s/d. Disponível em: <http://www.cebrid.epm.br/folhetos/folhetos.htm>. Acesso em: 12.09.2014

COSTA, Nilson do Rosário *et al*. Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, Dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20/09/2013;

CRIPPA, José Alexandre *et al* . Efeitos cerebrais da maconha: resultados dos estudos de neuroimagem. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo , v. 27, n. 1, Mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462005000100016>.

DA SILVEIRA FILHO, X. Drogas – Uma Compreensão Psicodinâmica das Farmacodependências. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995;

_____ Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Editora Ateneu, 2006;

DE ALMEIDA, A. F., MUSSI, F. C., Tabagismo: conhecimentos, atitudes, hábitos e grau de dependência de jovens fumantes em Salvador. *Rev Esc Enferm USP*,40(4):456-63, 2006;

DE SOUZA, P. C. As palavras de Freud: o vocabulário freudiano e suas versões. São Paulo: Cia. das Letras, 2010;

DOLTO, F. A Gênese do sentimento materno: esclarecimento psicanalítico da função simbólica feminina. Em: *No Jogo do Desejo – ensaios clínicos*. (Ribeiro, V., trad.). São Paulo: Editora Ática, (trabalho original de 1981), 1996;

DUARTE, Ricardo Luiz de Menezes; PASCHOAL, Marcos Eduardo Machado. Marcadores moleculares no câncer de pulmão: papel prognóstico e sua relação com o tabagismo. *J. bras. pneumol.*, São Paulo, v. 32, n.1, Feb. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132006000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132006000100012>.

ESCOBAR, J. A. C., *Ayahuasca e Saúde: Efeitos de uma Bebida Sacramental Psicoativa na Saúde Mental de Religiosos Ayahuasqueiros*. Tese (Doutorado em Psicologia Cognitiva) Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2012;

ESCOBAR, J.& ROAZZI, A. Panorama Contemporâneo do Uso Terapêutico de Substâncias Psicodélicas: Ayahuasca e Psilocibina. *Neurobiologia*, 73 (3) jul./set., 2010. Disponível em: http://www.neip.info/upd_blob/0001/1306.pdf Acesso em: 15.11.2014;

FÉDIDA, P. Clínica Psicanalítica: estudos. São Paulo: Ed. Escuta, 1988;

FERENCZI, S. Reflexões sobre o Trauma. Em: *Obras Completas – Psicanálise IV.* (Álvaro Cabral, trad, vol IV). São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora LTDA, 1992;

FERRAZ, C. *Andarilhos da Imaginação.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000;

FERREIRA FILHO, O. F. F., et. al. *Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados.* *Revista de Saúde Pública*, 37(6):751-9 (2003). Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v37n6/18018.pdf>>. Acesso em: 27/06/2012;

FIGUEIREDO, Luís Claudio; MINERBO, Marion. Pesquisa em psicanálise: algumas idéias e um exemplo. *J. psicanal.*, São Paulo, v. 39, n. 70, jun. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000100017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 26 jul. 2013;

FIGUEIREDO, R. M. M. D. *Prevenção ao Abuso de Drogas em Ações de Saúde e Educação (uma abordagem sócio-cultural e de redução de danos)* – São Paulo: NEPAIDS, 2002. Disponível em: <http://www.ip.usp.br/portal/images/nepaids/cartilhas/drogas-nepaids.pdf> Acesso em: 29/11/2014;

FREUD, S., *A Dinâmica da Transferência.* Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Freud.* (Abreu, J. O. A., trad., Vol. XII). Rio de Janeiro: Imago, (trabalho original: 1912a), 2006;

_____ *A Hereditariedade e a Etiologia das Neuroses.* Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Freud.* (Salomão, M., trad., Vol. III). Rio de Janeiro: Imago, (trabalho original: 1896), 2006;

_____ *A Interpretação dos Sonhos.* Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Freud.* (de Oliveira, I., trad., Vol. IV). Rio de Janeiro: Imago, (trabalho original: 1900), 2006;

- _____ A Sexualidade e a Etiologia das Neuroses. Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Freud*. (Salomão, M., trad., Vol. III). Rio de Janeiro: Imago, (trabalho original: 1898), 2006;
- _____ Além do Princípio do Prazer. Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Freud*. (de Souza, E., trad., Vol. XVIII). Rio de Janeiro: Imago, (trabalho original: 1920), 2006;
- _____ As Perspectivas Futuras Da Terapêutica Psicanalítica. . Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Freud*. (Marcondes, D., trad., Vol. XI). Rio de Janeiro: Imago, (trabalho original: 1910), 2006;
- _____ Conferência XXIII – Os caminhos da Formação dos Sintomas. Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Freud*. (Meurer, J.L., trad., Vol. XVI). Rio de Janeiro: Imago, (trabalho original: 1916-1917), 2006;
- _____ Conferência XXVII – Transferência. Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Freud*. (Meurer, J.L., trad., Vol. XVI). Rio de Janeiro: Imago, (trabalho original: 1915-1916), 2006;
- _____ Estudos sobre a Histeria. Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Freud*. (Oiticica, C. M. e Ribeiro, V., trads., Vol. II). Rio de Janeiro: Imago (trabalho original 1895), 2006;
- _____ Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Freud*. (Abreu, J. O. A., trad., Vol. XII). Rio de Janeiro: Imago, (trabalho original: 1911), 2006;
- _____ Luto e Melancolia. Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Freud*. (Brito, T. de O., Britto, P. H. e Oiticica, C. M., V., trads., Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago (trabalho original 1917 [15]), 2006;
- _____ O Humor. O Mal-estar na Civilização. Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Freud*. (Abreu, J. O. A., trad., Vol. XXI). Rio de Janeiro: Imago (trabalho original 1927), 2006;

- _____ O Mal-estar na Civilização. Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Freud*. (Abreu, J. O. A., trad., Vol. XXI). Rio de Janeiro: Imago (trabalho original 1930[29]), 2006;
- _____ Os chistes e sua relação com o inconsciente. Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Freud*. (Salomão, J., trad., Vol. VIII). Rio de Janeiro: Imago (trabalho original 1905b), 2006;
- _____ Projeto para uma Psicologia Científica - Parte I – A Experiência de Satisfação. Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Freud*. (Hans, L. A., trad., Vol. I). Rio de Janeiro: Imago, (trabalho original: 1950[1895]), 2006;
- _____ Pulsões e destinos da Pulsão. Em: *Obras Completas psicológicas de Sigmund Freud – Escritos sobre a Psicologia do inconsciente*. (Hans, L. A., trad., Vol. I). Rio de Janeiro: Imago, (trabalho original: 1915), 2004;
- _____ Recomendações aos Médicos que exercem a Psicanálise. Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Freud*. (Abreu, J. O. A., trad., Vol. XII). Rio de Janeiro: Imago, (trabalho original: 1912b), 2006;
- _____ Recordar, repetir e elaborar. Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Freud*. (Abreu, J. O. A., trad., Vol. XII). Rio de Janeiro: Imago, (trabalho original: 1914), 2006;
- _____ Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade. Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Freud*. (Salomão, J., trad., Vol. VII). Rio de Janeiro: Imago (trabalho original 1905b), 2006;
- GARCIA-ROZA, L. A., Freud e o inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda. (trabalho original 1984), 2005, 21ªEd;
- GAY, P., Freud – Uma vida para o nosso tempo. (Bottmann, D. trad.). São Paulo: Cia. das Letras;
- GRAÑA, R. B., Lacan com Winnicott – Espelhamento e Subjetivação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011;

- GUIMARÃES, A. B. P., *et al.* Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 36(2): 69-74 (2009). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v36n2/05.pdf>>. Acesso em: 27/06/2012;
- GURFINKEL, D., O infantil em Ferenczi e o problema da ingenuidade, em: *Do Sonho ao Trauma – Psicossoma e Adicções*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001;
- GYNTHER, L.M., CAREY, G., GOTTESMAN, I.I., VOGLER, G.P., A twin study of on-alcohol substance abuse. *Psychiatry Res*. Vol. 56, 213-220, 1995;
- HERRMANN, F. 1991[79], *Clínica Psicanalítica*, São Paulo: Brasiliense;
- ISMAEL, S. M. C. Tabagismo e o adolescente. *Rev. Pediatr. Mod*, pp. 683-686, 2001;
- JORDAN, E. *Entorpecentes Tóxicos – Drogas Psicotrópicas*. São Paulo: Ed Salesiana Dom Bosco, 1986;
- JORNAL GGN, Especialistas criticam internação compulsória de dependentes químicos. Disponível em: <http://jornalgggn.com.br/noticia/especialistas-criticam-internacao-compulsoria-de-dependentes-quimicos>. Acesso em: 13/11/2013;
- KALLAS, R. G. M., *Do psicodiagnóstico à intervenção em adictos: contribuições do Rorschach e do atendimento clínico*. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007;
- KENDLER, K.S., KARKOWSKI, L.M., NEALE, M.C., PRECOTT, C.A., Illicit psychoactive substance use, heavy use, abuse and dependence in a US population-based sample of male twins. *Arch. Gen. Psychiatry*, vol.57, 261-269, 2000;
- KENDLER, K. S., SCHIMITT, E., AGGEN, S. H., PRESCOTT, C. A., Genetic and environmental influences on alcohol, caffeine, cannabis and nicotine

- use from early adolescence to middle adulthood. *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 65, 674-682, 2008;
- LACAN, J.J., Os complexos familiares. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, (trabalho original 1938), 1985;
- _____ O estágio do Espelho como formador da função do eu – tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. Em: *Escritos* (Vera Ribeiro trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., (trabalho original 1949), 1998;
- LAPLANCHE, J., PONTALIS, J. B., Vocabulário da Psicanálise, São Paulo: Martins Fontes, 2004;
- LIBERMAN, D., A comunicação em psicanálise. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1981;
- LOFFREDO, A. M. Psicanálise e poesia: comentários à entrevista de Carlos Vogt. *Rev. bras. Psicanálise*. São Paulo, v. 42, n. 1, mar, 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2008000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 mar. 2015;
- LOFFREDO, A. M. Transmissão da psicanálise e universidade. *Jornal de Psicanálise*. 45 (82), pp. 211-222. 2012;
- MARQUES, A. C. P. R., RIBEIRO, M. (orgs). Drogas – um guia prático. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2006;
- MARQUES, A. C. P. R., RIBEIRO, M., LARANJEIRA, R. R. DE ANDRADA, N. C. Abuso e dependência: crack. *Rev Assoc Med Bras*. 58(2): 141-153 2012;
- MARTINS-COSTA, S. H., VETTORAZZ, J., CECIN, G. K. G., MALUF, J. M. R. A., STUMPF, C. C., RAMOS, J. G. L. Crack: a nova epidemia obstétrica. *Rev HCPA*. Rio Grande do Sul, 33(1), 2013;
- MCDUGALL, J., The 'dis-affected' patient: reflections on affect pathology. *Psychoanal. Q.*, LIII: 386-409, 1984.

_____ Conferências Brasileiras. (Rocha, F. trad). Rio de Janeiro: Xenon, 1987;

MESSAS, G. P., VALLADA FILHO, H. P., O papel da genética na dependência do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, vol.26, supl.1, Maio 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462004000500014&script=sci_arttext&lng=es>. Acesso em: 27/06/2012;

MEZAN, Renato. Pesquisa em psicanálise: algumas reflexões. *J. psicanal.*, São Paulo, v. 39, n. 70, jun. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 jul. 2013;

MINERBO, M., Neurose e Não Neurose. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013, 2ª. Edição;

_____ Transferência e Contratransferência. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012;

MORENO FA, DELGADO PL. Psilocybin treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. In: Winkelman M.J., Roberts T.B. editors. *Psychedelic Medicine: new evidence for hallucinogenic substances as treatments*. Westport, Connecticut: Praeger, pp. 125-39, 2007;

MORENO FA, WIEGAND CB, TAITANO EK, DELGADO PL. Safety, Tolerability, and Efficacy of Psilocybin in 9 Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 67(11): 735-40, 2006.

NEGRÃO, B. A., *Variantes genéticas de risco para a dependência de crack/cocaína: estudo de associação do tipo gene candidato e epistasia*. 2012. Tese (Doutorado em Ciências – Programa de Psiquiatria da Faculdade de Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012;

OCAMPO, E. V., *Droga, Psicoanálisis y Toxicomania – las huellas de un encuentro*. Buenos Aires: Editora Paidós, 1988;

- OLIEVENSTEIN, C. Destino do Toxicômano. Tradução: Marie Dominique Grandy. São Paulo: Editora Almed, 1985;
- ONU. Office on Drugs and Crime. *World Drug Report*. United Nations Publication, 2007. Disponível em: http://www.unodc.org/brazil/pt/pressrelease_20072506.html. Acesso em: 17/09/2011;
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. 2008. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm> Acesso em: 12 nov. 2014;
- PESSOTI, I. As funções do manicômio – Um “movimento antimanicomial” in *O século dos Manicômios*. São Paulo: Editora 34, 1996;
- PINHEIRO, V. S., TRAVESSO-YÉPEZ, M. A., *Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas*. Psicologia & Sociedade; 14 (2): 133-147; jul./dez. (2002). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/psoc/v14n2/v14n2a07.pdf>. Acesso em: 27/06/2012;
- RAMALHO, R. Dilma lança projeto para ajudar viciados em crack, *Portal G1*, 17/02/2011. Disponível em: <http://noticias.r7.com/brasil/noticias/dilma-lanca-projeto-para-ajudar-viciados-em-crack-20110217.html>. Acesso: 22/09/2011;
- RIBEIRO, P. C. P. O uso indevido de substâncias: esteróides anabolizantes e energéticos. *Rev. Adolescência Latinoamericana*, 2 (2), pp.1414-7130, 2001;
- ROCHA, A. da S. E., Lacan no "Estádio do Espelho" Hegeliano. Em *Razão e Liberdade: Homenagem a Manuel José do Carmo Ferreira*, volume II, Lisboa: Centro de Filosofia – Departamento de Filosofia da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, pp. 1443-1466, 2009;

- ROGERO, T. Rio: menores detidos na cracolândia terão 'internação compulsória'. *O Estado De São Paulo*, São Paulo, 30 de maio de 2011. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/cidades,rio-menores-detidos-na-cracolandia-terao-internacao-compulsoria-,725800,0.htm>>. Acesso: 23/09/2011;
- ROSSATO, L. G. Avaliação Quimiotaxonômica de Cogumelos da Espécie *Psilocybe wrightii*. (Dissertação de Estágio em Farmácia) Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008;
- ROUDINESCO, E., PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. (Magalhães, L.; Ribeiro, V. trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor (trabalho original publicado em 1997), 1998;
- ROUSSIOLLON, R. Paradoxos e situações limites da psicanálise. (Neves, P. trad.) Rio Grande do Sul: Unisinos, 2006;
- SALOMONSSON, B., 'Talk to me baby, tell me what's the matter now' - Semiotic and developmental perspectives on communication in psychoanalytic infant treatment. *Int J Psychoanal.* 88:127-46, 2007;
- SANTOS, Letícia de Faria; VASCONCELOS, Laércio Abreu. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em Crianças: Uma Revisão Interdisciplinar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília, Vol. 26. n. 4 Out-Dez, pp. 717-724, 2010. Disponível em: <http://www.cetcc.com.br/arquivos/tdah.pdf>. Acesso em: 23.11.2014;
- SÃO PAULO. Comissão Municipal de Direitos Humanos. *I Relatório*, 2002-2004. Disponível em:<http://www.dhnet.org.br/dados/manuais/dh/br/sp/1_relatorio_sp_cmdh.pdf>. Acesso em: 15/09/2011;
- SCARCELLI, I. R., *O Movimento Antimanicomial e a Rede substitutiva em Saúde Mental: a experiência do município de São Paulo – 1989-1992*. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998;

- SILVA, J. L., SILVA, R. L., SILVA, A. L., BRANCO E SILVA, G. C., CORTEZ, A. C. Uso de substâncias psicoativas “drogas”: uma revisão de literatura. *Revista Piauiense de Saúde - Northeast Brazilian Health Journal*, Vol. 2 , Nº. 1, 2013;
- SILVA, M. B, B. e. Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, Fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19/09/2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100020>;
- SILVEIRA, C. M., VIANA, M. C., SIU, E. R., DE ANDRADE, A. G., ANTHONY, J. C., ANDRADE, L. H., Sociodemographic correlates of transitions from alcohol use to disorders and remission in the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. *Alcohol and Alcoholism*, vol. 46, 324-332, 2011;
- SOLDERA, M., et. al. Avaliação da multifatorialidade para dependência química entre infantes e adolescentes no estado do Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Pública*, 38 (2): 277-83 (2004). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19789.pdf>>. Acesso em: 27/06/2012;
- SOUZA, A. M. O. Ambiência (em)cena: elementos do discurso de profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial a respeito dos espaços informais de tratamento, em: GUIRADO, M., LERNER, R. (orgs). *Psicologia, Pesquisa e Clínica – Por uma Análise Institucional do Discurso*. São Paulo, Annablume Editora, Comunicação, 2007;
- XAVIER, Caroline Addison Carvalho et al. Êxtase (MDMA): efeitos farmacológicos e tóxicos, mecanismo de ação e abordagem clínica. *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, v. 35, n. 3, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832008000300002>;

- WAKS, Cláudio Eugenio Marco. *Toxicomania e psicanálise*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1998;
- WIEGAND C. Effects of psilocybin in obsessive compulsive disorder: an update. *Maps Bulletin*. XI:14.2003;
- WINNICOTT, D. W. Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais, em: *O brincar e a realidade*. (J.O. A. Abreu e V. Nobre, tradutores, PP. 13-44) Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1958), 1975;
- WINTER, T., DUVIDOVICH, E. (orgs). *Maternagem: uma intervenção preventiva em saúde – abordagem psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.