

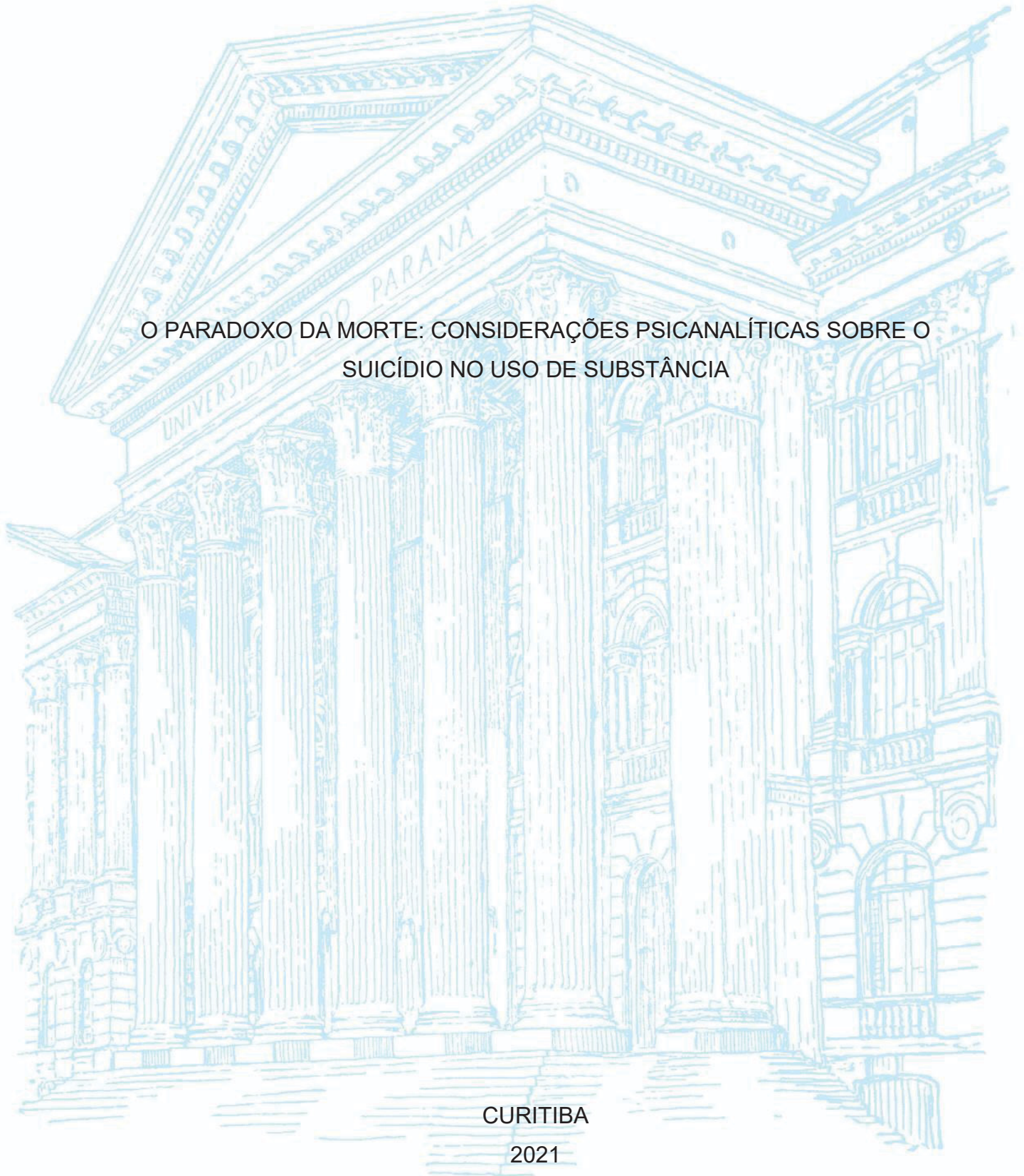
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

KAMILE GONÇALVES DOS SANTOS

O PARADOXO DA MORTE: CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS SOBRE O
SUCÍDIO NO USO DE SUBSTÂNCIA

CURITIBA

2021



KAMILE GONÇALVES DOS SANTOS

O PARADOXO DA MORTE: CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS SOBRE O
SUICÍDIO NO USO DE SUBSTÂNCIA

Dissertação apresentada ao curso de Pós-graduação em Psicologia, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Virgínia Filomena Cremasco

CURITIBA

2021

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SISTEMA DE BIBLIOTECAS – BIBLIOTECA

Santos, Kamile Gonçalves dos

O paradoxo da morte : considerações psicanalíticas sobre
suicídio no uso de substância. / Kamile Gonçalves dos Santos. –
Curitiba, 2022.

1 recurso on-line : PDF.

Mestrado (Dissertação em Psicologia) – Universidade Federal
do Paraná, Setor de Ciências Humanas, Programa de Pós-
Graduação em Psicologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Virgínia Filomena Cremasco.

1. Suicídio. 2. Suicidas – Uso de substâncias. 3. Psicanálise.
4. Vício em drogas. I. Cremasco, Maria Virgínia Filomena.
II. Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação
em Psicologia. III. Título.

Bibliotecária: Fernanda Emanoéla Nogueira Dias CRB-9/1607



TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **KAMILE GONCALVES DOS SANTOS** intitulada: **O Paradoxo da Morte: considerações psicanalíticas sobre o suicídio no uso de substância**, sob orientação da Profa. Dra. MARIA VIRGINIA FILOMENA CREMASCO, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 04 de Outubro de 2021.

Assinatura Eletrônica

05/10/2021 10:28:20.0

MARIA VIRGINIA FILOMENA CREMASCO

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

05/10/2021 17:47:17.0

DEBORA PATRICIA NEMER PINHEIRO

Avaliador Externo (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

05/10/2021 15:22:16.0

SABRINA STEFANELLO

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Anita, por proporcionar amorosamente as vias que me permitiram trilhar a vida e seus percalços até aqui.

A meu irmão William, por proporcionar um outro sentido ao tempo-espço, sendo um amparo do outro lado do mundo e em outro fuso horário. Saudades sempre.

À minha avó Maria (*in memoriam*), cuja breve e forte passagem pela minha vida cunhou marcas que me repercutem até hoje – desde a rebeldia dos cabelos até a coragem que exige o ser mulher.

Ao meu companheiro de vida, Matheus, que partilhou todo este trajeto tão de perto. Por todo o cuidado e por sempre me incentivar a dar um passo a mais. Sou grata pela nossa história e por escolhermos estar juntos.

A Fátima, Benedito e Nathaly, por todo o acolhimento que me engendrou outras dimensões de cuidado e de família.

À Andrie, com admiração, pela amizade tão valiosa. Pela generosidade da escuta, da leitura e apontamentos, e do apoio que tanto contribuíram na finalização deste trabalho.

À Victoria, com muito carinho, pela amizade que me acompanha há 14 anos, dos caminhos mais leves às travessias mais dolorosas.

Aos meus amigos e colegas no Complexo do Hospital de Clínicas da UFPR, por partilharem os momentos finais desta pesquisa, as risadas diárias e os tantos obstáculos do trabalho clínico no hospital.

Com muito carinho e especial apreço, à Prof^a Dr^a Maria Virgínia Filomena Cremasco, minha orientadora desde a graduação, por todos os momentos que trilharam a construção árdua desta dissertação, desde muito antes dela. Pela orientação e transmissões tão afetivas. Por ser inspiração.

Aos professores Débora Patrícia Nemer Pinheiro, Júlio Sérgio Verztman e Sabrina Stefanello, pela generosidade da leitura atenciosa e comentários que tanto contribuíram para minha travessia na pós-graduação.

À Prof^a Ma. Dione Maria Menz, por me proporcionar espaço em experiências acadêmicas tão significativas.

À Universidade Federal do Paraná, minha *alma mater*, por me ensinar o valor e o papel transformador da educação pública.

À secretaria e à coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Paraná, por todo o profissionalismo e apoio neste trajeto.

À CAPES, pelo apoio financeiro que possibilitou o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos pacientes que gentilmente participaram desta pesquisa e deram a ela um sentido único.

A todos os meus amigos, pelo apoio e por compreenderem a minha ausência.

A todos que se fizeram presentes e auxiliaram de alguma forma no decorrer desta pesquisa.

Meu mais sincero agradecimento a todos vocês. Muito obrigada!

Arrisco uma explicação: escrever é o último recurso quando se traiu.

JEAN GENET

RESUMO

O objetivo deste trabalho é compreender os processos psíquicos que aproximam o suicídio e o uso de substâncias, questionando quais seriam estes processos do ponto de vista de uma metapsicologia inconsciente. Buscando o desenvolvimento de reflexões sobre os sujeitos que se entregam ao consumo de drogas de forma mortífera, partiu-se da hipótese de que o suicídio se aproximaria do uso de substâncias por meio de um paradigma melancólico expresso a partir de uma falha na constituição narcísica. Isto é, pressupôs-se que do ponto de vista da metapsicologia inconsciente, de uma falha na economia narcísica que incidiria em um posicionamento melancólico, pode-se estabelecer uma analogia entre o suicídio e o consumo mortífero que caracteriza os casos de toxicomania. Para a realização deste estudo, situamo-nos pela metodologia de pesquisa psicanalítica, na qual teoria, tratamento e pesquisa ocorrem de forma indissociável. Utilizamos a estratégia de construção de caso como sustentação para a elaboração escrita da pesquisa, a partir do atendimento de três diferentes casos clínicos. Diante dos resultados, concluímos que a toxicomania consiste em uma forma particular de uso de substâncias, na qual o sujeito se encontra em rompimento com o princípio do prazer. Observamos a incidência de posicionamentos subjetivos coincidentes nos dois fenômenos clínicos, no que concerne à estrutura do ato e ao estatuto do objeto na relação com o sujeito. Depreendemos dos casos estudados a importância do campo transferencial como lugar para a atuação do sujeito, entendendo que é a partir da falha (do ato) que poderemos promover a rearticulação do sujeito ao seu inconsciente. Concluímos, por fim, como a falha na constituição narcísica servirá à incidência de um modo de funcionamento melancólico que se expressa de forma análoga no suicídio e na toxicomania, servindo em ambos os casos à mortificação do sujeito pela tentativa de supressão da falta.

PALAVRAS-CHAVE: suicídio; toxicomania; psicanálise

ABSTRACT

The objective of this work is to understand the psychic processes that bring together suicide and substance use, questioning what these processes would be from the point of view of an unconscious metapsychology. Seeking the development of reflections on the subjects who indulge in drug use in a deadly way, we started from the hypothesis that suicide would approach substance use through a melancholic paradigm expressed from a failure in the narcissistic constitution. That is, it was assumed that from the point of view of unconscious metapsychology, from a failure in the narcissistic economy that would lead to a melancholy position, an analogy can be established between suicide and the deadly consumption that characterizes cases of drug addiction. For the accomplishment of this study, we place ourselves by the methodology of psychoanalytic research, in which theory, treatment and research occur in an inseparable way. We used the case construction strategy as support for the written research, based on the treatment of three different clinical cases. In view of the results, we conclude that drug addiction consists of a particular form of substance use, in which the subject is in rupture with the pleasure principle. We observed the incidence of coincident subjective positions in the two clinical phenomena, with regard to the structure of the act and the status of the object in the relationship with the subject. We infer from the cases studied the importance of the transference field as a place for the subject to act, understanding that it is from the failure (of the act) that we can promote the subject's rearticulation to his unconscious. Finally, we conclude how the failure in the narcissistic constitution will serve to the incidence of a melancholic mode of functioning that is expressed in an analogous way in suicide and drug addiction, serving in both cases to the subject's mortification by the attempt to suppress the lack.

KEYWORDS: suicide; drug addiction; psychoanalysis

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	METODOLOGIA	19
2.1	A trajetória da pesquisa	19
2.2	A técnica psicanalítica	29
2.3	Pesquisa e pandemia	37
3	SOBRE O USO DE SUBSTÂNCIAS	42
3.1	Do proibicionismo à lógica des-subjetivante: um percurso histórico e uma discussão clínica	42
3.1.1	A dor de Ana	50
3.1.2	Ana, o corpo e medicalização do psíquico	56
3.2	A clínica viva de Olievenstein e sua importância no manejo clínico de pacientes em uso de substâncias	59
3.2	Uma contribuição freudiana sobre o uso de substâncias	65
3.2.1	A etiologia sexual	65
3.2.2	A questão traumática	69
3.2.3	O desenvolvimento psicosexual	72
3.3	Sobre o narcisismo e a teoria pulsional	76
3.4	Das relações entre o uso de substâncias e o campo da sexualidade: o casamento com a droga	88
3.4.1	Carlos: um caso de impotência	95
3.5	Da substância ao tóxico: o corpo, a operação do <i>phármakon</i> e o sujeito da toxicomania	101
4	SOBRE O SUICÍDIO	111
4.1	A condenação religiosa, o suicídio melancólico e passagem pelo absurdo: uma	

	breve perspectiva histórica do suicídio no Ocidente	111
4.2	O suicídio na matriz do conflito psíquico	116
4.3	O luto e a melancolia	121
4.4	A angústia e a situação de desamparo	136
5	O CASO DE HELENA	143
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	157
7	REFERÊNCIAS	166

COMEÇO A CONHECER-ME. NÃO EXISTO.

Começo a conhecer-me. Não existo.
Sou o intervalo entre o que desejo ser e os outros me fizeram,
ou metade desse intervalo, porque também há vida...
Sou isso, enfim...
Apague a luz, feche a porta e deixe de ter barulhos de chinelos no corredor.
Fique eu no quarto só com o grande sossego de mim mesmo.
É um universo barato.

Álvaro de Campos

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho se centra em uma problemática que busca relacionar o suicídio ao uso de substâncias a partir da perspectiva psicanalítica. Nesse percurso, objetivou-se investigar quais os processos psíquicos que aproximam o suicídio e o uso de substâncias, questionando-os do ponto de vista de uma metapsicologia inconsciente. Partiu-se da hipótese de que o suicídio se aproximaria ao uso de substâncias pela expressão de um paradigma melancólico formulado a partir de uma falha na constituição do narcisismo. Isto é, pressupôs-se que do ponto de vista metapsicológico de uma economia libidinal narcísica falha, expressa no campo da melancolia, poderíamos estabelecer uma intersecção entre o suicídio e o consumo mortífero da substância tóxica que caracteriza os casos de toxicomania.

A pesquisa parte de um questionamento da pesquisadora acerca do que levaria os sujeitos a se entregarem ao consumo de substâncias de forma mortífera e tanática. Pensamos aqui um “uso mortífero”, que caracteriza os casos de toxicomania, não somente quando ele culmina em uma morte, seja por overdose ou outras complicações decorrentes do uso, mas sobretudo quando falamos de um movimento gradual do sujeito na sustentação da substância tóxica como principal (e por vezes o único) objeto de investimento libidinal possível, sem o qual ele entra em profundo estado de angústia. Corroboraria com isso a expressão de estados mortificantes que, conforme se hipotetiza, podem se apropriar dos mesmos processos psíquicos reivindicados na relação do sujeito com a substância tóxica, culminando em uma morte “acidental” ou no próprio ato suicida.

Essa questão se inicia em 2018, no trabalho clínico com pacientes em uso de substâncias atendidos em unidades de internação hospitalar e no próprio Centro de

Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Paraná, instituição que também acolheu o presente trabalho. Articulando-se essa questão a um percurso da autora feito sobre o estudo do suicídio na perspectiva psicanalítica, chegamos à presente pergunta de pesquisa, questionando quais os processos psíquicos que poderiam aproximar os dois campos.

No decorrer da investigação, chegamos a reflexões que estenderam a concepção de substância tóxica para além de um objeto-droga e que encontram sua expressão psicopatológica no campo da sexualidade. Questionamo-nos, a partir disso, de que modo a replicação da própria imagem viabilizada no consumo de substâncias pela operação do *phármakon* (LE POULICHET, 1996) poderia culminar na própria entrega do sujeito à morte – a exemplo da figura paradigmática de Narciso e sua morte derradeira na beira do lago, que nos forneceram figurabilidade e representação à questão.

A fim de desenvolver essa problemática, trilhamos um percurso psicanalítico que envolveu a experiência clínica da autora para a composição da teoria vigente. Situamo-nos a partir da metodologia de pesquisa psicanalítica, na qual pesquisa, tratamento e teoria ocorrem de forma indissociável. Neste posicionamento metodológico, entendemos que nosso objeto de pesquisa é o próprio sujeito – mais precisamente o sujeito do inconsciente. Utilizamos a estratégia de construção de caso para a elaboração escrita da pesquisa, na qual o percurso teórico seguiu a lógica dos casos atendidos e posteriormente reconstruídos. Neste sentido, destacamos que todo o caminho teórico foi construído em consonância com os três casos atendidos no decorrer da pesquisa, de Ana, Carlos e Helena - sobretudo no de Helena. Neste trajeto, a temática do suicídio foi momentaneamente suspensa em vazão dos conteúdos vigentes nos casos clínicos, de modo que pretendíamos nos ater à ideia da dimensão mortífera presente no uso de

substâncias – entendida pela mortificação do sujeito desejante. Uma nova mudança ocorreu, no entanto, a partir do caso de Helena, que nos engendra muitos questionamentos acerca do estatuto de seu uso de substâncias, e que aparece em íntima relação com a morte; muito precisamente, com o suicídio.

Buscaremos discorrer nos capítulos seguintes sobre as implicações teóricas e clínicas de se apreender o uso a partir de uma dinâmica pulsional entre sujeito e sua substância. Entretanto, importa saber desde já que a escolha pela disposição de certas nomenclaturas (“uso mortífero”, por exemplo), se deu sob a sustentação de uma linha de raciocínio que busca apreender fenômenos clínicos tão complexos a partir de um recorte centrado no sujeito psicanalítico e seu enlaçamento pulsional. Assim, a fim de elucidar o emprego de termos como “uso mortífero”, “substância”, “tóxico”, “mania”, “toxicomania”, “ato” – dentre outros – nos próximos capítulos apresentaremos ao leitor um estatuto conceitual e teórico que possa subsidiar esse arcabouço terminológico do qual dispomos neste trabalho. Optando pelo referencial teórico psicanalítico, propomos aqui a pensar e a debater o suicídio e o uso de substâncias de forma estritamente clínica, isto é, a partir do que se observa e se escuta do sujeito desde a sua própria perspectiva.

Ressaltamos, nesse sentido, que toda a exposição teórica sobre o uso de substâncias aqui levantada não ocorreu à parte dos casos clínicos, mas se sustentou sobre a lógica inconsciente apresentada por eles – explorada em transferência. É a partir desta ideia que implementamos uma problemática sobre o corpo na psicanálise, erigido principalmente a partir do recorte do caso de Ana – um caso de um corpo que dói; sobre o trauma sexual e as articulações com a melancolia, inscrito pela história de Helena; sobre a passagem da substância de uso recreativo ao consumo tóxico, ilustrada pelo recorte do caso de Carlos. Dentre muitos outros aspectos que foram buscados a partir

da releitura dos casos, que levou à releitura do trabalho desde uma outra perspectiva que se centra sobre o sujeito do inconsciente.

A ideia de teorizar psicopatologicamente sobre duas áreas de estudo tão extensas, embora se assente sobre um recorte metodológico bastante preciso, não prescindiu de um diálogo mínimo com outras áreas do saber – como a psicologia, a psiquiatria, as ciências sociais e o campo das políticas públicas. A partir disso, trouxemos alguns elementos que talvez proporcionarão ao leitor um diálogo mais amplo do que a própria clínica psicanalítica, como é o caso da droga enquanto objeto de estudo social e o suicídio em seu trajeto histórico. Entendemos, acerca disso, que a psicopatologia psicanalítica se faz em consonância com os aspectos da história e cultura na qual se insere, de modo que tais esferas também nos falam de modos de sofrer e de estar no mundo que se entrelaçam à psicopatologia do sujeito.

No capítulo II a seguir, discorreremos sobre os aspectos metodológicos da pesquisa que consideramos de fundamental importância para que seja possível ao leitor se situar com clareza frente às temáticas abordadas. Serão apresentadas as compreensões metodológicas da pesquisa psicanalítica e da estratégia de construção de caso; em seguida, dedicamos um espaço às considerações sobre a técnica psicanalítica, assentada sobre os pressupostos éticos e epistemológicos apresentados anteriormente. Um breve espaço foi dedicado ao atravessamento da pesquisa pela pandemia de COVID-19, que consideramos ter exercido grande influência sobre o percurso feito na medida em que exigiu uma reorganização metodológica da pesquisa, com a passagem dos atendimentos clínicos presenciais para a modalidade remota.

No capítulo III, será apresentada a teoria metapsicológica pertinente ao campo do uso de substâncias. Partiremos de um trajeto que inicia questionando o lugar do uso de substâncias no signo social, buscando pensar as interlocuções entre a clínica e o lugar

ocupado pela substância-droga no discurso coletivo. Na sequência, adentramos às especificidades da clínica com pacientes em uso de substâncias, utilizando como referência o percurso histórico da clínica de Olievenstein. Passando pela clínica ampliada, adentraremos às particularidades da clínica psicanalítica no que concerne à construção teórico-clínica e ao atendimento em uso de substâncias. Para tanto, discorreremos sobre a etiologia sexual, a questão traumática, o desenvolvimento psicosexual, as relações da substância com a sexualidade, a construção do conceito de narcisismo e das teorias pulsionais em Freud e, por fim, as especificidades substância pela conceituação do *phármakon* e sua operação no corpo. Com maior finalidade ilustrativa, neste capítulo serão apresentados os recortes clínicos dos casos de Ana e de Carlos.

No capítulo IV, será apresentado ao leitor uma teoria pertinente ao campo do suicídio. Partiremos de um trajeto histórico, problematizando a percepção social do fenômeno suicida e suas repercussões para a clínica, culminando na pulsão de morte, que promove uma reviravolta conceitual na teoria psicanalítica. Da pulsão de morte, passamos às concepções de luto e melancolia, desde onde demonstramos a incidência do paradigma melancólico na expressão do suicídio articulado às toxicomanias; passamos então à noção de desamparo e angústia, buscando conceituá-las e ressitualá-las frente às temáticas trabalhadas. Trabalharemos, neste contexto, com um paradigma melancólico, que edifica e sustenta em termos metapsicológicos toda a teoria do suicídio dentro da psicanálise e sua articulação com o campo da toxicomania pela replicação corporal do sujeito realizada com a substância.

No capítulo V será apresentado o caso clínico de Helena, que sustenta clinicamente o trabalho realizado. Veremos que o percurso teórico realizado compete com as discussões clínicas suscitadas, em maior parte, por este caso.

Por fim, no capítulo VI, discorreremos sobre as considerações finais do trabalho, buscando articulá-las à proposta inicial de investigar os processos psíquicos que aproximam o suicídio e o uso de substâncias.

2 METODOLOGIA

“Há várias maneiras de saltar, mas o essencial é saltar”.
(Albert Camus)

Neste momento, será apresentado ao leitor o caminho trilhado e os procedimentos utilizados no decorrer desta investigação que culminaram no processo de elaboração desta dissertação.

2.1. A TRAJETÓRIA DA PESQUISA

Esta pesquisa de mestrado emerge de um percurso composto por outros trabalhos acadêmicos, comunicações e estudos continuados que compartilham da mesma temática – o suicídio – a partir do referencial teórico da psicanálise. Dentro desta trajetória, na qual a pesquisadora passa do estudo estritamente teórico à prática clínica com pacientes em uso de substâncias, com ideação suicida e/ou tentativas pregressas de suicídio (não necessariamente aparecendo de forma conjunta), a temática do suicídio se transforma a partir de diversas problematizações, cada qual ocupando uma posição em um deslizamento de questões que se inicia interrogando o campo do luto e da melancolia.

Os estudos no campo da perda, juntamente com o ingresso nessa prática clínica, suscitaram questionamentos que serviram de base para a atual problematização, na qual se questiona a articulação metapsicológica possível entre os fenômenos clínicos do suicídio e do uso de substâncias, ou mais precisamente quando este uso converge com uma toxicomania. Assim, a presente pesquisa não é apenas resultado cronológico em

uma sequência acadêmica da pesquisadora, mas deve ser pensada dentro de uma trajetória de implicação subjetiva, no qual a investigação psicanalítica que se antecipa à pesquisa atual se inscreve sempre junto aos temas da perda e seus destinos pulsionais.

Nesse contexto, os seguintes questionamentos foram inicialmente suscitados: poderíamos pensar em um mecanismo psíquico que permita equiparar o suicídio ao uso mortífero de substâncias? Caso não, o que pode ser pensado sobre a entrega extenuante de um sujeito a esse consumo? Em que medida ela diverge de um ato, ou de múltiplos atos (falhos) suicidas?

Sabemos que a ideia de teorizar psicopatologicamente sobre dois campos de estudo tão extensos levou, necessariamente, a estabelecer pontes com outras áreas do saber – como a psicologia, a psiquiatria, as ciências sociais e o campo das políticas públicas. Não nos cabe discorrer teoricamente sobre essas outras disciplinas, mas pensamos ser importante situá-las aqui enquanto outras formas discursivas sobre o *pathos*, aqui entendido como paixão e dor humana. Derivam do *pathos* as ideias de sofrimento e passividade, viabilizadores do sujeito trágico e propriamente psicopatológico (BERLINCK, 1998) que entendemos subsistir no suicídio e em certos modelos de uso de substâncias; sujeito este a partir do qual poderemos situar o discurso psicopatológico psicanalítico. Entendemos que é a partir desse reconhecimento de outras posições diante do *pathos* – onde se enquadram também outros posicionamentos clínicos – que podemos nos distinguir a partir de um referencial teórico e metodológico específico, ou de um lugar discursivo sobre a psicopatologia com a qual se estabelece uma relação de saber entre sujeito e seu objeto de pesquisa.

Podemos compreender esse posicionamento enquanto uma disposição ética, e assim entendemos que sustentá-lo não é sem consequências. Situar-se a partir da

psicopatologia psicanalítica diz respeito, primordialmente, a uma inversão ou subversão da lógica do saber patológico presente em outras formas clínicas, tais como a clínica médica e a clínica psicológica. No caso da metodologia clínica psicanalítica, entendemos que o lugar discursivo que se ocupa relaciona-se mais com um “não-saber”, na medida em que não sabemos propriamente sobre aquilo que adocece o sujeito. Como demonstram os casos clínicos abordados neste trabalho, só o próprio paciente poderá nos dizer sobre esse adoecimento que erige como enigma psicopatológico para ele mesmo.

É preciso destacar que o uso de substâncias do qual falamos – e que intitula este trabalho – não se restringe a pensar o campo das substâncias psicoativas, de onde já sustentamos uma importante divergência de outras áreas de estudo. Ele fala, antes disso, de uma metapsicologia, ou seja, da apreensão da energia libidinal em seus aspectos tópico, dinâmico e econômico – acerca da relação entre sujeito e seu uso. O termo “substância”, por sua vez, resguarda uma conceituação bastante específica, a partir da qual pensaremos uma relação antitética com o sujeito – entre sujeito, substância e antissubstância.

Tal qual o suicídio, o uso de substâncias psicotrópicas (aqui falando apenas do uso de drogas lícitas e ilícitas) constitui uma esfera de questões complexas, que abarcam problemas sociais e de saúde pública. A partir da perspectiva metodológica tomada, podemos dizer que, muito distanciados de uma concepção moral ou de uma busca pelo bem-estar social – se é que isso é possível – suicídio e uso de drogas apenas nos interessam na medida em que, primeiramente, constituam psicopatologia, isto é, possibilidade de discurso sobre um *pathos*; sofrimento psíquico a partir do qual um saber sobre o próprio adoecimento só pode ser construído ou restituído pelo próprio sujeito.

Entendemos que essa construção só pode ser feita pela linguagem – única via a partir da qual este sujeito pode ser apreendido. Aqui fazemos referência direta às bases epistemológicas que sustentam essa noção subjetiva: falamos de um sujeito do inconsciente, que é fundado sobre uma dimensão pulsional e regido pela ética do seu próprio desejo. Segundo Nogueira (2004), inconsciente é uma noção que Freud criou para dar conta dos fenômenos da linguagem (atos falhos, sonhos, esquecimentos, sintomas), que surgem como seus efeitos. Assim, este sujeito se constitui na linguagem na medida em que somente por essa via, que se instrumentaliza pela fala e escuta, há possibilidade de encadeamento de sua lógica inconsciente, que vai na contramão das aspirações egóicas e dos ideais da consciência. É um sujeito que “não é nem mesmo senhor de sua própria casa” (FREUD, 1917, p. 310), uma vez que não sabe sobre si mesmo. O sujeito não é, portanto, algo (substância) ou alguém (ente), mas sim uma função do (saber) inconsciente, em estado latência, que é movimentada pelo trabalho de análise e opera como fundamento para o próprio tratamento. Ele é sempre suposto ao saber inconsciente (CABAS, 2010).

Assim, o lugar que incumbe à clínica psicanalítica diante do suicídio e do uso de substância não é o de uma elaboração de historial clínico explicativo, mas sim lugar de disposição junto ao paciente em avançar para além do impulso de não querer saber: não querer saber sobre o próprio uso, sobre o próprio sofrimento, sobre sua própria sexualidade – aquilo que, de fato, lhe é mais próprio, singular. Entendemos que é a partir do “não saber” que substância e suicídio ganham uma dimensão bastante específica na relação do sujeito com o desamparo e com o outro. Desse modo, a via de um tratamento possível para a psicanálise percorre o trajeto da produção de um saber pelo próprio paciente sobre aquilo que o adoce, subvertendo a lógica médica predominante na qual a cura se dá por um saber pré-estabelecido sobre a doença. Para tal, é necessário que

o paciente esteja disposto a vencer certas resistências e acolher para si as consequências da existência de um inconsciente.

Antevendo o uso de substância, entendemos ainda que o tema do suicídio, que atravessou outras pesquisas acadêmicas da pesquisadora, é inesgotável e se faz em certa medida questionamento fundamental a toda existência. É preciso, antes de tudo, responder se a vida vale a pena ser vivida, segundo Camus (2020) – filósofo absurdista que confere ao problema do suicídio um estatuto de premência diante de todas as questões humanas. A despeito da radical singularidade com a qual cada sujeito vai construir sua resposta a essa questão, pensamos que a forma como se interroga o suicídio é sempre capaz de ser renovada a partir de um novo olhar e de seu respectivo investigador.

Assim, compreendendo que são diversas (e talvez infindáveis) as possibilidades de investigação das temáticas propostas, a presente pesquisa também pretende apreender o suicídio e o uso de substâncias a partir de um recorte bastante específico – clínico psicanalítico – como uma forma metodológica de se conhecer o particular e de transmiti-lo. Entendemos que, a partir desta forma de apreensão, muitos dos fenômenos abordados não são passíveis de generalização ou reprodução. Desta forma, concordamos com as colocações de Oliveira e Tafuri (2012) acerca da restrição do método utilizado, para o qual não se propõe uma inferência generalizadora de resultados a nível de amostra ou população; o alcance metodológico desse trabalho se restringe ao alcance dos próprios tratamentos psicanalíticos realizados, como buscaremos apresentar ao leitor.

Dentro desta mesma proposta, compreendemos que uma investigação psicanalítica é sempre terminável e interminável (FREUD, 1937); terminável na medida

é possível trabalhar e alcançar uma direção de tratamento e cura, mas que não se restringe à limitação de uma solução pontual, à superação de certas resistências ou mesmo ao encontro de um analisando com seu analista. Essa investigação é sempre vasta, interminável, podemos dizer, porque vastos também são os fenômenos da vida que nos acometem psiquicamente, e os destinos pulsionais tomados a cada conflito atualizado. Transversal a toda investigação subjetiva, no entanto, é a questão da morte, inerente à constituição humana, que, conforme Freud discorre em sua obra, dispõe sempre de uma dimensão inapreensível ou irrepresentável no que concerne à morte do próprio sujeito. Entendemos que nisso subjazem as bases do conflito psíquico – de um sujeito que se vê simultaneamente mortal e imortal – e a sustentação de uma lógica e temporalidade próprias ao inconsciente. É nesse terreno da divisão e da inacepção da própria mortalidade que a sexualidade se constitui e edifica toda a etiologia neurótica, conforme buscaremos apresentar à frente.

Tais considerações são importantes na medida em que nos situam no campo metodológico utilizado nesta pesquisa, ou seja, no meio de investigação utilizado para compreender o objetivo proposto. Para Freud (1912), o tratamento psicanalítico converge com a ideia de uma pesquisa ou investigação e se faz sempre no campo de sua própria etiologia – sexual –, a partir de um encontro de inconscientes no qual um enigma psicopatológico pode se inscrever.

Aqui falamos que a trajetória pregressa ao mestrado suscitou certos questionamentos que levaram à construção inicial da pesquisa. Entretanto, foi somente com a justaposição da prática clínica – e sobretudo com os casos clínicos selecionados para esta pesquisa – que um enigma para a pesquisadora pode de fato também se constituir, enquanto hipótese metapsicológica, culminando na escrita desta dissertação.

Enigma este que questiona o uso de substâncias em suas relações com a pulsão de morte, podemos antecipar.

Destacamos, nesse sentido, que a trajetória da presente dissertação se faz, em termos metodológicos, com as marcas da singularidade de escuta, de escrita, de apreensão teórica e, como diferença substancial de pesquisas anteriores, da prática clínica da pesquisadora. Esta prática, que se deu em consultório (ambulatório) e instituições hospitalares de saúde pública (não restrita à pesquisa atual), consiste na escuta e atendimento dos mais diversos casos, dentre os quais destacamos como instigadores para este trabalho aqueles em que os pacientes se dispõem a falar sobre seu sofrimento implicado nas tentativas (falhas) de suicídio, sobre o uso deliberado de substâncias psicoativas e sobre suas “dependências” – nas suas mais diversas nuances e singularidades que só a clínica é capaz de proporcionar.

No enquadramento da pesquisa atual, essa prática se atualizou no acompanhamento clínico, ao longo de quase dois anos, de três pacientes que constituíram os casos clínicos desta pesquisa, aqui nomeados de forma fictícia como os casos clínicos de Ana, Carlos e Helena. Os três pacientes participaram de forma gratuita e voluntária para o desenvolvimento desta pesquisa, sendo selecionados a partir da busca por tratamento psicoterápico por parte dos próprios pacientes. Assim, após chamamento público feito pela própria equipe do Centro de Psicologia Aplicada da UFPR, foram escolhidos na lista de espera do Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Paraná pacientes que tivessem procurado o serviço para pedido de atendimento psicoterápico, sob a motivação de uso atual ou pregresso de substâncias psicoativas. Foi ofertada escuta aos pacientes selecionados, dando início às entrevistas preliminares. O uso de substâncias por parte dos pacientes constituiu o

único critério para participação no estudo, juntamente à exigência de uma idade mínima de 18 anos. Optou-se por não adicionar a ideação ou tentativa de suicídio prévia enquanto critério seletivo, a fim de permitir que essa dimensão aparecesse – ou não – em livre associação no discurso dos pacientes ao longo dos atendimentos. A análise e interpretação dos dados clínicos seria, então, feita dentro do encadeamento discursivo trazido. Essa ideia nos trouxe alguns resultados interessantes, que serão discutidos nos capítulos posteriores.

Após seleção dos participantes, a pesquisadora realizou o agendamento dos atendimentos clínicos para entrevistas clínicas preliminares. Então, foi feito convite aos entrevistados para participação voluntária na pesquisa em questão, explicando os termos de consentimento e perguntando se a inclusão dos mesmos era voluntária. Com assentimento, todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em anexo), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná segundo o parecer CEP/SD-PB número 3555838. Foi informado aos participantes sobre sua autonomia para desistir a qualquer momento que desejarem sem qualquer prejuízo a eles.

Dentre os casos selecionados destacamos o de Helena, uma paciente de 30 anos em uso abusivo de álcool, como o caso que mais nos direcionou no trajeto de uma escuta até a teorização, isto é, até a (re)leitura da teoria dirigida pela escuta desta paciente que levou aos principais resultados clínicos obtidos.

Até o exame de qualificação da presente pesquisa, em março de 2020, pretendia-se dispensar da temática do suicídio como enfoque do trabalho para dar lugar a uma reestruturação metodológica voltada à questão mortífera do uso de substâncias. No

entanto, o suicídio foi mantido como eixo temático da pesquisa em detrimento do desenvolvimento posterior do caso clínico de Helena, especificamente. Entendemos aqui que o método de pesquisa em psicanálise sempre se faz clínico e tributário da clínica, de modo que a dimensão da escuta sempre se antecipe à sua teorização, ao mesmo tempo em que é por ela orientada. Compreendemos que a escuta constitui o principal dispositivo clínico do qual o psicanalista se dispõe a fim de promover uma direção de tratamento. Em uma via de mão dupla, essa escuta de um lado se apoia na teoria e atenta para o deslizamento de significantes na fala do paciente, cuidando para que não se antecipem significações ou produção de sentido sobre sua fala; por outro lado, a escuta também vai sustentar a leitura teórica e metapsicológica que se faz sobre os dados clínicos apreendidos (IRIBARRY, 2003).

Com base nisso, podemos dizer que esta pesquisa se fez em dois principais momentos, no qual o primeiro se apoiou na escuta flutuante dos pacientes selecionados (escuta dirigida pelo olhar clínico) e o segundo em uma leitura dirigida pela escuta, da qual se depreendeu a escrita deste trabalho. Neste segundo momento, de leitura-escuta, buscou-se sustentação na relação transferencial para elaboração escrita da dissertação. Este momento ainda contou com a construção do caso clínico de Helena e com a ilustração teórica proporcionada pelos casos de Ana e Carlos. Os pormenores acerca da construção de um caso clínico serão abordados no subcapítulo a seguir. O aporte teórico utilizado foi analisado a partir de leitura exploratória não-sistemática e seletiva de fontes escritas que foram levantadas anteriormente à seleção dos participantes. O levantamento bibliográfico foi feito junto a bases de dados científicos para pesquisa de artigos acadêmicos voltados à temática do uso de substâncias e suicídio a partir do referencial psicanalítico. Para a construção argumentativa e fundamentação teórica,

contou-se também com a obra de Sigmund Freud e com o trabalho de Sylvie Le Poulichet acerca das toxicomanias em psicanálise.

Em continuidade, os casos clínicos de Ana e Carlos não apresentaram dados específicos em relação ao suicídio (tentativa ou ideação), mas contribuem funcionalmente para ilustrar elementos fundamentais da clínica psicopatológica com sujeitos em uso de substâncias tóxicas, alinhando a utilização de certos conceitos. Os casos em questão desembocam também em um horizonte mortífero associado ao uso, no qual a angústia aparece como conceito fundamental para pensar as vias sintomáticas apresentadas. Ana e Carlos também buscam o atendimento a partir da queixa de uso de álcool, contribuindo em muito para a argumentação teórica trazida, de uma psicopatologia do uso de substâncias pensada sempre a partir do lugar ocupado pela substância na economia psíquica de cada sujeito.

Embora os três casos se situem a partir do uso da mesma substância – o álcool – e busquem atendimento a partir da mesma queixa – o uso abusivo do álcool –, fica evidente que o lugar que a substância ocupa é diferente para cada um: para Ana, é um anestésico; para Carlos, é um aditivo; para Helena, um remédio. É importante notar que nos três casos a substância também assume o seu par-oposto, pela acentuação da dor (Ana), pela subtração ou inibição sexual (Carlos) e pelo envenenamento (Helena), tal qual uma anti-substância. Entendemos que as diferentes posições subjetivas apresentadas por cada paciente na relação transferencial refletem tanto o lugar ocupado pela substância para cada um, quanto uma construção histórica, um *psico-pathos-logos* que o sujeito faz de si mesmo, ao discursar sobre o próprio sofrimento na via da (des)construção de um saber sobre si. Assim, essa posição, que se expressa diretamente no campo da sexualidade, só pode ser apreendida pela via da escuta de um

discurso que sustenta uma lógica inconsciente. Reside aí uma das principais contribuições da clínica no trabalho com o sujeito em uso de substância(s), como buscaremos apresentar nesta pesquisa.

A seguir, apresentaremos algumas considerações sobre metodologia e técnica psicanalítica que auxiliam na formalização e argumentação das ideias apresentadas acima.

2.2. A TÉCNICA PSICANALÍTICA

É conhecida a analogia freudiana entre o trabalho analítico e a arqueologia: tal qual um arqueólogo, o trabalho do analista consistiria em uma re-construção do material esquecido pelo analisando. Opera-se pela lógica de uma escavação, para que então se dê a complementação e integração dos restos materiais conservados, sendo este material uma localidade destruída, no caso do arqueólogo, ou fragmentos de lembranças, para o psicanalista (FREUD, 1937).

Este dispendioso processo é sempre um trabalho duplo, que atribui duas diferentes posições para analista e analisando, em dois cenários – consciente e inconsciente –, no qual se estabelece uma relação de transferência que opera junto a uma dualidade lógica (primária e secundária). Dizemos que esta relação pressupõe uma assimetria entre posições, cuja sustentação é necessária para a continuidade do trabalho analítico e possibilidade de cura. A partir destas colocações, o autor confere a analista e analisando diferentes atribuições: ao analisando cabe a tarefa de recordar algo vivido e reprimido por ele, enquanto o analista, por meio do ato analítico, deve buscar interpretar elementos isolados e (re)construir o que foi esquecido a partir de indícios de cenas infantis deixados.

Podemos articular a essa proposta o que Freud (1912) traz acerca da regra técnica fundamental, na qual cabe ao analisando o trabalho de associar livremente e ao analista sua contrapartida: a escuta flutuante. Esta última busca apreender a fala do paciente como um todo, descentralizando-a do tema de pesquisa intencionado. Ainda assim, é preciso ressaltar que na presente pesquisa essa descentralização por uma escuta flutuante foi um tanto desafiadora, acentuada inclusive pelo sistema burocrático da própria pesquisa – com a exigência de assinatura dos pacientes de um termo de consentimento explicitando o teor da pesquisa, por exemplo, e suas respectivas terminologias. Assim, é possível pensar que o “suicídio” e o “uso de substâncias”, assim como a própria pesquisa, podem ter introduzido na situação psicanalítica de tratamento com cada paciente um certo viés. Para Ana, por exemplo, cujo discurso circulava muito a relação com as filhas – ambas pesquisadoras de pós-graduação – foi possível perceber uma influência na relação transferencial. Com Helena essa influência se mostra ainda mais inflamada, de forma que a paciente passa a constantemente se indagar (e a mim também) sobre a possibilidade de ela ser uma suicida. Neste caso, embora compreendamos que o horizonte do suicídio já se constituía muito antes da interferência do trabalho de dissertação, é necessário se interrogar sobre as consequências da introdução deste significante específico na situação do tratamento. Discorreremos mais sobre essas questões nos capítulos posteriores; por ora, daremos continuidade à revisão metodológica.

Em um segundo momento, essa escuta flutuante que busca (des)construir uma narrativa e um saber junto ao paciente, em transferência, dá lugar a uma reconstrução do texto que, dispondo da via interpretativa do analista, vai permitir criar ali um novo sentido, inesperado, produzindo uma nova verdade sobre o texto (FIGUEIREDO & MINERBO, 2006). Conforme Freud, aos moldes da interpretação dos sonhos, que

apresenta o primeiro modelo técnico e metapsicológico de acesso ao inconsciente pelo trabalho onírico, é pela via regressiva que o analista busca escavar uma localidade reprimida – muitas vezes destruída e enterrada – ainda que bastante viva.

Em uma outra analogia próxima e bastante interessante para pensarmos as colocações acima, Freud (1923) compara o psicanalista também ao escultor, que atua *per via di levare*, isto é, em um trabalho que se faz primeiro pela retirada de tudo que oculta a forma da estátua sob o bloco maciço. Contrapõe-se a esse modelo, que reside sob a regra fundamental da associação livre, a técnica sugestiva, utilizada por Freud nos primórdios da psicanálise: esta busca incluir (*per via di porre*) ou antecipar sentidos à fala do paciente, rompendo com a via associativa do mesmo. Assim, é por meio da escuta que o psicanalista faz suas investigações nas edificações do inconsciente, naquilo que fora reprimido e há muito deixado de lado. A “escavação” ou investigação inconsciente, neste sentido, antecede uma re-construção. Em outras palavras, propõe uma decomposição em partes (*analýein*) dos elementos psíquicos, que ocorre pela via da associação livre, para que só em um momento *a posteriori* algo possa ser recriado a partir disso, em termos de uma elaboração psíquica.

Aqui pensamos uma contraposição importante ao saber médico e psiquiátrico, no que se refere à subversão da lógica do saber mencionada anteriormente, que será de grande valia para pensar as duas grandes temáticas deste trabalho: enquanto o saber médico é pré-estabelecido e anteposto à patologia, de forma descritiva e objetiva, na psicanálise ele é edificado ou restituído na relação de transferência, ao longo do tratamento. Assim, o saber sobre o próprio adoecimento é construído ao longo de um tratamento, priorizando o sujeito e seus desenlaces, e contribuindo para uma transmissão psicopatológica do saber. Desta forma, a psicanálise é também método para a abordagem da psicopatologia, na medida em que o sujeito aborda uma trama

psicopatológica sobre seu próprio adoecimento (FENDER & MORETTO, 2020). Sabemos que, em um percurso psicanalítico, uma mesma história pode ser contada e recontada, e sempre (re)construída a partir de uma nova questão.

Essa re-construção perpassa ainda elementos de verossimilhança e possui critérios de eficácia para confirmação direta, ou indireta quando há apenas aproximação ao que não pode ser lembrado (FREUD, 1937). Para que ela aconteça, dispomos de diversos operadores teóricos e clínicos, dentre os quais situaremos quatro deles como fundamentais: o inconsciente, a transferência, o desejo e a associação livre. Entendemos que é somente a partir destes operadores que podemos situar a psicanálise frente a outras formas discursivas acerca do *pathos*. Seria aqui importante discorrer de forma mais aprofundada acerca de cada um deles, contudo, pediremos ao leitor que aguarde os próximos capítulos, aos quais reservamos um espaço específico para o trabalho de conceituação na revisão teórica.

Até então falamos sobre a construção em análise nos moldes de um tratamento analítico. Ocorre, no entanto, que na metodologia psicanalítica este tratamento converge com as ideias de pesquisa e de teoria, de modo que a lógica da re-construção operacionalizada pela transferência também cabe à pesquisa escrita. Sobre isso, retomemos um trecho fundamental da obra freudiana:

Psicanálise é o nome: 1) de um procedimento para a investigação de processos psíquicos que de outro modo são dificilmente acessíveis; 2) de um método de tratamento de distúrbios neuróticos, baseado nessa investigação; 3) de uma série de conhecimentos psicológicos adquiridos dessa forma, que gradualmente passam a constituir uma nova disciplina científica (FREUD, 1923, p. 274).

O método psicanalítico, portanto, é aquele em que tratamento, pesquisa e teoria psicológica ocorrem de forma indissociável. Aqui retomamos as ideias de Figueiredo e Minerbo (2006), segundo os quais a “pesquisa com método psicanalítico” diverge de

uma “pesquisa em psicanálise” pela exigência de um psicanalista, no primeiro caso. A posição do analista, aqui, vai coincidir com a do pesquisador, e só pode ser dada na alteridade junto ao objeto de pesquisa. Assim, na pesquisa com método psicanalítico atribui-se ao objeto do analista um estatuto ambíguo e simultaneamente objetivo-subjetivo. Para Oliveira e Tafuri (2012, pp. 840-841), neste modelo metodológico é exigida do analista grande implicação na pesquisa. Aqui ele também ocupa a posição de sujeito e se junta ao analisando na produção de uma verdade do inconsciente, cada qual a partir de seu lugar. Ambos partem da mesma situação psicanalítica, mas com rumos diferentes: o paciente busca uma terapêutica enquanto o analista busca elaborar hipóteses metapsicológicas, produzindo uma divergência entre a situação de pesquisa e a situação do tratamento.

Na mesma via, Iribarry (2003) observa que esse objeto de pesquisa se constitui na transferência, isto é, por um certo enfoque ou perspectiva que parte da posição em que é colocado o pesquisador psicanalítico a fim de fazer advir o inconsciente. O autor situa ainda o inconsciente como o campo de singularização do pesquisador psicanalítico e o método como o procedimento pelo qual ele se movimenta pelas vias ou perspectivas de acesso ao inconsciente.

Assim, dizemos que o pesquisador/psicanalista se entrega ao objeto para construí-lo e também por ele ser construído, de forma que, ao final da pesquisa, sujeito, objeto e meios de investigação são transformados.

(...) é porque as duas lógicas se mesclam sob a forma de complementaridade que ‘sujeito de pesquisa’, ‘objeto de pesquisa’ e ‘meios de investigação’ podem se constituir e se deixar transformar, perdendo cada um a sua identidade monolítica e empedernida e existindo no regime do paradoxo: descobertos e inventados simultaneamente (FIGUEIREDO e MINERBO, 2006, p. 262).

A partir deste trecho, podemos assumir que uma das maiores especificidades da pesquisa com método psicanalítico é que não há uma divisão radical entre sujeito e objeto. Isso porque o objeto da pesquisa é propriamente um sujeito e que, como abordado anteriormente, não se pode prescindir da subjetividade do pesquisador. Esta última será fundamental para compor a possibilidade de transformação promovida pela pesquisa.

Esta transformação, segundo Iribarry (2003), está relacionada ao sentido de *erfahrung*, uma das raízes semiológicas da palavra “experiência” que consiste na transformação enquanto via de aprendizado e saber. A mesma ideia pode ser encontrada em Berlinck (1998), no que tange à passagem do *pathos*, enquanto tragédia, excesso ou desmesura vivida pelo sujeito, para um discurso mito-poiético-epopeico a partir do qual se produz metapsicologia e experiência, e que encontra sua potência somente na posição passiva do paciente, do “poder tornar-se”, poder tomar forma a partir do acontecido.

Em termos de pesquisa, essa construção de um saber metapsicológico requer trabalho de perlaboração e conta com estratégias metodológicas como o estudo de caso e a construção de caso clínico. Diferentemente do estudo de caso, no qual se busca a comunicação de uma experiência com base na cronologia de fatos clínicos, a construção do caso exige, como apontado, uma relação de alteridade, cujo instrumento principal é a transferência. Busca-se uma refundação da experiência de análise, mas que ocorre na situação de pesquisa psicanalítica em alteridade com a supervisão e a teoria como espaço de interlocução (MOURA & NIKOS, 2000).

O que significa fazer pesquisa em Psicanálise? Significa que a pesquisa é a própria análise. Significa que ela possa ter entrado em contato com as pesquisas de outros analistas, inicialmente, daquele que fundou a Psicanálise, Freud, e de outros analistas que a pessoa se transferenciou e que ela está investigando. (...)

Então, isso vai possibilitar a construção de um caso, a redação de um trabalho de pós-graduação, de uma dissertação de mestrado ou de uma tese de doutorado (NOGUEIRA, 2006, p. 102).

Assim, corroborando com as colocações apresentadas, neste trabalho nos situamos a partir da perspectiva de uma pesquisa com método psicanalítico ou, nas palavras de Nogueira (2006), uma pesquisa em psicanálise (entendemos que a ideia subjacente é a mesma para as duas nomenclaturas). A estratégia de construção do caso foi utilizada neste trabalho a partir do caso de Helena. Como veremos, a transferência se estabelece sob de uma noção de “cuidado”, significante trazido pela paciente nas primeiras entrevistas clínicas e que a princípio me incita uma forte impressão. Posteriormente, na releitura do caso e junto à lembrança de uma cena com a mãe da paciente, esse significante é percebido como aquele que instala de forma antecipada um horizonte interpretativo a partir do qual novos recortes foram possibilitados.

Diferentemente das vinhetas e fragmentos clínicos trazidos sobre os casos de Ana e Carlos, dos quais nos utilizamos para propiciar uma comunicação escrita que ilustre a clínica a partir da teoria, o caso de Helena serve à reformulação da própria estruturação da pesquisa. Entendemos que as reflexões produzidas objetivaram conferir um estatuto primeiro ao caso que nos direcionou a uma teorização, e que no *a posteriori* voltou-se a ela novamente.

É necessário ainda destacar que entendemos que os recortes produzidos trabalham na via de uma contribuição com valor de experiência metapsicológica justamente por não se limitarem a uma tentativa de reprodução da situação psicanalítica de tratamento. O caso, portanto, será trabalhado sob recortes de dados clínicos considerados pertinentes para o objetivo de pesquisa proposto, escolhidos dentre o material clínico coletado durante um ano e meio. De uma forma bastante interessante, cabe dizer que a estratégia metodológica escolhida, junto à riqueza dos dados obtidos,

possibilita que o mesmo caso ainda possa ser reconstituído de outras formas, a partir de outras perspectivas e enfoques tomados. Podemos refletir em que medida essa mobilidade confere à reconstituição do caso um estatuto próximo ao de uma construção ficcional, nesse sentido. O recorte escolhido foi sustentado principalmente por uma vivência clínica anterior ao tratamento, vivência esta que motivou a formulação desta pesquisa e a formulação de uma hipótese metapsicológica; a saber, a aproximação do suicídio ao uso de substâncias pela expressão de um paradigma melancólico formulado a partir de uma falha na constituição do narcisismo.

A partir destas constatações, também podemos demarcar a singularidade da autora neste trabalho, instrumentalizado pela transferência que certamente produziu transformação subjetiva e transformação dos instrumentos (conceituais e técnicos); nos capítulos posteriores, poderemos discorrer também sobre uma transformação em termos de tratamento.

Por último, entendemos que a comunicação de um caso clínico constitui tarefa difícil aos analistas desde a constituição da psicanálise. O que comunicar acerca de um caso clínico e como fazê-lo são questões pertinentes ao campo psicanalítico que encontram um solo vasto de discussão. Nesse contexto, pode-se dizer que a construção do caso clínico vem da necessidade de se transmitir algo, seja entre os pares ou entre diferentes áreas. É por meio da construção que se possibilita um solo comum de comunicação para o trabalho de diferentes profissionais, em um diálogo de diferentes saberes, de forma que outras áreas também possam se valer da contribuição da psicanálise (FENDER & MORETTO, 2020).

A seguir, reservamos um espaço específico para discorrer sobre um atravessamento metodológico que certamente foi bastante inusitado: a pandemia de

coronavírus (COVID-19). Decorreram disso modificações importantes no método e dispositivos clínicos utilizados, bem como possíveis influências sobre o próprio tratamento dos pacientes. Será dado maior enfoque ao primeiro aspecto, entendendo que este último exigiria uma pesquisa minuciosa para a qual não dispomos de recursos no momento.

2.3. PESQUISA E PANDEMIA

O trajeto desta pesquisa foi atravessado por um momento inesperado na história da humanidade, com a emergência da pandemia de COVID-19. Sabemos que a chegada da crise sanitária no Brasil, no final de fevereiro de 2020, trouxe mudanças abruptas para a configuração social anteriormente vivenciada, exigindo medidas de restrição de contato físico e isolamento. A noção de uma potencial ameaça de letalidade foi introduzida ao cotidiano sob o signo da contaminação, trazendo notícias incansáveis da finitude humana e desencadeando uma série de efeitos na configuração da realidade que trouxeram junto de si os mais diversos desdobramentos psíquicos.

Segundo Dunker (2020), a vivência de situações inéditas convoca o sujeito a responder de forma igualmente original. Em termos psíquicos, o sujeito é mobilizado desde suas experiências anteriores – sobretudo no que se refere ao campo da perda, contradição e perseguição –, a fim de realizar uma tentativa simbolização do inesperado. Nesse contexto, reações de desamparo e angústia se fazem presentes, bem como a emergência de sintomas diversos: ideias fixas, dores, fobias e repetições, por exemplo.

O luto torna-se eminente, seja pela perda direta de entes queridos dentre os quase seiscentos mil brasileiros vitimados pela doença, ou pelas outras inúmeras perdas que se relacionam à própria vivência da pandemia. Dentre uma conjuntura de ineditismo,

restrição dos ritos funerários, discursos negacionistas e inimigos de ordem expressamente imaginária, não é difícil pensar que o contexto pouco ou nada contribuiu para a efetivação de um trabalho de luto e simbolização dessas perdas constantemente vivenciadas.

Embora ainda estejamos no campo da novidade e do ineditismo, nas mais diversas esferas, vemos que o contexto da pandemia já é passível de certas reflexões teóricas, sobretudo no que concerne aos efeitos psíquicos mais imediatos gerados pela crise sanitária (e política). O assunto é extenso e exige cautela, além de rigor teórico, no exame de muitos aspectos que confluem para os impactos atuais. Fato é que a pandemia, como exímia reprodutora do mal-estar contemporâneo, convoca o sujeito às três formas de sofrer elucidadas por Freud (1930) em seu texto sobre o mal-estar na cultura: “a prepotência da natureza, a fragilidade do próprio corpo e insuficiência das normas que regulam os vínculos humanos na família, no Estado e na sociedade” (p. 43). Essa constatação não é sem consequências, como buscaremos mostrar mais adiante. O suicídio e o uso de substâncias, conforme Freud já nos mostrava desde essa época, têm relação direta com as vivências do mal-estar cultural. Questionamos, neste sentido, que saída resta ao sujeito quando todas as dimensões civilizatórias, que deveriam servir a uma forma de amparo simbólico, passam a promover tanta angústia e sofrimento?

Para além disso, é preciso elucidar os efeitos imediatos que ocorreram sobre a pesquisa, culminando em um remodelamento metodológico. Entendemos que, logo no início da pandemia no Brasil, a metodologia sofreu uma ruptura, no sentido de suspensão brusca dos dispositivos terapêuticos utilizados. Com o fechamento dos serviços presenciais em março de 2020, foi preciso interromper os atendimentos com os participantes da pesquisa até o final de maio de 2020 – quando se percebeu a

necessidade de remodelamento da pesquisa. Após um período de estagnação da coleta de dados e ruptura dos tratamentos, a necessidade de dar seguimento à pesquisa exigiu a busca por um novo dispositivo clínico que pudesse abarcar os atendimentos da forma mais próxima de um *setting* presencial, isto é, que garantisse os requisitos básicos de fala, escuta, transferência e privacidade entre paciente e terapeuta.

Até então, o atendimento dos pacientes era realizado no próprio Centro de Psicologia Aplicada da UFPR, nos moldes formais de uma clínica: realizavam-se encontros presenciais semanais com os pacientes em ambulatório próprio para o atendimento psicoterápico, com garantia de sigilo e privacidade durante os atendimentos. O remodelamento desses (e de muitos outros) serviços, como sabemos, encontrou seu receptáculo de forma ampla nos meios digitais. Assim, as sessões passaram a ser realizadas de forma remota por meio de aplicativos e plataformas virtuais. Embora não tenhamos sentido uma radical diferença na passagem dos atendimentos para o meio virtual, é necessário também considerar as possíveis influências desse remodelamento para a situação clínica – que não necessariamente se apresentaram como impasses ao tratamento. Constatou-se uma perda no sentido da espontaneidade da fala e da escuta, que passa a ser marcada por ruídos e interferências próprias ao ambiente virtual. Apesar disso, as sessões seguiram de forma habitual, possibilitando a continuidade do tratamento e o manejo da transferência, até o final abril de 2021, momento no qual os tratamentos foram suspensos pela minha admissão em um novo trabalho e o consequente remanejamento da carga horária. A partir disto, os pacientes em questão foram encaminhados para outros profissionais e serviços especializados, buscando manter a continuidade do tratamento clínico de cada paciente e atentando às especificidades de cada caso.

Ainda sobre a passagem dos atendimentos para a modalidade virtual, podemos citar que, para Carlos, o distanciamento através de uma tela propiciou abertura para que o paciente relatasse questões importantes para seu tratamento, que se referem à dificuldade de se relacionar afetiva e sexualmente com mulheres. Por outro lado, a intensificação de conflitos familiares, acentuada pela convivência constante com a irmã, foi fator desencadeante de angústia e raiva em muitos momentos.

Para Ana e Helena, no entanto, senti que a influência maior se deu não sobre o tratamento em si, mas pelos efeitos da própria pandemia e do isolamento. No caso de Ana, uma mulher com dores crônicas cuja vida se organizava em torno do manejo da dor e seus diversos tratamentos (consultas médicas e terapêuticas), houve um efeito desorganiza(dor) propiciado pela suspensão de vários de seus tratamentos. Ana passou a se sentir mais deprimida e aumentou seu consumo de álcool, atribuindo a causa disso a um isolamento forçado pelo contexto. Podemos dizer que a pandemia, neste sentido, promoveu a intensificação e atualização de conflitos já pré-existentes para os pacientes. Veremos mais adiante que a mesma situação acontece no caso de Helena.

A seguir, passaremos às considerações teóricas e clínicas sobre o uso de substâncias, em articulação com a concepção de toxicomania.

Há doenças piores que as doenças,
Há dores que não doem, nem na alma
Mas que são dolorosas mais que as outras.
Há angústias sonhadas mais reais
Que as que a vida nos traz, há sensações
Sentidas só com imaginá-las
Que são mais nossas do que a própria vida.
Há tanta coisa que, sem existir,
Existe, existe demoradamente,
E demoradamente é nossa e nós...
Por sobre o verde turvo do amplo rio
Os circunflexos brancos das gaivotas...
Por sobre a alma o adejar inútil
Do que não foi, nem pôde ser, e é tudo.
Dá-me mais vinho, porque a vida é nada

Fernando Pessoa

3 SOBRE O USO DE SUBSTÂNCIAS

3.1. DO PROIBICIONISMO À LÓGICA DES-SUBJETIVANTE: UM PERCURSO HISTÓRICO E UMA DISCUSSÃO CLÍNICA

Entendemos que as substâncias, sobretudo no que diz respeito a psicotrópicos lícitos e ilícitos, dispõem de um lugar consolidado na sociedade, desde uma posição integrada na lógica capitalista de mercado que lucra por meio da promoção da tecnologia, industrialização e distribuição de substâncias. Apesar dos preceitos morais e mesmo da ilegalidade que cerceia alguns dos psicotrópicos, observamos isso não constitui um impedimento para que a produção e o comércio de substâncias estejam arraigados em nosso sistema econômico, atingindo todas as classes sociais e econômicas.

Sabemos que a prática humana de consumir substâncias que busquem modificar processos fisiológicos ou produzir estados alterados de consciência é universal e milenar, realizada pelos mais diversos povos e culturas em diferentes contextos históricos. Neste viés, sustentamos que cada sociedade vai apresentar um lugar reservado para a droga e seu usuário; lugar este que reverbera em um alinhamento maior ou menor entre o que concebemos como uso prejudicial ou disfuncional para o próprio usuário e o campo de tratamento em saúde, para além das relações com a esfera criminal (RIBEIRO, 2009).

Historicamente, o uso de substâncias nem sempre esteve vinculado ao proibicionismo ou à área jurídica e criminal. A nível antropológico, sabemos que em determinadas sociedades o uso de plantas e ervas relaciona-se a práticas ritualísticas coletivas de cunho curativo e religioso, envolvendo processos de transe, contatos espirituais e práticas medicinais. Assim, podemos observar que o lugar ocupado pelas

substâncias em seu laço social faz referência direta aos signos culturalmente estabelecidos, entrelaçando-se ao momento histórico, político e sócio-econômico vivido.

Adentrando então ao campo das drogas desde seu lugar na sociedade, buscaremos examinar neste subcapítulo as consequências da lógica proibicionista no lugar reservado para o usuário e seu respectivo tratamento. Mais precisamente, a níveis clínicos, analisaremos as consequências dessa lógica na relação do paciente com o seu objeto de consumo. Para tanto, faremos um percurso teórico e apresentaremos a seguir o caso de Ana, paciente cujo uso de substâncias diversas faz notar especificidades que se colocam na relação com a droga lícita e com a ilícita.

Para Ribeiro (2013), o modelo proibicionista vigente em nossa sociedade sustenta-se a partir de dois princípios: um de ordem moral e religiosa, no qual a abstinência expressa a única possibilidade de relação entre indivíduo e substância; e um de ordem higienista, que estabelece como ideal um mundo livre de drogas. Ambos os aspectos convergem em um modelo que interdita qualquer modalidade de uso, comércio e produção de psicotrópicos, aos quais será atribuído um etiquetamento social pela ilicitude.

Segundo Frei (2019), as drogas ilícitas vão servir de dispositivos, de objetos cuja ordenação vai para além das definições farmacológicas para engendrar em si formas discursivas que legitimam determinados saberes e uma certa diagramação de poderes na sociedade. Ou seja, é um objeto com capacidade para orientar discursos e condutas sociais a partir de uma noção entre saber, poder e subjetividade. Para o autor, esta diagramação produz efeitos importantes no que tange ao controle de territórios onde estas drogas vão estar ou não alocadas, atuando pelo controle então de cidades, corpos e afetos que operam em torno do imaginário social desta substância.

Vemos um importante desdobramento neste sentido, na medida em que a busca pela eliminação da droga, para além de interesses morais e econômicos (ou poderíamos dizer em consonância com a legitimação destes interesses), ocorre junto à venda de um ideal de sociedade livre do mal-estar e da desintegração supostamente provocada pelo consumo de substâncias. De forma regressiva, Ribeiro (2013) apresenta um percurso histórico no qual a droga, como um constructo social, é reformulada desde uma perspectiva proibicionista.

Desde a incidência da atual guerra às drogas – modelo de combate ao narcotráfico popularizado pelos Estados Unidos e posteriormente expandido ao Brasil para intervenção sobre o comércio (tráfico) de substâncias ilícitas e de armas –, percebemos a incidência dispositiva de algo que nada mais é do que uma derivação da biopolítica foucaultiana. A guerra às drogas, atuando sob as mesmas justificativas de uma sociedade livre do mal-estar, engendra uma maquinaria da territorialização que legitima o uso de violência por parte do Estado pelas suas margens, se utilizando de uma forma de controle social severo sobre os corpos e suas condutas (FREI, 2019). Trilhando um percurso histórico, Ribeiro (2013) nos lembra de dois marcos mundiais anteriores que influem para a ocupação do lugar das drogas junto ao proibicionismo: a Guerra do Ópio, conflito armado entre a Grã-Bretanha e a China ocorrido entre 1839 e 1842, sendo retomada entre 1856 e 1860; e a chamada “Lei Seca” instituída em Ohio nos Estados Unidos entre 1920 e 1933, pela proibição da manufatura, venda e transporte do álcool na região.

De forma resumida, tais eventos ocorrem mediante proibição de substâncias de uso comum e em larga escala – na China o ópio e nos Estados Unidos o álcool –, sob a proposta de findar o vício e degradação moral atribuída ao uso de drogas. O ponto de maior destaque é que, ironicamente, as proibições não só não conseguiram cumprir com

o propósito de romper o uso das substâncias, como culminaram posteriormente em um aumento dos índices de consumo e criminalidade. Além disso, as mortes e a ameaça factual da estabilidade social e financeira nos países envolvidos nestes marcos proibicionistas demonstra, de forma paradigmática, o lugar de centralidade ocupado pelas substâncias – centralidade política e sócio-econômica – que em última instância fala da alta demanda social por substâncias inebriantes e capazes de proporcionar analgesia. Ressaltamos que, em ambos os casos, falamos de países marcados pela ascendência da industrialização, assolados pela guerra e pelas mazelas sociais decorrentes deste contexto.

Atentando mais precisamente ao ideal vendido pelo modelo proibicionista, que promete um mundo livre do desalento, da dissolução grupal e de uma espécie de deformidade social sob o signo de um inimigo comum – a droga – teremos na psicanálise um contra-argumento severo. Para Freud (1930), a impossibilidade do cumprimento desta “promessa” ocorre na medida em que o mal-estar social, a partir do qual o objeto-droga se apresenta como recurso paliativo do sujeito, é entendido como efeito próprio dos moldes civilizatórios e da configuração da sociedade enquanto grupo. Isso porque, para a psicanálise, o outro não constitui apenas objeto de investimento amoroso, mas tentação para a satisfação da tendência agressiva inerente ao sujeito. Para Freud (1930, p. 80), “a agressividade constitui sedimento de toda relação terna e amorosa entre as pessoas”. O autor complementa que é essa tendência à agressão que perturba a relação com o próximo e permanentemente a ameaça de desintegração, obrigando a civilização a seus grandes dispêndios, a partir dos quais se recorre a uma instigação dos recursos identificatórios e às restrições da sexualidade.

Podemos pensar, neste sentido, que a própria eleição do objeto-droga enquanto um bode expiatório social diz respeito a uma dinâmica de grupo que se sustenta sobre

uma destituição subjetiva de seus participantes, promovendo a massificação pela identificação e atribuição de um inimigo comum (FREUD, 1921). Destes pontos, talvez possamos problematizar algumas questões: se a conservação de uma dinâmica grupal se dá sob a permanência do mal-estar atribuído ao externo (no caso, o objeto-droga), que desimplica o sujeito e lhe retira suas possibilidades recursivas – seja porque lhe retira a própria droga ou a possibilidade de implicação com o seu sofrimento – não seria possível pensar que as consequências da lógica proibicionista vão ao encontro de uma exacerbação do mal-estar social e do sofrimento subjetivo decorrente deste?

Seja como for, fato é que atualmente vivemos sob a circunscrição do proibicionismo e que, para além de reservar à droga um lugar de “demonização” da droga junto à criminalidade, essa lógica traz consequências no que diz respeito ao tratamento destinado aos usuários de substâncias que incorrem em um uso disfuncional. Falamos em uma dis-função na medida em que sua função comum e primária, que aqui pode ser situada a partir do uso recursivo ao mal-estar, é perdida ou declinada, sob certas condições que buscaremos investigar neste capítulo, para dar lugar a outras expressões subjetivas. Neste outro campo de expressões, no qual a droga passa do uso recursivo trivial à qualidade de ser a única (ou a principal) possibilidade de recurso do sujeito, poderemos começar a pensar ideia de abuso, de vício, as adicções e/ou as toxicomanias. Adentraremos às especificidades destas pontuações mais à frente.

Por ora, cabe nos deter um pouco mais sobre o percurso histórico das drogas em nossa sociedade, a fim de que possamos refletir sobre os modelos de tratamento existentes para o sujeito em uso de substâncias e o lugar que se reserva à *práxis* psicanalítica neste contexto. Para isso, é preciso lembrar que o constructo social da droga ainda passou por uma interferência muito importante no que tange à medicina e à farmacologia, no final do século XVIII. É pelo advento da terapêutica farmacológica, a

partir do qual ocorre a intervenção destes campos sobre a esfera das substâncias, que teremos então classificações divergindo “fármaco” e “droga”, e contrapondo o que é legal e ilegal, lícito e ilícito. Alinham-se a isso as formas de se compreender padrões de normalidade e patologia no âmbito da medicina e do judiciário. A partir desta classificação engendrada no discurso médico-criminal, temos estabelecida uma relação muito próxima entre patologia e criminalidade na medida em que o droga ilícita vai ser associada ao campo da ilegalidade. Decorre disso que o campo do uso de substâncias, muito antes de ser pertinente ao tratamento de saúde pública, vai se atrelar à esfera criminal (FREI, 2019).

Por um lado, tendo em vista que o sujeito é constituído no laço social no qual se insere, temos a incidência de uma série de estigmas sociais e morais que vão ser atribuídos ao usuário de substâncias, muito antes que ele seja compreendido na esfera da saúde ou sequer como um sujeito em sofrimento. Queremos dizer com isso que muitas vezes o sujeito em uso disfuncional de substâncias (principalmente ilícitas), antes de compreendido por seus pares sociais como sujeito referenciado à sua patologia, é um transgressor da lei, marginalizado; e entendemos que isso traz consequências no que tange ao atravessamento desse indivíduo por signos culturais acerca de sua patologia.

Do outro lado, não menos importante, a construção de um campo de tratamento de saúde para os sujeitos em uso de substâncias vai sofrer um grande engessamento na medida em que reflete tais noções determinadas histórico e socialmente sobre o que é a droga e a patologia decorrente de seu uso, reservando pouco espaço para que o sujeito fale de si nesse intervalo. Como veremos à frente e a partir dos casos apresentados neste trabalho, para o sujeito a substância pode adquirir valoração incerta e oscilante, e não se prende às atribuições sociais pré-estabelecidas, podendo

condensar nela mesma o fármaco e a droga como expressões suplementares de um conflito psíquico. Entendemos, a partir disto, que as noções pré-estabelecidas que diferenciam “droga” e “fármaco” dificultam ainda mais ao próprio sujeito se ver implicado na sua relação com a substância e lhe atribuem uma posição vulnerabilizada, alienada, de vítima de algo que o habita e o impera ao uso.

Vemos que este “outro” dentro de si – aqui associado ao uso de substâncias, vai falar na psicanálise propriamente de uma cisão subjetiva e apontar para um conflito de ordem psíquica, encontra ressonância no discurso social das mais diversas formas. O sujeito se vê então subjugado e sua patologia é restringida a uma predisposição genética, a um determinismo socioeconômico ou à ação fisiológica do seu objeto-droga, apontando para uma forma de relação sobre a qual não se tem qualquer responsabilidade ou implicação subjetiva. Daí que, não raro, temos no paciente usuário um discurso muito colado às disposições médicas ou criminais, a partir das quais ele vai se atribuir a qualidade de um “eterno dependente químico”, por exemplo. É importante destacar que, para a psiquiatria, os Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos (APA, 2014) são quadros de sintomatologia tratável, porém incuráveis.

Como consequência a este modo de pensar o uso de substâncias, podemos ainda apontar para um outro lado no qual ao “fármaco” se exclui a possibilidade de vinculação do sujeito por uma via de dependência ou de vício. É possível associar a isso o fortalecimento de processos de medicalização psíquica, que buscam a apropriação artificial para o campo médico de questões não-médicas e atinentes à existência humana, tais como a dor e o luto. Ainda em relação a este último caso, destacamos que

o “luto persistente”¹ passa a compor, desde as últimas orientações manuais diagnósticas de 2013 (APA, 2014), uma forma patológica de reação à perda de um ente querido para a qual pode ser prevista tratamento farmacológico.

Neste processo de medicalização, vemos com frequência certas substâncias que são utilizadas sob o signo de “remédio” na busca por amenizar ou extinguir formas diversas do sofrimento humano tomadas como patológicas. Nessa via, o uso contraditório das substâncias “medicantes” em larga escala e por períodos muito extensos – quer sejam por meses ou anos a fio – pode ser sustentado pelos indivíduos sem que a isso seja atribuído, ou sequer pensado, o sentido de uma patologia (como abuso, dependência, vício ou adicção). No caso de Ana, que será apresentado a seguir, é possível observar uma questão pertinente a isso: embora a paciente se utilize tanto do álcool quanto do remédio psiquiátrico a fim de amenizar a dor, vemos que apenas ao primeiro se atribui uma qualidade de um vício. Essa cisão entre o fármaco e a droga, para ela, podem ser pensados dentro de uma dinâmica subjetiva que busca suprimir a dor enquanto acaba por acentuá-la – entre a busca e a recusa da analgesia.

Em termos de tratamento clínico, sabemos que o intuito de uma escuta analítica é, ao procurar escutar o sujeito desde a sua própria perspectiva, promover um encadeamento de sua rede associativa que possa implicá-lo com seu próprio inconsciente, seu próprio sofrimento e, dentro destas condições, com seu próprio uso de substâncias, independente da condição de licitude da droga ou dos moldes de (dis)funcionalidade no seu consumo. Como condições para que isso ocorra, o método prevê, como apresentado, sempre o cuidado com a antecipação de sentidos e significações sobre a fala do sujeito. Neste sentido, podemos questionar em que medida

¹ Falamos aqui da categorização do “Transtorno do Luto Complexo Persistente” proposta pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) de 2013, e encorajada aos profissionais enquanto quadro de pesquisa futura.

a significação social pré-estabelecida acerca de certa substância – como “fármaco” ou como “droga” – vai influenciar na relação do sujeito com sua substância. Com a finalidade de ilustrar essa problemática e melhor circunscrevê-la, tomemos um pequeno recorte do caso de Ana.

3.1.1. A dor de Ana

Ana é uma paciente de 59 anos que busca atendimento há cerca de dois anos sob a queixa de alcoolismo. Relata uma ingestão diária de cerca de três latas de cerveja, em geral no período da noite, que considera como preocupante e patológica, atribuindo-se a partir disso a representação de uma “alcóolatra”, alguém que, segundo ela, sente necessidade de beber.

Como justificativa para seu uso, Ana diz que precisa beber “para não sentir dor”. Ocorre que Ana é uma mulher que sofre de dores crônicas em seu corpo, sobretudo nas costas, dores estas que não apresentam uma etiologia orgânica, segundo os vários médicos que visitou ao longo de sua vida. As dores, no entanto, organizam sua vida: Ana não consegue trabalhar e tem sua atividade motora restrita, o que lhe impede, por exemplo, de estar em tempo prolongado fora de casa ou de realizar quaisquer outras atividades fora de sua rotina normal, que circula em torno de tratamentos médicos, sessões de fisioterapia, acupuntura e dos próprios encontros semanais comigo.

Há alguns anos, após indicação médica, Ana buscou acompanhamento psiquiátrico, utilizando medicamentos também como tentativa de contenção da dor, porém abandona o tratamento na medida em que sente que nem os remédios são capazes de refreá-la. Daí que uso de álcool entra em cena, a fim de medicar a paciente de uma dor tão forte que “caminha dentro dela”.

Apesar de obter alguns efeitos positivos no que tange à analgesia, Ana traz um discurso pungente em torno da ingestão da bebida em si, marcado pela moralidade e pelo autojulgamento frente ao seu uso; chega a referir-se muitas vezes ao seu consumo como seu único problema, ou o maior deles. Junto a isso, queixa-se de depressão, caracterizada principalmente pela tristeza excessiva, sensação de vazio, dificuldade de obter prazer em suas atividades diárias e dificuldade em interagir socialmente. O interessante é que, conforme descubro ao longo dos atendimentos, Ana é realmente uma mulher marcada pela dor, mas de outra ordem: dor psíquica do luto. A paciente vem de uma sequência de perdas, iniciada pela perda do irmão, aos 13 anos; alguns anos depois, perde os pais e, posteriormente, o marido com quem foi casada por 24 anos. A dor aumenta na mesma medida em que aumentam as perdas, perdas estas que nunca pode sofrer ou chorar por estar sempre alocada em uma posição da qual outros familiares dependem dela, sejam os pais, quando morre o irmão; o marido, quando morrem os pais; ou suas filhas, quando morre o marido. Assim, precisa sempre suportar a dor em detrimento de outros, ou “ser forte”, como ela mesma diz.

Sobre isso, relembra uma cena com a mãe: quando estava no velório do irmão, um de seus familiares lhe diz que ela não deveria chorar para que sua mãe não sofresse ainda mais, ao que Ana resolve acatar. A mãe, vendo que Ana não chorava, lhe advertiu, dizendo o quanto ela era “ruim”: “nem chorar você pode de tão ruim que você é!”. Ana relata-me essa situação sempre aos prantos, assumindo guardá-la com imensa mágoa. Era muito ligada à figura materna, a quem sempre tenta satisfazer sendo uma “filha perfeita”, conforme me relata, e evitando qualquer forma de represália, motivo pelo qual tanto lhe marca a cena do velório. Aqui atentamos a uma identificação à figura paterna, a quem Ana descreve como submissa à mãe, que por sua vez era muito controladora e rigorosa.

Desta forma, Ana afirma que nunca pode sofrer o luto do irmão, assim como nunca pode se enlutar por nenhuma de suas perdas seguintes. Daí que, diante da morte, entra a função da substância: ainda aos 14 anos, Ana começa a fumar cigarros. O uso permanece até os 56 anos, quando descobre um problema de saúde que acomete seus pulmões e decide então parar. A perda do cigarro, nesta época, que é sentida como uma perda do próprio corpo, segundo a paciente, a coloca de encontro com a sua angústia novamente. A partir disso, Ana retoma o uso do álcool. “Retoma” porque, ao longo das sessões, enquanto fala muito sobre o marido, Ana rememora que o início da sua relação com o álcool (de forma disfuncional) vem logo após o seu falecimento, período em que passa meses embriagada a fim de amenizar a dor da perda. Curiosamente, o uso é encerrado algum período depois, após uma sorte de experiências em que Ana busca explorar sua sexualidade e sair com outros homens. Também ali, após pouco tempo e algumas experiências frustradas, sua vida afetiva e sexual com outros homens é interrompida e nunca mais reatada.

Podemos dizer que o conflito da perda é reatualizado após uma mudança de cidade da paciente, alguns meses antes de buscar o tratamento psicoterápico. Ana resolve morar próxima das filhas e, sobre esta mudança, após algum tempo em tratamento, a paciente pode dizer que perdera um lugar junto à família que ficara em outro estado. Assim, na nova cidade sentia-se sempre sozinha e desamparada. Os constantes conflitos com as filhas, das quais se queixava – assim como em relação à própria mãe – ora por se sentir excessivamente controlada, ora por nunca se sentir suficientemente amada ou importante, também lhe impulsionam a buscar o álcool como medida paliativa. Com dor, sem a família, sem o cigarro, sem trabalho e relações afetivas ou, como ela mesma coloca “sem tesão da vida”, Ana sentia-se cada dia mais deprimida

e assim volta a beber novamente. É a partir dessa reatualização da perda que a paciente decide buscar também tratamento psicológico, chegando até os encontros comigo.

Sobre o efeito da bebida, Ana estranhava em si o fato de procurar a ingestão para ficar alegre, “para não sentir dor”, e acabar ficando ainda mais deprimida. Nesses momentos, lembrava-se da família em outra cidade, dos pais e, principalmente, do marido que morrera há 14 anos, do qual constantemente sentia falta e, curiosamente, do qual preferia continuar distante. Muitas vezes colocava-se a falar sobre sua fantasia na qual, caso o marido pudesse um dia tornar a viver, não o aceitaria de volta. Sobre isso, refere um sonho de caráter repetitivo no qual o marido retorna, querendo revê-la e retornar para casa, ao que ela o rejeita. Essa rejeição do marido, que a princípio aparece de forma enigmática para a própria paciente, pode ser recontada após algum tempo em tratamento, onde ela é defrontada com a própria ambivalência em relação à perda. Assim, Ana consegue refratar um discurso engendrado na figura idealizada do marido perdido para falar do sofrimento intenso que teve com ele durante o casamento, sobretudo após seu adoecimento e morte.

A insistência no uso do álcool como sua principal questão a ser “resolvida” (pois ela precisa a todo custo parar de beber), leva a paciente a procurar novamente auxílio médico durante o tratamento. Passa a tomar diversos medicamentos que prometem lhe manter sóbria e posteriormente se submete até a uma internação psiquiátrica procurada voluntariamente, a fim de se livrar do álcool. Nada disso (o uso de medicamentos ou a própria internação) lhe aparecem como algo de ordem patológica para a paciente, mas sim enquanto ato “medicamentoso”, embora ela se sinta constantemente dopada com estes remédios. Vemos uma diferença importante do álcool, neste sentido, na medida em que do remédio psiquiátrico consegue obter uma certa contenção subjetiva, experienciada pelo rebaixamento do tônus corporal. Em seus relatos, conta que sob o

efeito da medicação tem uma redução do choro, da sensação de ansiedade, do nervosismo; no entanto, sente-se ainda entediada, em um estado constante de indiferença e avolia ao qual não consegue atribuir sentido.

É interessante fazer notar que, apesar de oscilar entre o uso e o abandono do álcool, nem a bebida e nem a abstinência conseguem retirá-la de seu estado de tédio e frustração constante com a vida. A sobriedade atingida durante o tratamento (Ana fica cerca de três meses sem o álcool), ao contrário do que a paciente esperava, atira-a mais ainda a esse polo. Desse modo, podemos dizer que Ana se depara com um dilema no qual a analgesia procurada para lhe retirar a dor corpórea apresenta efeitos diretos também sobre sua dor psíquica, fazendo-a ainda mais evidente e incompreensível. Diante disso, vemos que em alguns momentos a analgesia ganha então outra faceta, anestésica e mortífera, de onde ela se vê já incapaz de reagir à dor. E assim brinca algumas vezes: “não bebo, não fumo e não transo... Estou pronta para morrer!”.

Há um conflito vigente na medida em que, buscando uma anestesia para suas dores, o que no seu imaginário lhe devolveria a vontade de viver, Ana se depara com uma mortificação de si, anestésica, promovida pela própria abstinência. Longe do álcool e de fato contida pelo efeito dos medicamentos psiquiátricos, sente-se ainda mais deprimida e cansada, “pronta para morrer”. Se pensarmos que Ana é uma mulher que se organiza em torno da dor (fisiológica e psíquica), ao retirar-lhe este aspecto o remédio não atua apenas sobre a sensação corporal, mas incide diretamente sobre seu modo de organização, restando-lhe o vazio e o tédio. Nestes momentos, temos uma aproximação da anestesia mortificante na qual Ana relata de fato uma “vontade de morrer”, ou também a sensação de um cansaço profundo, de não querer mais viver. E assim profere diversas vezes: “nadei, nadei e morri na praia...”. A despeito das asserções, Ana não se entrega; ao invés disso, recorre ao álcool, sob certa dose de autojulgamento.

Um efeito paralelo ao do remédio psiquiátrico é produzido também pela intervenção da pandemia de COVID-19 durante o tratamento, como abordado no capítulo anterior. Isto porque a ameaça infecciosa rompe parcialmente com a sua organização, não pela retirada da dor ou do embotamento sensitivo, mas interrupção de seus tratamentos. Assim, ela se sente obrigada a manter-se em isolamento, junto à filha com quem residia à época. Como efeitos, temos temporariamente uma intensificação de seu quadro depressivo e também do uso de álcool. Os conflitos com a filha aumentam exponencialmente, levando a familiar a se mudar após alguns meses, o que é também sentido por Ana como forma abandono e desamor.

Podemos dizer que essa dinâmica pulsional conflituosa em torno da dor, como um jogo entre a busca e a recusa da analgesia, também apareciam a níveis transferenciais. A própria centralidade do discurso em torno do álcool já constitui uma forma de evitação de entrar em contato com aquilo que realmente dói, e que diz respeito ao campo de sua sexualidade. Quando a paciente era defrontada em sessão com essa dinâmica, na qual o álcool sempre aparecia como forma de medi(c)ação para o mal-estar sentido na relação com o outro, era comum que faltasse a sessão seguinte, tomada pela tentativa de resguardo em si mesma, seja pelo aumento da dor no corpo, seja pelo uso excessivo do álcool. Sob certa insistência minha, Ana consegue aparecer em algumas sessões mesmo alcoolizada. Nestes momentos, põe-se a falar muito penosamente sobre a dor que a assola e que aí já não está mais na bebida e sequer na depressão, mas na dificuldade em lidar com o outro; este outro pelo qual se sente abandonada, que não a ama o suficiente, que sempre vai embora e a deixa desamparada; este outro lhe gera profundo cansaço, dor e frustração e que, em seu discurso, desloca-se às figuras conflituosas da mãe, do irmão falecido, das filhas, do marido. Sobre isso, relembramos uma fala proferida logo nas primeiras entrevistas, na qual ela assume que “gostaria de

se amar como o marido a amava”, diz a paciente, referindo-se a uma posição de profunda idealização do marido por ela.

Entendemos que seu estado depressivo subsiste em um discurso que marca uma posição de Ana diante do outro, e uma suposta dimensão temporal na qual ela foi amada, foi querida e foi feliz; dimensão na qual se encontra fixada e a partir da qual abdica da expectativa de um futuro forjado em um Ideal de Eu. Assim, vê-se sempre diante da tentativa frustrada de retornar a esse estado perdido, de uma completude ilusória e que remete a momento constitutivo do narcisismo primário. Por fim, podemos pensar que o dilema colocado pela via da substância nada mais é do que expressão de um conflito psíquico no qual, na iminência da aproximação com o outro, Ana se sente ameaçada pelo abandono e desamor que supostamente ela provocara no outro. Assim, é tomada por reações de angústia, as quais tenta remediar pela via do uso de substâncias.

A seguir, teceremos algumas considerações teóricas sobre o recorte do caso acima. A ilustração nos servirá de base para pensar, desde a perspectiva psicanalítica, considerações que serão gradativamente apresentadas sobre o uso de substâncias, sobre o corpo e a dimensão narcísica implicada.

3.1.2. Ana, o corpo e a medicalização do psíquico

A partir do relato acima, poderemos pinçar alguns pontos de problemática: o primeiro ponto, no qual nos detivemos até aqui, ilustra o processo de medicalização psíquica que pode ser visto na paciente, e que diz respeito aos diferentes tratamentos que ela busca para lidar com a sua relação com o álcool. Como podemos apreender a partir do fragmento, a paciente se utiliza da bebida para lidar com uma dor – dor corpórea que, a partir de reconstrução histórica e significativa da paciente, encapa, dá forma e

lugar a uma dor psíquica; dor que a partir de sua constituição psíquica não pode ter outra destinação senão no próprio corpo.

Para Freud (1905), o corpo da psicanálise é um corpo que rompe com o modelo médico, com a ideia de organismo e a dualidade cartesiana, oposta à mente. É um corpo psíquico e erógeno, inscrito e unificado pelas marcas e experiências mais primitivas do sujeito, que se constitui na relação com o outro e na determinação inconsciente, integrando-se à economia psíquica do sujeito e podendo ser tomado como objeto para si mesmo.

No caso de Ana, vemos que o corpo dolorido cumpre com uma função em sua economia libidinal, na medida em que o dispêndio da dor física, de um desamparo corpóreo, parece dar lugar e expressão ao desamparo psíquico que não pode ser falado e expresso. Conforme o autor, a relação entre o físico e o anímico (ou psíquico) é recíproca, mas os efeitos do psíquico no físico até hoje não são bem aceitos pelo campo da medicina. Adentraremos melhor a estas questões ao abordarmos as relações do corpo com a substância, e com a constituição narcísica do sujeito. Veremos que o narcisismo cumpre importantes papéis neste caso, que correlacionam a dor, o uso de substâncias e a dimensão mortífera que se coloca.

É na medida em que essa tentativa falha de aniquilar a dor corpórea, tentativa esta que lhe coloca de frente com a dor psíquica em si (Ana bebe e se sente ainda mais triste e angustiada), que o objeto-droga assume seu par oposto. Isto é, se a princípio o álcool é tomado como substância medicalizante, capaz de apaziguar a dor sentida pela paciente, com a intensificação de seu uso Ana percebe que a substância assume a função oposta, pela acentuação da dor psíquica. Isso porque dor corpórea e dor psíquica não são questões separadas, mas expressões do mesmo conflito que coloca a paciente na condição de desamparo, frente à qual se angustia.

Assim, o uso é visto como patológico para a própria paciente na medida em que ela não consegue articular em si, a níveis representacionais, os efeitos do álcool em seu corpo, assim como da dor. Busca, então, extirpá-los na medida em que se vê vitimada por esta dimensão de si mesma, enquanto algo que não consegue encadear simbolicamente. Daí que entra em jogo o processo de medicalização, como forma de remediar, sob respaldo psiquiátrico, aquilo que é próprio do seu conflito psíquico, da sua subjetividade, e que faz referência ao “luto persistente”, à dor da perda que insiste em fazer presente sob forma de ameaça angustiante na relação com o outro.

Vemos, então, que a relação de Ana com as substâncias reverbera uma “lógica social proibicionista”, na medida em que, apropriando-se do conflito psíquico do qual a paciente não quer saber, o sentido da substância para Ana reproduz impensadamente modelos pré-estabelecidos e objetivados de “fármaco” e “droga”, sob o respaldo médico e psiquiátrico. A partir do trecho ilustrado, é possível ver que o “fármaco” ou a “droga” só se fazem na relação com o próprio corpo, um corpo que, por sua vez, se constitui a partir da incidência simbólica, na intersecção das próprias exigências pulsionais que o constituem com a exigências da realidade. Pelo seu próprio caráter de modificação corporal, a substância só se faz, portanto, na subjetividade e nunca fora ou antes dela.

Assim, adentrando a importância da dimensão subjetiva no tratamento de pacientes em uso de substâncias, buscaremos explorar a partir de agora os fundamentos teórico-clínicos psicanalíticos sobre a questão. Para tal, iniciaremos com uma retomada teórica que consideramos importante para pensar a estruturação de uma clínica efetiva no trato dos pacientes em uso de substâncias, a partir do qual nos situaremos.

3.2. A CLÍNICA VIVA DE OLIVENSTEIN E SUA IMPORTÂNCIA NO MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES EM USO DE SUBSTÂNCIAS

Falamos um pouco sobre a perspectiva tomada nesta pesquisa acerca do uso de substâncias, a partir do lugar ocupado pelo objeto-droga na economia psíquica do sujeito. Trata-se de uma concepção compartilhada por diversos psicanalistas desde estudos pós-freudianos, que busca a subversão da lógica de tratamento centrada no objeto para pensar o sujeito em suas relações com a substância. Nesta subversão, perde-se a ideia de um tratamento comum centrado na problematização da droga em si para dar lugar à singularidade do uso em questão. Sabemos, no entanto, que este desenvolvimento exigiu um percurso clínico que excede os limites da psicanálise, implementando modelos de tratamentos ou colocando em xeque padrões anteriormente vigentes.

Dentro das obras de Freud e Lacan, percebemos que não há propriamente a intenção de implementar uma clínica específica para pacientes em uso de substâncias, o que é interessante na medida em que entendemos que o sujeito usuário de substâncias é, antes de tudo, sujeito do inconsciente. Por isso não há também na psicanálise uma abstenção em relação ao assunto. Ambos os autores tecem considerações importantes acerca do fenômeno clínico ao longo de suas obras e, a partir disso, outros psicanalistas vão posteriormente se deter mais ou menos sobre esta questão. Dentro da própria psicanálise existem muitas formas de se compreender o uso de substâncias, impossibilitando uma construção única sobre o que ele é e suas relações com a psicopatologia. Assim, longe de buscar uma leitura ou interpretação única do fenômeno, ou de restringi-lo a um tipo clínico, estrutura ou modo de funcionamento psíquico, aqui visamos construir um campo de discussões que se assenta sobre a pedra angular da experiência clínica. É desse modo que entendemos que esta pesquisa

constitui um recorte único, no qual os próprios casos clínicos reconstruídos nos dirão o que é o fenômeno do uso de substâncias. Pensamos aqui poder contribuir, a partir da singularidade do caso a caso, para uma leitura sobre o uso de substâncias em suas intersecções com a dimensão mortífera do sujeito.

A partir destas considerações, seguindo um aporte teórico psicanalítico no qual o uso de substâncias ocorre dentro de uma dinâmica pulsional que dialoga com um corpo erógeno, podendo expressar em si uma ordem de conflito inconsciente, questionamos aqui sob quais termos é possível pensar em uma clínica das toxicomanias. Para responder a esse questionamento, no entanto, entendemos que é preciso situar desde a teoria analisada as divergências entre “substância” e “tóxico”, bem como situar o que é uma toxicomania e o que a diferencia de um uso comum de substâncias. Essa distinção conceitual será feita à frente, ao que pedimos que o leitor aguarde. Entretanto, entendemos que a consolidação de uma clínica voltada à percepção teórico-prática da toxicomania rastreia algumas experiências já realizadas historicamente. Pensando nisto, buscamos traçar uma importante experiência no tratamento estrito a pacientes usuários, na qual referenciamos-nos pelo psiquiatra francês Claude Olievenstein (1933-2008) e sua grande importância na difusão de um novo modelo clínico no tratamento de drogas, que por sua vez é influenciado pela teoria psicanalítica. Sua trajetória parece esclarecer alguns pontos acerca das especificidades do trabalho clínico com pacientes em uso de substâncias.

Como pioneiro no tratamento de toxicomanias na França, Claude Olievenstein dedicou toda sua carreira ao tratamento de indivíduos em uso de drogas, rompendo com a abordagem psiquiátrica de sua época. Atuou durante muitos anos no empreendimento da casa Marmottan, inaugurada no centro de Paris em 1971 e sendo a princípio amplamente criticada e desaprovada. A instituição foi criada como resposta política de

saúde pública a um sistema no qual não havia lugar para os drogadictos, que eram vistos a partir do estigma e do julgamento muito antes do tratamento de saúde. O tratamento na instituição fundamentava-se em um “contrato” estabelecido com o próprio paciente, que se internava de forma gratuita, voluntária e anônima, contando com a figura de um médico de referência e de um *accueillant* – função instituída por Olievenstein que atuava na facilitação do contato e o cuidado com os pacientes (DOMIC, 2019). A dinâmica faz notar uma contribuição interessante sustentada pela clínica de Olievenstein e atualizada pelas bases freudianas, ao considerar a importância primeira da relação transferencial no tratamento com pacientes toxicômanos. Acerca deste aspecto, segundo Domic (2019, p. 51) neste modelo de clínica é preciso oferecer ao paciente algo mais forte do que a própria droga, do que decorre uma atuação profissional centrada no reconhecimento do valor inegável da transferência, e que é viabilizada na confiança e qualidade afetiva da relação.

Nessa concepção de fazer clínico, muito influenciada pelo seu contato com a psicanálise, Olievenstein rompe radicalmente com a psiquiatria organicista ao assumir que a toxicomania ocorre a partir da convergência entre uma suposta estrutura psíquica toxicomaníaca apresentada pelo sujeito, na qual uma ferida narcísica precoce interfere na formação da própria imagem, aliada a uma tendência à transgressão da lei paterna que se atualiza mediante o encontro do indivíduo com a droga ao longo da vida. Não adentraremos às especificidades de sua teoria. É preciso colocar, no entanto, que embora traga contribuições únicas ao campo das drogas, as ideias de Olievenstein foram passíveis de crítica e revisão por sustentarem, até certo ponto, uma lógica que operacionaliza em torno do objeto-droga e seus efeitos sobre o indivíduo – antes de se centralizar sobre o sujeito que a utiliza (BENTO, 2010).

Ainda assim, o *Monsieur Drogue* inspirou a uma revolução no tratamento dos usuários a partir do que ficou conhecido como “modelo de cura francês”. Esse modelo também se difundiu no Brasil, onde Olievenstein esteve diversas vezes, a partir do final do século XX, sendo promovido junto ao contexto de avanço do movimento sanitarista e de reforma psiquiátrica nacional. Ao que podemos pensar uma política de cerceamento dos corpos e condutas, já nesta época o tratamento dos toxicômanos acontecia por meio de longas internações em hospitais psiquiátricos ou em comunidades terapêuticas, organizadas por grupos religiosos – isto quando a questão não ficava restrita apenas ao âmbito da segurança pública e criminal, conforme discutimos no subcapítulo acima. Podemos acrescentar que este modelo deixa marcas muito profundas e presentes no contexto atual, tendo em vista que a partir do senso comum ainda persiste a ideia de um tratamento centrado na internação e na mera desintoxicação do paciente.

Entendemos que a influência da clínica francesa, junto à epidemia de AIDS que acomete diversos países nas décadas de 1980 e 1990, fomenta uma revolução conceitual na qual a estratégia de redução de danos ganha forças para além do modelo de abstinência e internação compulsória até então vigente (REALE, 2019). Nessa época, o panorama do consumo geral de drogas também sofre modificações, quando a heroína deixa de ser a principal droga de consumo em massa para dar lugar às politoxicomanias, em que ganham cena o uso de cocaína e a intensificação do álcool.

No Brasil, precisamente, a influência da reforma psiquiátrica e sanitarista, em conjunto com os efeitos da epidemia de AIDS e com essa mudança no panorama de consumo, promovem uma mudança significativa no que concerne ao tratamento dos pacientes usuários, trazendo possibilidades mais humanizadas de tratamento. Atribuímos a estas questões o pano de fundo do que posteriormente formalizou um modo de pensar clínico acerca do uso de substâncias, alinhada a preceitos importantes

defendidos pela psicanálise. Sob a influência da clínica viva de Marmottan, a reformulação no tratamento de usuários de drogas ganha força, descentralizando-o da droga em si para pensar um modelo voltado ao usuário e sua relação com o tóxico. No panorama contemporâneo brasileiro, no entanto, vemos que essa visão tem sido desmontada pelas atuais políticas públicas.

Embora a redução de danos e o debate sobre o uso de drogas tenham alcançado um alto patamar no âmbito das políticas de saúde pública desde a ascensão do movimento sanitarista, falamos de um desmonte que corresponde à atual Política Nacional sobre Drogas (PNAD). Dentre algumas mudanças significativas em suas estratégias, a atual PNAD promove um retrocesso, em termos de tratamento humanizado para o usuário, ao prever a abstinência como principal política pública para usuários e o seu engendramento na Rede de Atenção Psicossocial. Desde a perspectiva metodológica tomada, na qual não podemos prescindir do estatuto de sujeito desejante de que detém o objeto de pesquisa e tratamento, entendemos como (no mínimo) controversa a concepção de um tratamento que aspira a um ideal de abstinência absoluta do tóxico para todos os usuários – subsidiado também pelo modelo de internação psiquiátrica. Nesses termos, há certamente um rompimento com toda direção de tratamento e cura que se pretende clínica na medida em que o objeto-droga ganha *status* de protagonismo e centralidade, enquanto próprio detentor da patologia, prescindindo de seu usuário. Na mesma via, a lógica subjacente aponta para uma exclusão do sujeito, que aparece desimplicado de seu uso disfuncional, como apontamos anteriormente.

Disso tudo, importa saber que, desde a contribuição de Olievenstein, tivemos os embriões que passam a sustentar o pensamento clínico-psicanalítico acerca das toxicomanias: falamos aqui da convergência entre a singularidade do sujeito que faz uso

de substâncias e a particularidade de sua constituição psíquica, que se funda no mal-estar contemporâneo. Se essa patologia se faz no laço social, é também dentro dela que deverá ser tratada, é o que nos traz a experiência clínica francesa. Nesse viés, é possível ver que a internação clínica e a desintoxicação mantêm sua importância desde outra perspectiva, compondo um dos recursos aos pacientes usuários – mas não o único. Podemos pensar que essa inversão decorre da própria compreensão de substância; isto é, mudando-se o referencial epistemológico, mudam-se também as perspectivas clínicas tomadas.

Disso temos a importância da orientação teórica e metapsicológica, de forma transversal à singularidade e à particularidade dos casos. A teoria forja um campo de universalidade conceitual que proporcionará, desde uma perspectiva clínica, um horizonte interpretativo para cada sujeito e sua relação com a substância tóxica. Nestes termos, dentro da psicanálise entendemos que o uso de substâncias – onde se enquadra a toxicomania – possa ser visto como modo de resposta da economia libidinal de cada sujeito. É, portanto, um uso passível de reconstrução e interpretação em trabalho analítico, trilhando uma direção de tratamento e cura sempre na relação com o outro.

A partir das críticas pontuadas e certos de que há muito a se avançar no que concerne ao campo de tratamento de usuários de substâncias no Brasil, entendemos que este trabalho possa trazer algumas contribuições para pensar a concepção de tratamento destes sujeitos. A seguir, faremos uma retomada da teoria psicanalítica freudiana sobre o uso de substâncias, buscando delimitar uma etiologia psicopatológica ao uso de substâncias entendido enquanto sintoma, como linguagem do sofrimento psíquico e resposta a uma determinada forma de ser e estar no mundo.

O leitor poderá observar que, a partir deste momento, as terminologias “substância” e “uso de substâncias” vão gradativamente ceder lugar ao uso de “tóxico”,

“substância tóxica” e “toxicomania”. Isso é feito na intenção de que possamos, nas próximas páginas, resgatar bases teórico-clínicas que nos permitam construir um percurso sobre um tipo de uso de substâncias mais específico, cuja caráter reside em um rompimento do sujeito com os registros de prazer e desprazer. Nesta cisão, este consumo tóxico poderá ser realocado junto a um modo de compulsão que está para além do princípio do prazer.

3.3. UMA CONTRIBUIÇÃO FREUDIANA SOBRE O USO DE SUBSTÂNCIAS

3.3.1. A etiologia sexual

Dissemos aqui que o uso de substâncias pode ser pensado em termos de psicopatologia, isto é, de formas singulares de sofrer e de responder diante deste sofrimento. Nesses moldes, a forma do sofrimento psíquico a que interessa ao psicanalista é determinada por certa maneira de apreender o mundo, que é consubstancial a uma cultura na qual e por meio da qual a subjetividade se constitui (CREMASCO, 2019, p. 22).

Em “Mal-estar na cultura” (1930), uma das publicações mais importantes de Freud para apreensão do uso de substâncias, o autor aposta no consumo de substâncias como resposta do sujeito ao mal-estar cultural, referindo-se à intoxicação como método mais cru e eficaz de influir o próprio organismo e refrear o sofrimento, seja pela produção de sensações imediatas de prazer ou pelo anestesiamiento de sensações de desprazer (pp. 32-33).

Neste ponto, o campo da sexualidade entendido como modulador do prazer e desprazer humano relaciona-se intimamente à aposta no tóxico como refreador. É no eixo da fragilidade dos vínculos humanos que o autor situa a maior fonte do sofrer diante da miséria civilizatória. Daí que, junto às poderosas distrações e às gratificações

substitutivas, o uso de substâncias entra como recurso paliativo frente às demasiadas dores, decepções e tarefas insolúveis que se fazem suportar na vivência com o outro (FREUD, 1930). É sobre estas bases que podemos iniciar um debate etiológico, a partir do qual buscaremos traçar os pilares freudianos que sustentam uma teoria sobre o uso de substâncias e, mais precisamente, sobre a toxicomania.

Aqui retomamos o caso de Ana, paciente na qual a busca pelo isolamento e a dificuldade de relacionar-se com o outro caminhavam lado a lado com a analgesia buscada no álcool. Mais do que caminhar ao lado, essa dificuldade diz respeito a uma questão etiológica para a paciente, na qual uma dinâmica pulsional bastante específica se instaura e se repete. O uso de substâncias do qual Ana se queixa pode ser pensado em termos de uma gratificação substitutiva na medida em que a satisfação não é obtida no campo das relações com o outro. É diante da dor que incide dessa relação produtora de mal-estar, e que é sentida como desprazer no aparelho psíquico, que a paciente busca recuperar uma certa homeostase pela via da droga – álcool ou remédio psiquiátrico. Veremos à frente que essa dinâmica e o próprio uso de substâncias em si dizem respeito à sexualidade autoerótica e ao narcisismo, modelos econômicos nos quais o Eu pode ser tomado como objeto libidinal por si mesmo, buscando a satisfação no próprio corpo e à revelia do outro.

Durante toda a obra de Freud, o autor se refere ao campo da sexualidade como aquele em que se dá toda a etiologia neurótica. É no campo sexual, um de seus achados clínicos mais importantes, que se inaugura o sujeito, uma vez que a passagem entre psíquico e somático ocorre pela via da erogeneidade corporal, pela instituição do circuito pulsional que só acontece na alteridade. Aqui fazemos lembrar sua colocação a partir do texto “Os instintos e seus destinos”: a partir da primeira teoria pulsional, que opõe pulsões do Eu ou de autoconservação e pulsões sexuais, o autor concebe como raiz das

afecções humanas o conflito entre as exigências da sexualidade e as do Eu (FREUD, 1915).

A sexualidade ou o sexual é, portanto, simultaneamente campo que remete à instituição do prazer, da fonte de várias satisfações, e também campo dos desencontros – da decepção, ameaça e incerteza diante de si e do outro que remetem o sujeito diretamente ao desamparo. É a partir disso que o isolamento e o resguardo pulsional também preveem saídas possíveis ao mal-estar, junto ao uso de substâncias (intoxicação) e a dominação da natureza em prol do bem-estar. Segundo Freud (1930), nessas três deliberações há uma prevenção do sujeito em relação ao sofrer das relações – como vemos no caso de Ana e poderemos ver também em Helena. Segundo o autor, “o deliberado isolamento, o afastamento dos demais é a salvaguarda mais disponível contra o sofrimento que pode resultar das relações humanas” (1930, p. 32).

Desde suas publicações pré-psicanalíticas, Freud discorre sobre a relação que estabelece entre sujeito e substância, fazendo notar que há algo de conflituoso, de inconsciente, de psicopatológico a ser investigado sobre isso. A psicopatologia, neste sentido, fala de uma contemplação aos fatores que interligam passado e presente, que são multideterminados ao longo do processo de vida do sujeito e se dão no campo intersubjetivo não de forma estática, mas dinâmica e processual. A forma como esse sujeito vai responder a esses processos diz, a partir disso, de uma forma singular de sofrimento e de uma posição subjetiva que ele ocupa na própria narrativa de seu *pathos*. Daí que, como apontado, para Freud a patologia e sua cura sempre se fazem no laço social; no caso do uso de substâncias, defende-se sua íntima relação com o sofrimento que se institui na cultura e na fragilidade das relações sociais. Cabe ao analista, pela via transferencial, ofertar uma escuta que dê vazão às formas de subjetividade e sofrimento

que lhe são consubstanciais, promovendo por essa via possibilidade de cura (CREMASCO, 2019).

A partir destas considerações, discorreremos sobre um trecho de Freud, presente no “Rascunho K: as neuroses de defesa”, de 1896, que estabelece desde os primórdios da teoria psicanalítica importantes relações entre o uso de substâncias e sua etiologia sexual; mais do que isso, nas suas relações com o trauma. Neste escrito, Freud assume que, diante de uma experiência infantil a princípio prazerosa, adviria de um segundo momento de rememoração (anos depois) o desprazer, acompanhado de autocensura e “escrupulosidade”, sequenciando um movimento de recalque a partir do qual se daria a resposta sintomática de compromisso do sujeito pela via da obsessão – na ordem de uma compulsão. O que se seguiria ao sintoma seria uma luta contra o recalque, podendo produzir uma defesa secundária cujo objetivo busca transferir o impulso obsessivo ao impulso motor. Decorre disso a compulsão para a bebida (“dipsomania”), atribuída ao mesmo rol de defesas que o “ensimesmar-se” e os rituais protetores.

Embora a teoria freudiana seja revista posteriormente em termos de elaborações conceituais, vemos neste trecho alguns pontos muito importantes que nos servirão de base para pensar diversas questões pertinentes não só ao uso em si, mas às relações que poderão se estabelecer, sob certas condições, entre sujeito usuário e a morte. Como pode ser observado, Freud articula uma terminologia antiga, a dipsomania, e estabelece um percurso psicodinâmico que associa a eclosão de um trauma sexual ao uso da substância (álcool, neste caso) a partir de um viés “protetivo” e defensivo do psiquismo. Mais precisamente, a este uso é atribuído o caráter de uma compulsão ou “mania” que, divergente do conceito de compulsão consolidado em 1920, se relaciona aqui a uma falha defensiva e à tentativa de substituição dessa defesa pela atuação (compulsiva) pela via motora. Assim, compreendemos que a via compulsiva e motora, propriamente

corpórea, é desde esse momento compreendida como via possível de descarga libidinal buscada quando há falha da simbolização, na tentativa de defesa do sujeito frente a uma irrupção traumática.

Vamos nos deter momentaneamente sobre a questão do trauma, entendendo que é a partir deste conceito que a teoria freudiana sofre uma reviravolta conceitual para pensar a sexualidade.

3.3.2. A questão traumática

Adentrando às origens da teoria psicanalítica freudiana, o trauma começa a ser estudado a partir do mecanismo histérico (FREUD, 1895), relegando a uma determinada lembrança, a princípio inconsciente, o caráter de uma experiência disruptiva no psiquismo. A natureza disruptiva dessa vivência aconteceria, primariamente, na medida em que o aparelho psíquico seria tomado por afetos atribuladores e impedido de ab-reagir no momento da ocorrência do evento.

Nesses moldes, há uma experiência primária, que é acompanhada de prazer, realizada sem dor ou nojo. Quando essa experiência é relembrada posteriormente, dá origem ao desprazer, junto à ação do mecanismo de autocensura que promove a tentativa de recalque. Diante disso, o sujeito seria convocado a responder a partir de uma forma sintomática como tentativa de reintegrar essa lembrança a uma cadeia associativa, mesmo que por um substituto deslocado. Sob emergência do retorno do recalcado, restaria apenas uma culpa sem conteúdo ou ligada a um conteúdo distorcido, um sucedâneo substitutivo da representação reprimida. O afeto da autocensura restante (como a culpa) pode ser posteriormente transformado por diferentes processos psíquicos em outros afetos, tais como a angústia, a hipocondria, a vergonha ou até mesmo delírios de perseguição (FREUD, 1896).

Assim, desde estudos pré-psicanalíticos o trauma é constituído por eventos que rompem com uma certa organização do arranjo pulsional, pela impossibilidade de inscrição em uma rede representacional, sob um arcabouço simbólico. O que se segue é uma formação sintomática que, neste sentido, seria determinada pelo evento traumático; restariam no psiquismo, desta forma, afetos deslocados, de motivo ausente ou aparentemente irrisório.

Dessa investigação, na qual Freud teve acesso a lembranças infantis, passou-se ao questionamento das possibilidades e desígnios de uma sexualidade infantil. A partir disso, Freud formula a famosa “teoria da sedução”, sustentada pelo autor entre 1893 e 1897, que consistia na consideração de uma experiência de sedução real na etiologia neurótica, performada por um adulto ou uma criança mais velha sobre uma outra criança. Esta última seria então passivamente seduzida pelo outro e, pela imaturidade sexual, incapaz de atribuir significação ao ocorrido. Seria apenas em um segundo momento, após a maturação sexual da puberdade, que ela poderia rememorar o ocorrido desde uma outra ordenação simbólica e assim consolidar o impacto traumático.

O abandono da teoria por Freud se deu com a percepção de que tais experiências de sedução não correspondiam necessariamente a uma realidade factual – sem necessariamente se tornarem uma mentira. O que se coloca em questão, a partir disso, é a determinância da noção de realidade psíquica, sobrepondo a necessidade de uma factualidade daquilo que é relatado. Em última instância, a realidade psíquica serve então à ideia e ao papel da fantasia sexual na etiologia traumática, fantasia esta que remete diretamente a uma sexualidade infantil e ao estabelecimento da teoria do recalque. Assim, a experiência traumática passa a ser entendida pela formação associativa entre cenas e lembranças infantis que se defrontariam diretamente com a

expressão de um desejo reprimido e/ou conflitos de ordem sexual. Trata-se, portanto, de um conflito entre pulsões e resistências à sexualidade.

É preciso ressaltar que, a despeito do abandono da teoria da sedução por Freud, mantiveram-se as hipóteses sobre a situação traumática desde as considerações acima, pela convocação de uma ordem de desejo que culminaria no conflito sexual, e assim rompe com as barreiras de proteção psíquica com a invasão de um conteúdo irrepresentável. No decorrer da obra freudiana, vemos que a teoria do trauma obtém novos desenlaces a partir do desenvolvimento da teoria pulsional, com a acepção das pulsões de morte em 1920 e da associação ao conceito de angústia alguns anos mais tarde; associação na qual a experiência traumática passa a fazer referência direta à situação do desamparo primordial. É diante dela que o sujeito então se vê ameaçado e indefeso (FREUD, 1926). Nestes termos, o trauma mantém suas especificidades enquanto um evento profundamente perturbador para o psiquismo – como uma perda, por exemplo (ou várias delas, quando tomamos o recorte de Ana) – diante do qual o sujeito busca se proteger de uma desintegração pela via da angústia e pelas tentativas de inscrição desse evento na rede representacional do sujeito (FREUD, 1926). Daí que, na impossibilidade dessa inscrição pela rememoração e elaboração, teremos modos de irrupções subjetivas que podem fazer referência ao campo do ato (FREUD, 1914), a partir do qual podemos pensar tanto o suicídio quanto o uso de substâncias. Adentraremos aos pormenores dessa constatação à frente. Por ora, resta ainda colocar que a sexualidade, desde sua constituição, implementa a problemática do trauma ao questionar diretamente o objeto da angústia que se coloca em questão no desamparo.

Desde esse momento de abandono da teoria da sedução, a sexualidade passa então a ser concebida como constituinte subjetiva, desde a infância. Disso há uma grande declinação de seu sentido restrito ao ato sexual ou à genitalização para que esse

campo possa ser pensado de forma ampla na constituição do sujeito, desde um espectro que perpassa toda a sua lógica pulsional e desejanse no que tange à sua formação inconsciente. A sexualidade, neste ponto, não se restringe a uma função procriadora, mas também não a exclui, entendendo-a como uma parcela do desenvolvimento do sujeito. Assim, ela pode ser entendida desde uma função do inconsciente, que busca satisfação pulsional na esfera da relação do sujeito consigo e com o outro, e que dispõe de uma determinada forma de desenvolvimento da qual falaremos a seguir.

3.3.3. O desenvolvimento psicosexual

Situando-se a partir de uma sexualidade formada logo no início da vida, no texto “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905), Freud se debruça ao estudo do desenvolvimento psicosexual do sujeito. Mais do que um desenvolvimento organizado em torno de zonas erógenas, a teoria do desenvolvimento psicosexual traz à tona a inauguração pulsional que instaura no sujeito uma ordem de desejo. Dado que o indivíduo nasce na imaturidade e no desamparo, o lugar do primeiro cuidador – a ser ocupado por alguém que detenha a função materna – será determinante para promover o desenvolvimento e a unificação desse sujeito pelo cuidado e o investimento libidinal. É no espelho materno, pela identificação de um outro, que o sujeito pode se constituir.

Conjuntamente a isso, inauguram-se processos de ambivalência e agressividade, que podem eclodir de forma patológica mediante falha dessa função materna. Assim, o desenvolvimento psicosexual é também uma inserção de linguagem para o sujeito, a partir da qual se darão processos de separação, subjetivação, organização pulsional e afetiva e unificação corporal, por meio de uma articulação simbólica do próprio corpo.

Assim, dizemos que as pulsões sexuais se apoiam sobre a pulsões de autoconservação na medida em que excedem o campo da preservação da vida para

estabelecer prazeres narcísicos que dependam do objeto materno, isto é, que remetem a um campo da sexualidade no qual as zonas erógenas corresponderão topologicamente às zonas de autoconservação. Esse assentamento das pulsões direcionará a estágios libidinais mais ou menos organizados pela erogenização de zonas específicas, que por sua vez associam-se a formas de angústia. Essas diversas formas de angústia, por sua vez, que configuram posteriormente diferentes posicionamentos psicopatológicos, associam-se à busca do sujeito por meios de remediar o seu sofrer, dentre as quais podemos pensar o próprio uso de substâncias (CREMASCO, 2019).

Dizemos que, inicialmente, o sujeito aparece no desordenamento pulsional, multifacetado e cindido em diversas partes que buscam a satisfação pelo próprio corpo, sob os moldes de uma sexualidade autoerótica. É pela manipulação dos órgãos que se obtém o prazer centrado no próprio corpo – ainda difuso. Essa sexualidade é, portanto, perversa e polimorfa, isto é, variável e desorganizada em várias zonas. A ligação entre as partes do corpo ocorre sumariamente pelas funções vitais do sujeito, que dependem do cuidador não só para a satisfação, mas para a promoção de uma primeira ligação corporal (FREUD, 1905). A partir desse primeiro fusionamento pulsional, teremos o indício de um Eu desligado do mundo externo que abarca inicialmente.

No estágio de organização pré-genital oral, que sequencia o autoerotismo difuso, a fonte de excitação é a oralidade, centrado na cavidade da boca, organizando os primórdios de vida do infante em torno do seu objeto – o seio e tudo que o substitui pela representação do cuidador, como a alimentação e o chuchar. Aqui vemos que o prazer de se alimentar ocorre à revelia da autoconservação. Ou seja, é deslocado de seu fim estritamente nutritivo, da função vital em si, para obtenção de satisfação autoerótica por meio do próprio corpo (FREUD, 1905).

Assim, temos no modelo de organização oral uma primeira triangulação na qual a criança começa a se ver separada da mãe, inaugurando um corpo próprio e os indícios de uma primeira imagem corporal. A formação egoica, ainda frágil, começa a conceber o desprazer em si mesma e o prazer externo, constituindo um Eu-de-prazer em contraposição ao desconhecido externo, de onde começará a se instaurar um princípio de realidade. Segundo Cremasco (2019, pp. 28-29), o conflito de ambivalência que se instala nesse período é o mais fundamental e central para organização psíquica, a partir do qual a criança estabelece, em termos de simbolização, bases que sustentem uma ordem de separação sem que haja a sensação de perda do objeto totalitário.

Mediante falhas nessa triangulação, haverá dificuldade do sujeito na sua diferenciação do objeto primário, do qual continuará sendo parte em uma relação de profunda dependência. Neste sentido, a ameaça de separação do objeto mobilizará defesas radicais e primitivas ao desenvolvimento psicosexual, tais como a cisão, a negação, a idealização e a identificação projetiva, e angústias de ordem mortificante para o sujeito. Podemos ver, nestes casos, uma tendência à descarga pulsional violenta com atuações, regressão e fusão ao objeto primário, ruptura com a realidade e criação delirante.

Posteriormente, temos a posição correspondente ao estágio sádico-anal, vinculado ao controle esfinteriano como modelo para o controle motor em geral, com o prazer centrado na sensação do domínio da expulsão e retenção, por meio do qual pode estabelecer uma unidade de troca com o mundo externo. A criança agora já esboça lugares simbólicos para o lugar da mãe e do pai e apresenta a consolidação de motes eróticos e agressivos; predomina a relação de caráter ambivalente, sádico e masoquista, onde o amor arcaico se confunde com ódio (FREUD, 1915), com tendência sádica a destruir o objeto exterior (expulsão) e conservá-lo com a finalidade de controlá-lo

(retenção). Ainda há busca do amparo no objeto, que não foi totalmente internalizado. Pela simbolização ainda escassa, há dificuldade em suportar a ausência desse objeto, o que provoca uma angústia intensa no infante. Mediante inscrição dessa presença-ausência, inscreve-se também o sentimento de existência do sujeito e a sua noção de valor. Neste trajeto, uma falha na segunda triangulação se articula ao que podemos situar como subjetividades não-neuróticas, que se estruturam em torno de falhas na constituição narcísica e de defesas contra o excesso de agressividade. Tais modalidades de subjetivação são comumente associadas ao tédio, a adicções, distúrbios alimentares, patologias do vazio, compulsões e atuações violentas. Nesses casos-limite, é comum que a dinâmica pulsional busque constantemente a descarga, seja pela somatização ou pela atuação, comprometendo a já irrisória função de elaboração psíquica (CREMASCO, 2019).

O que se segue à fase sádico-anal é uma terceira triangulação, situada pela genitalização fálica e marcada pela angústia de castração, até chegar à fase genital, característica da maturação sexual. Apesar disso, importa saber que, a partir da fase fálica, teremos estruturações situadas em torno da travessia do Complexo de Édipo, constituídas em torno de uma terceira triangulação dada no complexo de castração. A estruturação edipiana se situará em torno da falta, da castração, da consolidação da lei simbólica e da submissão às proibições fundamentais – do parricídio e incesto. Em termos ideais, se a travessia for bem sucedida, autoriza-se a satisfação sexual, valorizada e sem conflito, organizada em torno da fantasia genital e do corpo sexuado próprio e do outro (CREMASCO, 2019).

Decorre destas asserções que a sexualidade, para além da sua constituição na infância, é o campo que estabelece continuidade entre o momento infantil e o adulto. Isso porque seu desenvolvimento não acontece de forma linear ou contínua, mas sim às

expensas do represamento libidinal que se expressa no conflito psíquico culminando em uma determinada forma de organização. O sintoma sexual aparecerá então mediante falha defensiva e movimento retroativo da pulsão, culminando em um ponto de fixação libidinal específico. Neste sentido, há uma conservação do primitivo junto ao Eu, decorrente de uma cisão no desenvolvimento. Ou seja, uma parcela pulsional permanece conservada, inalterada no psiquismo, enquanto outra continua em desenvolvimento (FREUD, 1930). O sintoma pode ser então compreendido enquanto substituto da pulsão reprimida, expressando a fixação em um determinado ponto da organização pela via de uma satisfação sexual substitutiva encoberta.

Dadas as considerações, temos que o desenvolvimento libidinal, longe de ser um desenvolvimento orgânico ou aproximado à maturação dos órgãos, fala das possibilidades e recursos de subjetivação dos quais o sujeito pode dispor a seu serviço. Essa ideia é de suma importância para a compreensão do fenômeno do uso de substâncias e sua patologia toxicômana, bem como do ato suicida. O uso de substâncias pode ainda se articular a uma proposta de satisfação substitutiva para o sujeito, pela via sintomática, a ser utilizada com maior ou menor frequência a depender dos recursos subjetivos de que ele dispõe para lidar a libido frustrada no campo da alteridade. Estes recursos, por sua vez, são construídos ao longo da vida do sujeito em consonância com os destinos pulsionais tomados e sua constituição narcísica. A fim de compreendermos estes processos e sua relação com a saída ao suicídio e/ou ao uso de substâncias, discorreremos sobre o narcisismo e a ascensão das pulsões de vida e morte.

3.4. SOBRE O NARCISISMO E A TEORIA PULSIONAL

Na obra de Freud, o termo “narcisismo” aparece pela primeira vez em 1910, no texto “Leonardo da Vinci e uma lembrança da sua infância”, com referência direta ao

mito de Narciso – aquele que, segundo a mitologia, era um jovem que preferia sua própria imagem a qualquer outra coisa. Assim, também a ideia de narcisismo é introduzida por Freud para referir-se à homossexualidade, enquanto fase intermediária do desenvolvimento psicosexual, na qual a criança, identificada à mãe, faria um retorno ao autoerotismo pela escolha de objetos substitutivos de amor que relembrem a si mesmo na infância – ideia que subsidia, um ano depois, suas observações sobre o caso Schreber e a base para a compreensão da paranoia. Tais objetos de amor seriam escolhidos segundo o modelo do narcisismo.

Ao referir-se ao mito de Narciso, Freud nos introduz à ideia comum amplamente propagada acerca do narcisismo: um intenso amor pela imagem de si mesmo; no vulgo, encontra-se ligado à ideia da vaidade e de uma exacerbação de si mesmo, como quase uma megalomania; antes disso, acentua-se, à ideia de **mania**: “nar.ci.sis.mo (*Narciso*, np + ismo) *sm* **1** Mania dos que se olham no espelho como Narciso ou se envaidecem demais. **2** Qualidade daqueles que se acham os melhores em tudo (mais lindos, mais inteligentes)” (MICHAELIS, 2007).

Quatro anos mais tarde a essa primeira referência, após uma viagem de férias para Roma, Freud termina de escrever “Introdução ao narcisismo” (1914), no mesmo momento em que começava a conceber “Luto e melancolia” (1917), finalizado no ano seguinte (porém lançado em 1917), juntamente ao lançamento de “Os instintos e seus destinos” (1915). Todos esses escritos constituem parte do momento da obra freudiana designado como metapsicológico, que buscou investigar os processos psíquicos a partir dos fatores topológico, econômico e dinâmico. Assim, é nesse momento que Freud (re)formula diversos conceitos básicos da psicanálise, tais como a teoria das pulsões e o inconsciente, e gradativamente introduz outros, como é o caso do narcisismo.

Tão logo se vê que, como um conceito ímpar, o narcisismo dirige a obra freudiana a uma reviravolta metapsicológica que subsidia um importante desdobramento para a teoria do desenvolvimento psicosssexual e das pulsões – levando ao posterior desenlace das pulsões de vida e pulsões de morte. Ao mesmo tempo, fornece recursos para a compreensão de dois conceitos-chave para este trabalho, a serem elucidados posteriormente: o luto e a melancolia. De fato, como apresentaremos neste subcapítulo, é somente a partir da introdução ao narcisismo e de seus referentes (Eu ideal, ideal do Eu e identificação primária) que Freud poderá retomar a discussão sobre o luto e a melancolia, aproximando ainda mais a segunda à autodestruição do sujeito.

A partir da ideia que nos traz em 1910, de uma forte preferência pela própria imagem, Freud (1914) elabora o que se concebe enquanto conceito do narcisismo, usado agora para designar a conduta em que o sujeito toma a si mesmo enquanto objeto de sua sexualidade – uma compreensão emprestada de Paul Näcke (1851-1913), psiquiatra e criminologista alemão.

Assim, o narcisismo é um modo singular de relação com a sexualidade, concebido para proteção do psiquismo e unificação da imagem corporal, dando ao sujeito dimensões e a possibilidade de diferenciação do outro. Situa-se, enquanto narcisismo primário, a partir da ideia de um amor a si mesmo e do correspondente da função materna, inicialmente fusionados, que correspondem aos dois primeiros objetos sexuais de todo ser humano (FREUD, 1914). Dessa forma, o narcisismo organiza as pulsões parciais do Eu em um investimento unitário do Eu a partir do investimento materno. É esse amor objetual primário que marca a existência do bebê e que, do ponto de vista do *infans* – ainda dependente da mãe –, o objeto está igualmente incluído em sua organização narcisista. Sob a mesma ideia, dizemos que a falha da triangulação materna

incorrerá em uma falha na constituição narcísica da criança, marcando uma posição correlata à articulação melancólica (GREEN, 1988).

Nesse primeiro momento, o narcisismo primário fomenta a formação de um Eu ideal, situação psíquica na qual o sujeito é seu próprio ideal, ilustrado por Freud (1914) na figura de “Sua Majestade, o Bebê”. Segundo o autor, isso é possível a partir de um narcisismo parental, anteriormente abandonado, que é revivido e reproduzido pelos pais por meio da criança (objeto substituto), direcionando a ela o pleno amor objetal, marcado pela superestimação sexual.

Ao longo do desenvolvimento do Eu, tal perfeição narcísica sofre todo tipo de advertência e reprimenda; com a castração sofrida pelo sujeito, advém a ferida narcísica de um indivíduo que não pode mais ocupar o lugar de ideal do si mesmo. No entanto, pela dificuldade em renunciar à satisfação infantil anterior, há um intenso esforço do Eu em reconquistar o narcisismo primário distanciado. Disso decorre o deslocamento da libido para um ideal do Eu imposto de fora, a partir do qual, sob a tutela de uma espécie de “consciência moral”, o sujeito passará a medir o seu próprio Eu. A satisfação acontecerá agora pelo cumprimento desse ideal, ao qual o sujeito direcionará o amor desfrutado na infância a que foi incapaz de renunciar. A partir dessa recondução da libido ao Eu acontece o narcisismo secundário, que se dá sob as expensas de uma retirada de investimento do mundo externo e o consequente explicitamento de um estado autoerótico anteriormente desfrutado (FREUD, 1914). O que se segue é o nascimento da libido objetal a partir da libido narcisista e, secundariamente, a libido narcisista será retirada dos objetos (GREEN, 1988).

Segundo Freud (1926), a introdução do conceito de narcisismo remonta a importância etiológica da sexualidade, uma vez que põe o investimento libidinal do Eu na mesma categoria dos investimentos objetais e ressalta o caráter libidinal da pulsão

de autopreservação. Mas antes, para melhor compreendermos esse salto qualitativo na teoria pulsional, é preciso elucidarmos algumas questões pertinentes à sua sistematização, a começar pelo conceito de pulsão (*trieb*): em 1915, ao escrever “Os instintos e seus destinos”, Freud concebe a pulsão enquanto conceito-limite entre o somático e o psíquico, como o representante psíquico dos estímulos internos que se impõem à psique por sua ligação com o corpo (p. 57). Como abordamos anteriormente, pulsão dispõe de alguns elementos que a compõem e pode remeter o sujeito a um imperativo categórico, ameaçador, que subsiste à fundamentação das toxicomanias.

No que podemos chamar de sua primeira teoria pulsional, Freud distingue, já de forma dualista, as pulsões do Eu ou de autoconservação das pulsões sexuais: as primeiras corresponderiam aos agentes responsáveis pela manutenção das funções corporais essenciais à conservação da vida do indivíduo, enquanto as últimas, por sua vez, seriam dotadas de componentes libidinais, sendo voltadas para o objeto e tendo como meta o prazer do órgão, isto é, servindo ao princípio do prazer (FREUD, 1915). Retomando a problemática da sexualidade, para Freud (1915) a raiz das afecções humanas encontra-se no conflito entre as exigências da sexualidade e as do Eu. Afinal, ao mesmo tempo em que o campo da sexualidade é o campo do prazer, fonte de várias satisfações, ele é, sobretudo, o campo dos desencontros – da decepção, ameaça e incerteza diante de si e do outro. Neste campo teremos a sustentação da dinâmica narcísica como, mediante articulação com o recurso tóxico, um modo de defesa frente a essa sexualidade. O Eu, sendo tomado como objeto de investimento, realiza então uma duplicação de si que, em operação com a substância (ou o *phármakon*, como apresentaremos em breve), vai se eximir da falta propriamente relativa ao campo sexual.

Ainda neste momento, Freud (1915) concebe as relações entre o Eu e a sexualidade a partir duas vias: na primeira, pela noção de que a sexualidade é ocupação

do sujeito e satisfação sexual uma de suas necessidades; na segunda, pela concepção do sujeito enquanto “apêndice provisório e passageiro do plasma germinativo quase imortal que lhe foi confiado pela geração” (FREUD, 1915, p. 62). É a partir dessa última via que apontamos uma importante ideia para este trabalho: a dupla e paradoxal existência do sujeito, apêndice passageiro de um plasma imortal, – mortal e imortal – concepção que será acentuada pela introdução do narcisismo.

Nesse mesmo texto, Freud (1915) apresenta como destinos possíveis à pulsão, para além da repressão, a sublimação, a reversão no contrário e o voltar-se contra a própria pessoa. Dentre estas possibilidades, destacam-se aqui as duas últimas que subsidiam, respectivamente, a concepção da ambivalência enquanto movimento pulsional ativo-passivo, e a compreensão do circuito sadomasoquista – questões que serão retomadas posteriormente. Ressaltamos apenas que, neste momento, Freud descredita a possibilidade de um masoquismo original, isto é, que não surja a partir de uma regressão sádica voltada ao próprio Eu. Ele acentua que ambos os destinos – a reversão no contrário e o voltar-se contra a própria pessoa – dependem da organização narcísica do Eu e carregam a marca desta fase.

Dessa forma, retornando às considerações sobre o narcisismo, se em um primeiro momento as pulsões do Eu ou de autoconservação distinguiam-se das pulsões sexuais por serem tendências sem expressão libidinal, o que a introdução ao conceito de narcisismo vem nos dizer é justamente o contrário. Apreende-se, dessa forma, que o grande salto dado com a introdução ao conceito do narcisismo é o da libidinização das pulsões do Eu destinadas à autoconservação, que distingue um segundo momento na teoria pulsional, e que posteriormente levaria à sua reelaboração em 1920, com uma nova dualidade: pulsões de vida e pulsões de morte (GREEN, 1988).

André Green (1988), ao dedicar-se a elaborar as relações entre o narcisismo e a pulsão de morte, estabelece as noções de narcisismo de vida (positivo) e narcisismo de morte (negativo), que apontam sobretudo para justaposição entre amor e ódio direcionados a si mesmo. Temos nisso, que, em oposição a esse narcisismo constitutivo, que promove uma unificação corporal, protegendo o sujeito do desamparo e permitindo os investimentos narcísicos que promovem a vida, existiria a face do narcisismo de morte, cuja trabalho operaria na busca pelo retorno do sujeito ao seu estado inanimado, pela descarga pulsional e pelo desinvestimento radical (do mundo externo e de si mesmo). O narcisismo de morte, aqui, opera como força silenciosa e ameaçadora às funções psíquicas. Promove o apagamento do Eu e o seu esfacelamento, levando o sujeito ao vazio e à experiência de morte subjetiva.

A essa questão podemos também articular a duplicidade que sustenta o Eu, na contradição entre se saber mortal e se crer imortal, apontada por Freud também em “Considerações atuais sobre a guerra e a morte”, de 1915. Neste texto, sob as influências do pós-guerra, Freud elabora considerações sobre nossa atitude perante a morte. Segundo o autor, em nosso inconsciente há duas atitudes opostas em relação à morte, sendo uma que a admite enquanto aniquilação da vida (a morte do outro) e outra que a nega como sendo irreal e impossível de ser imaginada (morte de si). Assim afirma que “no inconsciente cada um de nós está convencido de sua imortalidade” (FREUD, 1915, p. 230).

Decorre disso que, como abordado, a morte do sujeito é somente compreendida como morte do outro. Nesses termos, como é possível compreender o suicídio como morte de si? Pensamos aqui que a constituição do narcisismo, ao apresentar sua outra face de morte, nos traz uma possível resposta. Sob a mesma ideia da toxicomania, podemos conjecturar, nesses termos, que o ato suicida ocorra, sob certas condições,

não como busca de morte do sujeito, mas como tentativa de cura subjetiva, de resgate da posição de sujeito que é perdida na relação mortífera e aniquilante com o Outro.

A fim de melhor compreender essa duplicidade e os moldes paradoxais da tentativa de suicídio, recorre-se aqui à apresentação do mito de Narciso, que, como veremos, nos levará a indagar as relações entre o narcisismo e a morte de si mesmo.

Narciso era um jovem caçador, filho de Líriope (ninfa) e Céfiso (deus dos lagos), nascido na Beócia, - região da Grécia Antiga. Desde cedo era conhecido por sua beleza e, ainda na infância, foi levado a um sábio que profetizou que Narciso viveria muito, desde que nunca visse a própria imagem, desde que nunca conhecesse a si próprio. Assim, Narciso seguiu atraindo todos os olhares à sua volta e, apesar disso, preferia viver só em detrimento de uma imagem que nunca pudera ver. Até que uma ninfa, chamada Eco, se apaixonou perdidamente por Narciso e passa a segui-lo. Eco era uma ninfa que amava os bosques e os montes, onde vivia a se distrair, mas tinha um grave defeito: falava demais e, em qualquer conversa ou discussão, queria sempre dizer a última palavra. Assim, um dia ela irrita Hera, uma das rainhas dos Olimpo, e recebe dela a condenação de eternamente repetir as últimas palavras dos outros. Então, ao passar a seguir Narciso, Eco se defronta com a impossibilidade de lhe dirigir a palavra livremente.

A dado momento, Narciso a escuta entre os bosques, iniciando uma tentativa de diálogo. No entanto, ao receber do outro (Eco) o seu próprio eco, como repetição, Narciso nos demonstra que lida com os outros como espelhos de si mesmo e que o que recebe do outro é a si próprio. Pois relaciona-se com os outros na medida em que busca neles sua própria figura. Eco, por fim, tenta abraçá-lo, e é veementemente rejeitada: “Afasta-te! Prefiro morrer do que te deixar me possuir!”. E assim, por negar a imagem que Eco lhe oferece, Narciso é amaldiçoado a amar com essa mesma intensidade

alguém a quem nunca pudesse “possuir” – ou identificar-se. Após a maldição, Narciso olha para si próprio na superfície de um lago cristalino e vê sua imagem refletida, ao que ele fica paralisado, entorpecido pela própria imagem. No passar dos dias, diante da tentativa frustrada de tocar, capturar a própria imagem que se desfazia sempre que tocada, Narciso se vê desesperado. Como último recurso, se atira à imagem, morrendo afogado.

Nas palavras de Carneiro (2007), “aquele que nasceu para seduzir e fascinar, cai fascinado pela imagem” – uma imagem que, ao contrário da que lhe apresentara Eco, era ausente de palavras. Uma imagem muda, na qual ele se reconhece perfeito, inteiro, e reconhece a verdade sobre si mesmo, e pela qual derradeiramente se permite desvanecer. Essa imagem nos questiona: Narciso se lança à morte desesperado por encontrar-se perfeito ou, desesperado no encontro perfeito e nirvânico consigo mesmo, acaba por se deparar com a própria morte? (CREMASCO, 2012).

Em ainda outra versão do mito, diz-se que Narciso, ao se deparar com sua reflexão fria no espelho do lago, cai fascinado pela própria imagem, onde se deixa morrer lentamente, transformando-se em uma flor. Aqui também é possível conjecturar: Narciso se suicida?

À semelhança do mito, afirmamos que o duplo narcísico expresso por Freud e reiterado por autores pós-freudianos nos leva a questionar um paradoxo mortífero, na medida em que – hipotetiza-se – buscando viver (ou não morrer), o sujeito se depara com a morte de si. Esse paradoxo, ilustrado por Narciso como um “suicídio acidental” ou como uma renúncia à vida, se reapresentará a partir do caso clínico Helena, a ser apresentado no próximo capítulo deste trabalho. Antes disso, retomemos outras considerações teóricas.

Assim, ao levar a sexualidade ao âmago do Eu pela introdução do narcisismo, Freud defronta-se, então, com um impasse no qual não é mais possível fugir das influências do sexual (e da psicanálise!) refugiando-se em si mesmo, pelo retraimento da libido, como até então sustentava. Há, sim, divergências econômicas no emprego da libido, podendo ser dirigida a si mesmo (libido do Eu) ou ao outro (libido de objeto), sendo que, quanto mais se emprega uma, mais se empobrece a outra (FREUD, 1914). O Eu toma lugar importante entre os objetos sexuais e a libido que permanecia investida nele foi chamada de “narcísica”. A concepção de uma libido narcísica e a extensão do conceito de libido às “células individuais” convergem, por fim, na escrita de “Além do princípio do prazer” (FREUD, 1920), texto em que se passou a um terceiro momento metapsicológico da teoria pulsional, no qual a pulsão sexual passa a compor Eros – as pulsões de vida – juntamente a uma parcela das pulsões de autoconservação, à libido objetual e ao narcisismo. Juntos, buscam impelir o sujeito à defesa e à realização da vida. Opõem-se às pulsões de morte, que constituem as também chamadas “pulsões de destruição”, em contradição às pulsões de natureza libidinal (do Eu e do objeto) (FREUD, 1920).

Fala-se da libido ligada às células individuais uma vez que Freud, a partir do estudo de protozoários e de seres vivos multicelulares complexos, delineia a morte como um “arranjo de conveniência” entre as duas partes do indivíduo: uma metade mortal (o soma, sujeito à morte natural) e o outra imortal (células germinativas, capazes de gerar um novo organismo ou rodear-se de um novo soma). Neste sentido, as células germinativas, ou *sexuais*, é que são capazes de conservar e promover a continuidade da vida das células individuais, mesmo quando estas últimas têm de morrer (FREUD, 1920). Em outras palavras, aqui Freud categoricamente nos fala que apenas a partir da sexualidade, que engloba as mais diversas esferas da vida do sujeito para além da

reprodução – há possibilidade de extensão da vida, como Eros – aquele que, fusionado às pulsões de morte, “tudo preserva”.

Tais considerações corroboram com uma importante asserção à qual Freud chega nesse mesmo texto: a pulsão tem caráter de conservação e ocorre pela necessidade de restauração de um estado anterior, buscando suprir uma falta produzida por alguma perturbação externa (FREUD, 1920), falta esta que remete ao campo sexual. Aqui fazemos lembrar o discurso de Aristófanes, sobre a origem do amor, do qual Freud se utilizará para expressar esta última ideia: a divisão do ser humano em um duplo, idêntico a si mesmo, é que o leva a sempre buscar a parte faltante – um duplo que não é complemento, mas duplicata, como uma imagem especular, como Narciso refletido em seu espelho. Poderíamos aqui dizer que, a exemplo de Narciso, no encontro com seu duplo, ou diante da inexistência dessa falta, o sujeito se depara com a morte? Pensamos que esta mesma ideia pode ser repensada no campo da toxicomania, e no casamento do sujeito com o seu tóxico.

Adiante, decorre da busca por um estado anterior o caráter regressivo das pulsões, as fixações libidinais e sua conseqüente compulsão à repetição. Neste sentido, também o masoquismo, que até então poderia ser compreendido apenas enquanto reversão do sadismo, buscaria o retorno a uma fase anterior de si mesmo, podendo então existir enquanto masoquismo originário. Permanecendo sob iguais condições, o ser vivo elementar sempre repetiria o mesmo curso de vida, chegando à morte natural (FREUD, 1920).

Se é lícito aceitarmos, como experiência que não tem exceção, que todo ser vivo morre por razões internas, retorna ao estado inorgânico, então só podemos dizer que o objetivo de toda vida é a morte, e, retrospectivamente, que o inanimado existia antes que o vivente (FREUD, 1920, p. 204).

Conforme Freud, a pulsão primeira do sujeito é a de retornar ao inanimado. Desse modo, a tensão que sobreveio nessa substância anteriormente inanimada procurou

anular a si mesma, romper com um curso de vida que seria breve e repetitivamente encerrado. Por influências externas, a substância sobrevivente foi obrigada a desviar-se do curso original e “fazer rodeios cada vez mais complicados até alcançar a meta da morte” (FREUD, 1920, p. 205), rodeios estes que, por asserção das pulsões conservadoras, constituem o quadro dos fenômenos da vida. Dentre estas, as pulsões destinadas à autoconservação destacam-se por assegurar ao organismo condições imanentes de retorno ao inorgânico, como uma “morte natural”. Ou seja, são pulsões que, resguardando a vida, servem à morte; o que é permitido unicamente, como mencionado acima, pela fusão entre ambas as partes. Articulamos também a esta questão o paradoxo da vida e da morte. Do mesmo modo, por contradição, o organismo vivo se opõe às influências que podem ajudá-lo a alcançar sua meta de vida por um caminho curto, pela via de um suposto “curto-circuito”, conforme Freud (1920, p. 206). Questionamos aqui se seria possível e, caso sim, em que medida esse “curto-circuito” poderia corresponder a uma toxicomania ou, mais precisamente, a um quadro de overdose.

Acrescenta-se ainda que se observou no psiquismo uma tendência dominante de diminuir, manter constante ou abolir a tensão interna dos estímulos: o princípio do Nirvana. Essa asserção corresponde à tendência do organismo de retornar ao inorgânico, de buscar a morte através da vida, ou de buscar a eliminação das tensões internas pela via da descarga pulsional, sentindo-a como prazer, tal como o faz o princípio do prazer. Entendemos, assim, que o princípio do prazer está a serviço das pulsões de morte (FREUD, 1920).

Conforme Green (1988), diferentemente do masoquismo, que visa a dor e sua manutenção como única forma de existência, de vida, de sensibilidade possíveis, esse narcisismo negativo – que olha a si mesmo no espelho das pulsões de morte – dirige-se

à inexistência, à anestesia, ao vazio, ao branco. Da duplicidade pulsional há, portanto, duplicidade do narcisismo, que serve à vida e à morte, a uma dupla existência do indivíduo, como apresentado por Freud: como um fim em si mesmo, tendo a sexualidade mesma como um de seus propósitos (mortal) e como elo de uma corrente à qual serve contra a sua vontade, apêndice de seu plasma germinal (imortal). Um sujeito “depositário mortal de uma (talvez) imortal substância” (FREUD, 1914, p. 21); um sujeito que, inconscientemente convencido de sua própria imortalidade, é ainda assim capaz de se matar.

Pensamos que, diante das considerações teóricas apresentadas e dos questionamentos levantados, seja possível pensar que o narcisismo, que se estrutura a princípio para fins de unicidade e proteção do sujeito, pode também se ligar a um fim tanático pela via do tóxico mediante falha na sua constituição. Falha esta que, como abordado, diz respeito ao desenvolvimento psicosexual, à triangulação materna e à constituição subjetiva que se dará a partir disto, articulando-se no sujeito a uma posição melancólica e a modos defensivos bastante primitivos. Entendemos que esta ideia tem importância fundamental para a compreensão da articulação entre a toxicomania e o suicídio, uma vez que, tal qual o narcisismo de morte, a construção do tóxico se dá no campo das pulsões de morte e do desfusãoamento pulsional. A seguir, discorreremos sobre estes processos, enfatizando a constituição de uma toxicomania.

3.5. DAS RELAÇÕES ENTRE O USO DE SUBSTÂNCIAS E O CAMPO DA SEXUALIDADE: O CASAMENTO COM A DROGA

Neste momento, retomaremos o trecho abordado no “Rascunho K”, acerca da associação entre o uso de substâncias e a etiologia sexual. Como vimos a partir deste

escrito, desde este momento de sua obra Freud associa o campo do uso de substâncias com certos modos de dispêndio da libido que têm como destino o próprio Eu (“ensimesmamento”), tomando o corpo como via de satisfação autoerótica. Isso acontece na medida em que o sujeito se depara com certa insatisfação no campo sexual, que o leva a deslocar a meta a outro objeto pela via regressiva da pulsão.

Essa insatisfação pode estar ligada à ideia de um trauma, como Freud refere no trecho referido no subcapítulo 3.3.1, sobre a dipsomania. Nesta composição, o trauma tem grande importância para a aceitação de que, frente a uma experiência disruptiva, há mobilização do sujeito à tentativa de inscrição simbólica do vivido. Na impossibilidade de que essa inscrição seja feita, o sujeito vai dispendir outros recursos que busquem articular a experiência e/ou o objeto dentro de si, onde temos a passagem de um sintoma precário ao impulso motor, que aqui vai tomar o caráter de uma compulsão. Como abordado, não se trata de uma compulsão aos moldes da pulsão de morte, mas, ainda assim, de uma ideia traz referência ao campo inconsciente – nesta época ainda sob construção metapsicológica – na medida em que propõe repetição e uma determinação que diz respeito ao campo da sexualidade. Poderemos então considerar que, frente ao traumático, há uma ordenação inconsciente para além da pura descarga que busca compulsivamente manejar a desorganização provocada por determinada experiência.

Assim, vemos no “Rascunho K” um movimento bastante interessante no qual o sujeito lançaria mão de recursos tóxicos por meio do impulso motor. Temos então duas espécies diferentes de impulso motor: uma que busca evitar a insatisfação sexual pelo deslocamento a um objeto garantido (autoerótico) e uma que busca articular dentro de si uma desordem pulsional provocada pela insatisfação. Podemos perceber que, embora tais ideias edifiquem um momento inicial da obra de Freud, elas apontam para um desenlace teórico posterior bastante importante para a compreensão do campo das

toxicomanias, que diz respeito à formulação do conceito de angústia (que só ocorre em 1926) e seus desdobramentos. Neste sentido, o mecanismo de evitação da insatisfação sexual também fala evitação da angústia, a partir da qual o sujeito busca, então, modos de se esquivar da frustração e da decepção proporcionada pelo campo sexual. Como já mencionado no subcapítulo 3.3.1, esse impulso motor pode se articular ao uso de substâncias como tentativa de barrar a miséria civilizatória (FREUD, 1930). Já o impulso motor que busca articular a desordem, podemos pensar, pode se utilizar também dos mesmos meios – o uso de substâncias – como modo responsivo frente à frustração sexual, mas como tentativa de produzir uma certa ordem de significação, uma inscrição simbólica ou rede representacional.

Como é possível observar, tais ideias apresentam suas raízes nas acepções pré-psicanalíticas, porém podem ser repensadas e reformuladas desde as atualizações metapsicológicas que trazem o narcisismo, a pulsão de morte e a experiência do mal-estar na cultura. Vemos que os destinos pulsionais dos “impulsos motores” propostos são os mesmos: um movimento retroativo da pulsão como forma de destinação energética, de modo que a libido frustrada seria desligada do mundo externo para tomar o próprio Eu como objeto, aos moldes narcísicos. Essa articulação pulsional, cujo destino se associa ao que Freud (1915) nomeia como o “voltar-se contra a própria pessoa”, consiste em um movimento no qual há mudança de objeto, permanecendo a meta de satisfação.

A despeito da tentativa de articulação ou evitação do traumático angustiante, podemos considerar, a partir disso, que o uso de substâncias se faz em maior ou menor grau como forma defensiva frente à sexualidade, a partir da operação dos processos narcísicos. Notamos, no entanto, que essa defesa não se dá sem motivo: a centralidade no erotismo envolve um grau de dependência do mundo exterior, diante da qual o sujeito

fica exposto ao sofrimento máximo quando é desprezado pelo objeto de amor ou o perde (FREUD, 1930). Na mesma linha de raciocínio, o autor complementa que “nunca estamos mais desprotegidos ante o sofrimento do que quando amamos, nunca mais desamparadamente infelizes do que quando perdemos o objeto amado ou seu amor” (FREUD, 1930, p. 39).

Podemos retomar aqui exemplo de Ana, cuja forma de satisfação se dá em ser objeto de satisfação para o outro, e que busca o recurso à droga sempre diante de uma perda e da ameaça de sua reatualização, pela ideia do abandono ou do desamor do outro. Ressaltamos que estas mesmas dinâmicas narcísicas nos servirão de base para compreender uma das facetas do suicídio desde a teoria psicanalítica, a partir da disposição desse recurso atuante e defensivo que toma o Eu como destino pulsional.

A fim de lidar com uma falha da satisfação, que aqui consideramos enquanto falha propriamente sexual, o sujeito busca então restabelecer uma ordem de satisfação perdida; isto é, uma ordem que fora pré-instituída no próprio campo sexual com o Outro materno e que tenha falhado em sua constituição, desde a perspectiva de modulação narcísica. Fala-se, em última instância, de uma falta no campo narcísico. Como veremos posteriormente, essa falta diz respeito, por um lado, à incidência de angústias mortíferas no sujeito, que se dá pela reatualização de um desamparo primordial e que confronta o sujeito com seu próprio desejo.

A partir disso, podemos dizer que a importância desse campo sexual e do Outro materno nos diz desde a forma psíquica infantil com que o infante apreende o mundo e a ele atribui sentido; desde o lugar onde ele é cuidado, desde qual lugar ele assimila o prazer e o desprazer e suas reações psíquicas. Refere-se, portanto, à vida pulsional interna, aos processos de interiorização e exteriorização dos conteúdos psíquicos, de apropriação subjetiva. O sexual, aqui reatualizado pela falha narcísica, diz de relação

subjetiva para com o outro e consigo mesmo, e diz respeito aos recursos psíquicos dos quais o sujeito poderá lançar mão ao se deparar com frustrações, privações e castrações (CREMASCO, 2019). É desta forma que poderemos pensar o lugar da substância tóxica como defesa à sexualidade, na medida em que esse tóxico busca suturar um narcisismo falho e mal constituído.

Conforme Freud (1930), o sujeito está em constante embate com o processo civilizatório que, ao mesmo tempo em que é inerente à constituição do sujeito, promove insatisfação, mal-estar e sofrimento. Como apontamos anteriormente, junto à prepotência da natureza e à fragilidade do próprio corpo, o campo dos vínculos humanos e a insuficiência de suas normas compõe a maior fonte do sofrer humano. Por outro lado, a civilização institui dispositivos para manejar o sofrimento que ela mesma cria – dentre os quais poderíamos mencionar o Estado, a família, o trabalho. A insuficiência destes dispositivos, no entanto, ainda exige a disposição de “medidas paliativas” que contenham pelo menos parcialmente o sofrimento advindo da relação com o outro, tais como as substâncias psicoativas. Neste sentido, entendemos que o uso de substâncias não necessariamente é patológico, mas sim um recurso propriamente humano, como defesa contra a sexualidade e saída para o mal-estar inerente ao processo civilizatório ao qual todos estamos sujeitos, em maior ou menor grau. Podemos dizer, inclusive, que a neurose – fundadora do próprio molde civilizatório de conservação regulamentada da libido – surge então dentro deste mesmo conflito, na medida em que o sujeito é acometido pela patologia por não poder suportar a medida de privação social em prol de ideais culturais.

Daí que temos a substância tomada na articulação do recurso ao mal-estar com a defesa contra a sexualidade. A satisfação não garantida na relação com o outro vai ter então seu objeto desviado e voltado a si mesmo, de modo que a substância consumida

assuma, então, os moldes de uma satisfação autoerótica, na qual o sujeito, utilizando-se de um recurso externo, consegue satisfazer-se pelo investimento no próprio corpo.

É preciso ressaltar, no entanto, que essa defesa contra a sexualidade não é por si só disfuncional, mas que ganha outro estatuto quando articulada a determinados modos de funcionamento psíquico. É desde essa constatação que poderemos então pensar a diferenciação entre a substância e o tóxico.

A fim de melhor delinear essa problemática, lembramos aqui uma das primeiras publicações de Freud acerca do fenômeno do uso de drogas, em uma carta dirigida a Fliess de 1898, na qual se refere ao vício em substâncias como substitutos deslocados de um vício primário que ocorreria no autoerotismo. Para o autor (FREUD, 1915), a meta pulsional é sempre a satisfação, independente do objeto. Fazemos lembrar, neste sentido, que é própria ao psiquismo a capacidade plástica de condensação e deslocamento, ao que atribuímos a este último a possibilidade infindável de substituição do objeto original – objeto este que remete à causa do desejo. Tendo isso por base, entendemos que a problemática do autoerotismo é retomada desde um lugar que associa a função do vício a uma garantia, para o sujeito, de escoamento libidinal do aparelho psíquico – a despeito de possíveis frustrações que poderiam deter a satisfação sexual. Assim, em 1898 temos uma asserção acerca disso:

Pois a necessidade sexual, uma vez despertada e satisfeita por algum tempo, não pode mais ser silenciada; só pode ser deslocada por outro caminho. Aliás, o mesmo se aplica a todos os tratamentos para romper com um vício. Seu sucesso será apenas aparente enquanto o médico se contentar em privar seus pacientes da substância narcótica, sem se importar com a fonte de que brota sua necessidade imperativa. O “hábito” é uma simples palavra, sem nenhum valor explicativo. Nem todos os que têm a oportunidade de tomar morfina, cocaína, hidrato de cloral etc. por algum tempo adquirem dessa forma “um vício”. A pesquisa mais minuciosa geralmente mostra que esses narcóticos visam a servir – direta ou indiretamente – de substitutos de falta de satisfação sexual; e sempre que a vida sexual normal não pode mais ser restabelecida, podemos contar, com certeza, com uma recaída do paciente (FREUD, 1898, p. 262).

Temos, neste trecho, uma dinâmica pulsional que diz respeito ao lugar ocupado pela droga, desde uma perspectiva de satisfação substitutiva, no qual a substância advém onde a vida sexual falha. Há também uma nova problemática acerca da questão do vício: não é o hábito que institui uma compulsão. O hábito, a frequência, a quantidade são categorias descritivas acerca do uso, que falam sobre como a substância tóxica é utilizada pelo sujeito, mas não sobre a sua causa e a sua funcionalidade na subjetividade do usuário. Isso nos faz questionar diretamente acerca da etiologia psicopatológica: quais as condições subjetivas que, para além da farmacologia, vão levar à instauração de um vício? Até o momento, temos algumas pistas a respeito, que fazem referência ao campo do inconsciente e da sexualidade, bem como à constituição do narcisismo.

Para Freud, um tratamento que busca romper a compulsão será efetivo apenas se levar em conta a fonte da qual advém a “necessidade imperativa”, sem que o médico se contente apenas com a retirada da substância. Quanto à necessidade psíquica imperativa, fazemos lembrar aquilo que Freud (1915, pp. 57-59) concebe acerca do desenvolvimento de sua teoria pulsional. Tomando a pulsão como conceito-limite entre o somático e o psíquico, como o representante psíquico dos estímulos internos que se impõem à psique por sua ligação com o corpo. Por imposição ou imperativo, pulsão é o agente psíquico que leva o sujeito ao movimento pela busca de uma satisfação que se dá no corpo. Em suas sistematizações, Freud ainda assume que a pulsão dispõe de alguns elementos que a compõem: impulso, meta, objeto e fonte. O primeiro, impulso, corresponde ao seu elemento motor, enquanto sua meta é sempre satisfazer-se; o objeto é aquele com o qual ou por meio do qual a pulsão pode se satisfazer. Por fim, a fonte corresponde ao processo somático em um órgão ou parte do corpo. Estabelece-se como “fixação”, nesse viés, aquilo que vai qualificar uma estreita ligação da pulsão ao objeto

– no que concebemos a particularidade de um vício ou uma compulsão nos moldes tóxicos.

Daí que, em uma de suas colocações mais emblemáticas, Freud (1912) discorre que a relação do sujeito com o tóxico acontece por uma espécie de aliança, um casamento feliz e bem sucedido, a exemplo do fenômeno alcóolico. Entendemos que essa metáfora condiz, por um lado, com as considerações acerca da fixação no objeto, nos moldes de satisfação tóxica; por outro, traz uma nova dimensão acerca dessa problemática, na qual essa relação com o tóxico vai ser tomada pela sustentação de um certo semblante no sujeito. Este semblante diz respeito à ideia de um casamento feliz, isto é, uma relação na qual não há o desencontro sexual, na qual o tóxico vai cumprir com a ilusão de que o objeto do desejo existe e pode satisfazê-lo plenamente – nos moldes de uma suposta completude onde não há falta no campo sexual.

Como apontamos anteriormente, a substância tóxica pode ser pensada a partir de um de lugar de sutura narcísica. Isto é, aqui o uso vai servir não só a um embate com a sexualidade e à fuga do mal-estar cultural, mas sim à supressão imperativa e compulsiva da falta. Compulsão, neste contexto, que diz respeito às pulsões de morte, uma vez que aqui o sujeito é regido por aquilo que vai além do princípio do prazer. Há uma compulsão que leva à mortificação subjetiva pela aniquilação do movimento desejante, fixando a pulsão a um objeto – tóxico – único a partir do qual não há espaço para outros moldes de satisfação.

A fim de ilustrar melhor essa questão, traremos aqui um fragmento do caso de Carlos.

3.5.1. Carlos: um caso de impotência

Carlos é um homem de 53 anos que solicita atendimento em decorrência do uso excessivo de álcool. Nas primeiras entrevistas, apresenta-se a mim como um “dependente químico” e “compulsivo”, embora já esteja há 14 anos em abstinência total de álcool e demais substâncias psicoativas. Queixa-se da estagnação profissional em que se encontra há alguns anos, articulada a uma relação de submissão com a “irmã” – assim ele a nomina – dominadora com quem tem discussões frequentes; nessas discussões, é tomado por rompantes de raiva cada vez mais incontroláveis. Sobre estas discussões, nada mais é falado. De início, Carlos se dispõe apenas a falar de seu incômodo com a relação com o trabalho e de sua vida sob o uso do álcool.

Ao me relatar sobre o histórico do seu uso, Carlos fala que começou a beber aos 15 anos para se aproximar das mulheres, o que não conseguia devido à timidez e à baixa autoestima. Assim, refere-se ao álcool como um “aditivo” ao qual recorre para poder se relacionar com mulheres, a princípio de forma esparsa e recreativa. Sob efeito do álcool, Carlos dizia se sentir “O Cara”, um homem capaz de fazer o que quisesse.

Não consegue situar um momento no qual esse uso passa a ser sentido como nocivo em sua vida; gradativamente, foi se perdendo no consumo, até deixar-se consumir pela bebida. Fixado ao prazer obtido com o álcool, perdeu empregos, vínculos familiares e a própria saúde; só conseguia manter relações pela via da droga, fossem elas relações de amizade ou de ordem romântica. Assim, a bebida passa a mediar todo o seu campo sexual, desde onde ele só podia ser tomado como “O Cara”, potente e sem faltas.

Ao longo dos anos, já dividido entre a satisfação obtida na relação com a droga e as perdas decorrentes desta, defronta-se com o lado mortífero do uso, a princípio com a morte de colegas distantes sequenciadas também pelo uso excessivo de drogas. Posteriormente, perde familiares, com destaque à morte de sua mãe devido a um

adocimento prolongado. Sobre isso, Carlos relata que, tomado pelo consumo, não pode cuidar da mãe adocida; nesta época, intensifica o uso de álcool e mais ainda após sua morte. Sob o significante da “irmã”, a figura materna é então deslocada à figura da irmã, com quem passa a morar desde esse momento. Segundo Carlos, a “irmã” é a única familiar que pode lhe acolher.

Com cerca de 30 anos, sente que o álcool dominava seu cotidiano: bebia até dormir e não conseguia dormir pois precisava beber mais. As crises de abstinência tornaram-se cada vez mais frequentes e severas, permanecendo até seus 39 anos. A virada vem quando Carlos perde um sobrinho pelo uso de crack. Relata que era próximo do familiar e que o sobrinho “se espelhava” nele; essa inversão do espelho acontece ao ver o familiar morto, quando Carlos é chamado para reconhecer seu corpo.

É possível pensar que esse espelhamento, que diz propriamente ao mecanismo narcísico de Carlos, tenha produzido efeitos em sua subjetividade. Para o paciente, o que ocorre é um movimento referente ao seu desejo, impelindo-o a querer viver; entendia que, para isso, ele precisaria se livrar do álcool. É a partir do reconhecimento desse espelho da morte, portanto, onde ele se vê refletido, que há uma mudança de posição subjetiva e Carlos decide procurar tratamento. Solicita internação em uma comunidade terapêutica, na qual passa um ano internado. Está abstinente desde então.

Vemos, a partir deste fragmento, que o lugar do tóxico compete com como uma resposta a uma falta no campo da sexualidade e a uma necessidade psíquica imperativa que diz respeito propriamente ao campo pulsional. Carlos bebia propriamente para se relacionar com o outro a partir de um lugar onde lhe é suplantada uma falta, que em seu discurso dizia respeito à sua timidez e autoestima – sobretudo com relação às mulheres.

Após meses explorando a questão acerca de sua autoestima, e que diz respeito à etiologia de seu alcoolismo, Carlos chega à conclusão de que essa falta diz respeito à sua sexualidade, e mais precisamente à impotência sexual – real motivo pelo qual o paciente busca os atendimentos.

Entendemos que a condição psicopatológica de impotência diante do Outro materno – atualizada em conflitos constantes com a irmã “dominadora” – é aquilo que corrobora para a construção de um quadro de uso tóxico do álcool. Para Carlos, a irmã se satisfaz diminuindo-o sempre que possível, inclusive em frente aos outros. Esse conflito é desde o início deslocado à transferência, desde onde Carlos precisa mostrar-se a mim sempre numa posição de potência fálica; assim, dispõe-se a ocupar boa parte das sessões falando sobre aquilo que pode fazer para solucionar seus problemas – mas que não faz.

Articula-se a isso uma desimplicação de sua questão psicopatológica na qual, como abordado, o paciente justifica todas as suas queixas por sua condição genética e farmacológica de dependente químico. Carlos leva cerca de um ano para me contar o real motivo de sua busca por atendimento, que se dá quando a impotência começa a lhe afligir no próprio corpo sob a forma de uma disfunção sexual. É somente quando é confrontado com este mecanismo de obturação da falta, em transferência, que ele pode se abrir a falar do conflito.

É possível observar, neste caso, que Carlos se apropria de um “discurso do incurável”, a partir do qual se situa desde uma posição de apagamento subjetivo e desimplicação de suas queixas atuais, encontrando ressonância na repetição de uma posição sempre alienada a um Outro – seja esse outro o álcool, a família, as relações – na qual detém certa ordem de satisfação.

Diante disso, reafirmamos que o lugar do tóxico coincide com uma via de satisfação substitutiva, sim, mas não qualquer via: o que se tem é uma poderosa via de satisfação, em termos dessa completude ilusória, com a qual se torna difícil a competição falha e decepcionante da satisfação no campo da sexualidade. Conforme Freud (1930, p. 70), é justamente a frustração sexual que é insuportável, de modo que o sujeito cria gratificações substitutivas que, no entanto, causam sofrimento ou tornam-se fonte de sofrimento. No caso de Carlos, isso é decisivo para que o álcool tome o lugar de um tóxico do qual só pode se livrar defrontando-se com o sofrimento e a impotência que o próprio álcool lhe causava em sua dimensão propriamente mortífera – como morte do movimento de desejo. É interessante perceber que a questão subjacente (a impotência), no entanto, permanece sob a inversão desse posicionamento e é deslocada – primeiro pela submissão à irmã e posteriormente no próprio corpo.

Carlos ainda nos demonstra que este sofrimento infligido pela própria gratificação substitutiva, nos casos de uso tóxico de substâncias, ocorre na mesma proporção em que se enrijece a escolha de objeto: a queixa do paciente em uso disfuncional ou toxicômano diz respeito exatamente a uma ordem de satisfação que rompe com a plasticidade da satisfação erótica. As possibilidades de deslocamento da libido são radicalmente restringidas e nisso ele se vê dependente – fixado – à substância tóxica como única e/ou principal fonte de satisfação em sua vida pulsional, sem a qual entra em profundo estado de angústia.

Esse modo de relação com a droga comumente vem acompanhada da perda de relações afetivas, dificuldade de criar e manter novos laços; decorre disso um sofrimento de não ter vínculos, de se sentir condenado a uma solidão dolorosa. Falamos aqui de pacientes cuja patologia rompe com as capacidades do amar e trabalhar, na medida em que não conseguem sustentar vínculos afetivos, trabalho ou satisfazer-se com o

cotidiano, diante do qual se sentem profundamente entediados. Isto é, aos quais é muito dificultada a obtenção de prazer e de qualquer ordem de satisfação para além dos moldes autoeróticos e compulsivos.

Aqui retomamos um trecho de Freud (1914) acerca do narcisismo e suas relações com a patologia: “um forte egoísmo protege contra o adoecimento, mas afinal é preciso começar a amar, para não adoecer, e é inevitável adoecer, quando, devido à frustração, não se pode amar” (p. 29). Temos, a partir disso, o cumprimento de uma dupla função narcísica, que pode tanto proteger o sujeito do adoecimento quanto levá-lo à própria patologia, na medida em que não consegue manejar a frustração sexual por sua falha constitutiva. O adoecimento, nesse sentido, aparece como o próprio rompimento do impulso de criar e de investir no mundo externo e que, mediante bloqueio, é desviado ao investimento no próprio Eu.

Para Freud (1930), a instância egoica propicia ao sujeito uma certa segurança, uma garantia que confere um grau de alteridade, que demarca uma unidade, uma fronteira entre Eu e o outro e que se faz parecer sempre autônoma. Esta aparência, no entanto, é enganosa, uma vez que o Eu é uma instância sem fronteira nítida ao próprio sujeito, prolongada para dentro do psiquismo e inserida junto ao processo inconsciente por meio do Id. É comum, portanto, que se encontrem casos nos quais a delimitação entre Eu e o mundo externo se torna difusa, borrada, sem uma fronteira precisa – o que aponta propriamente para um narcisismo volátil. Nestes casos, as partes do próprio corpo, componentes da vida psíquica, percepções, pensamentos e afetos podem advir ao sujeito como processos externos, que são tomados como não pertencentes ao Eu e que despertam no sujeito uma dose de estranhamento. Da mesma forma, é possível que se atribua ao mundo externo aquilo que surgiu no Eu. O autor complementa que “o fato de o Eu, na defesa contra determinadas excitações desprazerosas vindas do seu interior,

utilizar os mesmos métodos de que se vale contra o desprazer vindo de fora, torna-se o ponto de partida de significativos distúrbios patológicos” (FREUD, 1930, p. 19).

Vemos aqui temos uma problemática de suma importância para uma intersecção entre a toxicomania e o suicídio, a partir da ideia de que o imperativo pulsional que leva tanto à compulsão tóxica quanto ao suicídio diz respeito exatamente a uma ordem de estranhamento do sujeito, de uma questão impossível de ser articulada simbolicamente e que por isso se repete pela via da compulsão levada ao campo do ato. Antes de adentrarmos propriamente à questão suicida, no entanto, faremos considerações acerca do tóxico e suas relações com o corpo.

3.6. DA SUBSTÂNCIA AO TÓXICO: O CORPO, A OPERAÇÃO DO *PHÁRMAKON* E O SUJEITO DA TOXICOMANIA

Neste momento, buscaremos fazer as seguintes colocações: diferenciar uso de substâncias e a toxicomania, situando a partir disso quem é o sujeito toxicômano. Entendemos que é na intersecção deste “modo” de entorpecimento com a dimensão subjetiva da morte que poderemos também apreender o desfecho suicida. Para tal, resgataremos o conceito de *phármakon* elaborado por Jacques Derrida (2005), articulando-o à operação corpórea que é feita no sujeito discorrida pela “Operação do *phármakon*”, de Sylvie Le Poulichet.(1996). Le Poulichet é uma psicanalista francesa que se dedicou profissionalmente a uma rigorosa de teorização psicanalítica no campo das toxicomanias, promovendo uma teorização acerca da função ocupada pela substância no corpo – sobre a qual discorreremos à frente.

Até o momento, defendemos que o uso de substâncias diz respeito a uma relação entre sujeito e objeto-droga, relação à qual se atribui o caráter substitutivo para a

satisfação pulsional como recurso ao mal-estar, e que será buscada mediante defrontamento com a falta e o desencontro no campo sexual. É nesses moldes que podemos pensar, primeiramente, um lugar para a substância na economia psíquica do sujeito, o que não necessariamente atribui à relação um caráter patológico. Dissemos também que o campo do tóxico se inaugura desde o regimento da pulsão de morte e como resposta a uma falha de ordem narcísica.

Neste momento, buscaremos demonstrar que essa substância será tomada de forma singular na economia psíquica pela referência ao conceito de *phármakon*, a partir de uma relação antitética com o sujeito – relação com a substância e a anti-substância.

Essa substância, esse sentido, diz respeito ao conceito do *phármakon* estabelecido por Jacques Derrida em “A farmácia de Platão” (2005), de uma substância de caráter ambivalente e oscilante, o que lhe confere o estatuto de uma anti-substância. Segundo Bento (2015, pp. 63-64), a essência do *phármakon* é não ter essência estável, nem caráter próprio, comportando em si mesmo a cumplicidade de opostos. O conceito é apresentado por Derrida a partir do mito de Theuth, uma divindade egípcia que realiza grandes descobertas. Theuth dirige ao Rei seus feitos e inventos, sendo respondido com colocações entusiasmadas e pretensiosas. Contudo, quando oferta ao Rei a escrita como uma espécie de presente, certo de que seu valor de “remédio² para a memória e a sabedoria” lhe agradaria como as outras descobertas, Theuth é surpreendido por uma desapreciação que atribui ao “remédio” seu valor de incerteza, ou até oposto – como presente envenenante. A discussão que se segue ao mito socrático é densa e traz em suas bases a acepção do *phármakon* como um conceito que comporta em si valores duais, opostos ou ambivalentes, que dialogam diretamente com o estatuto da atribuição

² Na tradução, utiliza-se o termo “*phármakon*”.

de um valor significativo. Este, em última instância, opera em abertura para a oposição, para a divisão subjetiva daquele que atribui sua valoração.

Esse *phármakon*, essa “medicina”, esse filtro, ao mesmo tempo remédio e veneno, já se introduz no corpo do discurso com toda sua ambivalência. Esse encanto, essa virtude de fascinação, essa potência de feitiço podem ser – alternada ou simultaneamente – benéficas e maléficas. O *phármakon* seria uma substância, com tudo o que esta palavra possa conotar, no que diz respeito a sua matéria, de virtudes ocultas, de profundidade críptica recusando sua ambivalência à análise, preparando, desde então, o espaço da alquimia, caso não devamos seguir mais longe reconhecendo-a como a própria anti-substância: o que resiste a todo filosofema, excedendo-o indefinidamente como não-identidade, não-essência, não-substância, e fornecendo-lhe, por isso mesmo, a inesgotável adversidade de seu fundo e de sua ausência de fundo (DERRIDA, 2005, p. 14).

Assim, o *phármakon* é aquele que abriga nele mesmo a contradição discursiva, o que lhe confere o caráter de anti-substância, resistindo a uma identidade fixa ou esgotável. A escolha de uma só dessas palavras (veneno ou remédio) tem justamente o efeito de neutralizar o anagrama do *phármakon*. Derrida complementa: “não há remédio inofensivo. O *phármakon* não pode jamais ser simplesmente benéfico” (p. 46).

É possível, neste ponto, reabordar a problemática trazida a partir de Ana. No recorte de seu caso, vemos que *phármakon* coincide com uma posição fluida que pode ser assumida tanto pelo álcool quanto pelo remédio psiquiátrico. Em ambos os casos, o que temos é uma (anti)substância que sob certas condições assume seu par-oposto, pela contraposição entre a analgesia (ou também pela anestesia) e a acentuação da dor psíquica. É possível observar, no entanto, que a tentativa de neutralização do *phármakon* incorre na atribuição de uma identidade rígida por apenas um dos efeitos – o álcool como “veneno” ou como droga e a medicação psiquiátrica como remédio; identidade esta que não se sustenta em seu próprio discurso, na medida em que o *phármakon* opera como expressão de sua divisão subjetiva.

Em Carlos, vemos que a dimensão do *phármakon* se dá também pelo álcool, mas assumindo para o paciente uma oposição diametral entre o álcool “aditivo”, potente, e o

álcool da impotência, desde onde ele se defronta com as perdas e a morte. Neste mesmo sentido, o que temos é o *phármakon* como expressão de um conflito de ordem psíquica.

Conforme Bento (2015), da transmutação da droga em remédio, do veneno em contraveneno, essa operação só se mostra possível na medida em que o *phármakológos* abriga nele mesmo essa cumplicidade de valores contrários. O *phármakon*, portanto, é aquele que, dando-se como remédio, pode se corromper em veneno, ou o contrário; não tem identidade ideal, é aneidético (não-essencial).

Assim, retornando ao mito de Theuth, vemos que o *pharmákon* é atualizado na escrita presenteada ao rei, que pode ser tanto potencializadora de um saber quanto cristalizá-lo; pode ser tanto remédio quanto veneno dirigido à figura da lei como representante subversivo do desejo parricida (Rei, pai e lei são aqui encadeados na mesma ordem discursiva). Derrida (2005) questiona: “da posição de quem tem o cetro o desejo da escritura é indicado, designado, denunciado como desejo de orfandade e subversão parricida. Não seria o *phármakon* um criminoso, um presente envenenado?” (p. 23).

O pai, neste caso, não é o procriador real, mas um operador simbólico, que se dá dentro e após a relação com a linguagem. É aquele que traz a potência do discurso e se distingue precisamente pela instância do *lógos*. A oralidade, portanto, demonstra sua potência criativa ao sempre recriar o objeto de seu discurso, que é singularizado pela presença do pai.

Esta dolorosa fruição, ligada tanto à doença quanto ao apaziguamento, é um *phármakon* em si. Ela participa ao mesmo tempo do bem e do mal, do agradável e do desagradável. Ou, antes, é no seu elemento que se desenham essas oposições (p. 46-47).

É nesses moldes que tomaremos a primeira ideia acerca da noção de substância neste trabalho: ela opera sempre em abertura para a oposição, como anti-substância, como veneno e remédio. É somente pela dimensão da linguagem, da potência discursiva

que essa oposição, a princípio restrita à substância, pode dar vazão a uma questão psicopatológica subjacente, ganhando outra dimensão na inserção subjetiva do paciente em uso.

É de se notar que esse discurso eleva a outro *status* a busca pela completude quando esta é buscada não na constituição de um par, na alteridade, mas sim na defesa contra a sexualidade. Como dissemos anteriormente, o corpo para a psicanálise não é sinônimo de organismo, mas um corpo forjado pulsionalidade e na simbolização. Assim, a completude é buscada na instituição do corpo ilusório criado com a droga, sob o mecanismo econômico autoerótico e sob o reinado do narcisismo (quase) absoluto, narcisismo este que, podemos dizer, corrobora para o *status* mortífero deste uso. A essa função exercida do corpo junto à substância, chamaremos de operação do *phármakon* (LE POULICHET, 1996).

À questão mortífera regida pela falha narcísica subsiste a uma dinâmica junto aos registros da pulsão de morte, desde onde teremos a busca por um retorno a um estado primário inorgânico, incorrendo na tentativa de abolição interna de todos os estímulos. Podemos equivaler essa dinâmica à tentativa de uma completude ilusória, na qual o corpo articulado à droga formaria uma unidade harmônica, sem tensões provocadas pela falha e pelo desencontro sexual.

Segundo Freud (1930), cabe à substância o lugar de modulação das vias de prazer e desprazer por meio dos estados alterados de consciência, que visam ao acréscimo de estímulo no corpo ou a busca de sua cessação: “os entorpecentes influem sobre nosso corpo, mudam a sua química” (p. 29). Essa capacidade modulação só é possível, no entanto, porque atualiza a própria dinâmica pulsional, que existe sob a instituição de princípios reguladores no psiquismo. Assim, a substância tem a

capacidade de alterar as condições de sensibilidade em relação ao prazer e ao desprazer, sendo estas condições já existentes e regularmente oscilantes no sujeito, no que destacamos o princípio do prazer. Freud (1930) ainda complementa que na vida psíquica normal já há oscilações entre maior ou menor dificuldade em experimentar prazer, e maior ou menor capacidade para acolher o desprazer. As substâncias, neste sentido, influem sobre essa capacidade (p. 33).

Levantando uma problemática acerca da felicidade, o autor afirma que esse sentimento, que institui a finalidade e intenção primeira da vida humana, tem relação direta com a dinâmica do prazer e desprazer. A busca pela felicidade, neste sentido, compreende uma meta negativa, pela ausência de dor e desprazer, e em uma positiva, pela vivência de fortes prazeres (meta positiva). Na medida em que isso é contemplado no sujeito, teríamos o sentimento de felicidade, que vem da satisfação repentina de necessidades altamente represadas. Assim, a felicidade é possível apenas como fenômeno episódico e constituiria um problema na economia libidinal do sujeito na medida em que depende de três pontos principais: da satisfação real que o sujeito pode esperar do mundo externo, da sua independência em relação a ele e de quanta força o sujeito dispõe para modificá-lo conforme os próprios desejos (sobre este ponto, Freud assume que a constituição psíquica será decisiva). No que tange à forma como essa felicidade é atingida, ele precisa: “não há, aqui, um conselho válido para todos; cada um tem que descobrir a sua maneira particular de ser feliz” (p. 41).

Assim, o uso de substâncias estaria atrelado a essas três questões e, portanto, ganharia certas qualidades a depender de como se articule à constituição psíquica do sujeito e da relação que ele detém com a sua sexualidade e constituição narcísica. Independente disto, à substância caberia um recurso poderoso para a felicidade humana na medida em que capacita o ganho imediato de prazer e uma certa independência em

relação ao mundo externo – de onde poderíamos situar uma evitação ou diminuição do desprazer.

Dentro deste balanço econômico, por um lado as substâncias podem ser utilizadas a favor do sujeito, dentro dos seus moldes regulares de satisfação e modulação do prazer-desprazer. Por outro, é exatamente nesta articulação com o sujeito que reside o perigo e a nocividade dos entorpecentes, na medida em que há possibilidade de refugiar-se narcisicamente sempre que desejado, ao que Freud atribui à substância a capacidade de ser um “afasta-tristeza” (FREUD, 1930, p. 33-34), capaz de instituir a ilusão de um casamento feliz. A satisfação ganhará então outra qualidade, na qual o sujeito, fixo ao seu objeto de satisfação, encontrará uma completude ilusória que coincide com o seu uso enquanto um aniquilador de tensões. Daí que, na instituição de um refúgio narcísico – impossível sem a interdição da droga – a partir do qual o sujeito se veria longe das frustrações e decepções do campo sexual, não teremos mais um recurso de modulação do prazer-desprazer, mas sim um recurso aos moldes da pulsão de morte.

De forma bastante interessante, aqui ele vai articular essa condição ao estado patológico da mania, no qual há comportamento análogo ao do entorpecimento pela insensibilidade à dor e ao desprazer e pelo prazer imediato. Em relação a isso, também afirma que a tendência a se esperar satisfação de uma só fonte constituiria um problema na medida em que institui entre sujeito e sua substância uma relação de dependência e que diz respeito à passagem da substância ao lugar de tóxico. O que muda esta acepção é propriamente o lugar que a substância passa a ocupar nesta economia, como apontado, bem como suas articulações com o prazer e o desprazer. É propriamente neste campo, da pulsão de morte e da dependência de objeto que teríamos instituída a toxicomania.

Segundo Bento (2015), a palavra “tóxico” é comumente associada ao signo de um excesso, relacionando-se à ordem das compulsões, repetições e obsessões, às quais se atribui relação de exclusividade e necessidade. Para o autor, em termos semiológicos tóxico e paixão compartilham da mesma origem. Assim, o *phármakon* platônico tóxico e a toxicomania se associam à paixão por um excesso narcísico que, do ponto de vista inconsciente, acometeria o sujeito nos dois casos.

Vemos, então, que o *phármakon* diz respeito ainda a uma outra dimensão – propriamente mortífera – a partir de onde interligamos a anti-substância à formalização de uma toxicomania. Isso será sustentado por Sylvie Le Poulichet, que considera que o sujeito na toxicomania busca uma saída pelo excesso narcísico como alternativa para lidar com uma angústia de separação, um investimento que aludiria a uma paradoxal autoconservação, na medida dispõe de um investimento mortífero para conservar-se enquanto sujeito. Assim, a toxicomania é considerada como uma tentativa de cura subjetiva, ou seja, tentativa de resgate da posição de sujeito, e abandono da posição de objeto que outrora foi instituído pelo Outro materno. “As toxicomanias assim põem em jogo os processos de engendramento de corpos estranhos. Resulta daí o imperativo de ingerir ou de se injetar um corpo estranho tóxico a fim de tornar-se um corpo estranho” (CREMASCO, 2012, p. 41). Assim, a dimensão da morte se dará no entrelaçamento da replicação do corpo com a droga, onde a mortificação encontrará expressão pelo rompimento com o princípio do prazer e na desvinculação pulsional atrelada à irrupção da pulsão de morte.

A partir destas considerações, entendendo-se a dimensão mortífera do tóxico pelo seu enlaçamento no corpo erógeno e na especificidade de sua constituição psíquica, questionaremos em que medida é possível pensar a dimensão suicida na toxicomania.

Isto é, desde quais condições poderemos indagar a toxicomania não só a partir do campo aniquilante do sujeito, mas desde a dimensão de um ato suicida.

Autonomia

Em perigo, a holotúria se divide em duas:
com uma metade se entrega à voracidade do mundo,
com a outra foge.

Desintegra-se violentamente em ruína e salvação,
em multa e prêmio, no que foi e no que será.

No meio do corpo da holotúria se abre um abismo
com duas margens subitamente estranhas.

Em uma margem a morte, na outra a vida.
Aqui o desespero, lá o alento.

Se existe uma balança, os pratos não oscilam.
Se existe justiça, é esta.

Morrer só o necessário, sem exceder a medida.
Regenerar quanto for preciso da parte que restou.

Também nós, é verdade, sabemos nos dividir.
Mas somente em corpo e sussurro interrompido.
Em corpo e poesia.

De um lado a garganta, do outro o riso,
leve, logo sufocado.

Aqui o coração pesado, lá *non omnis moriar*,
três palavrinhas apenas como três penas em voo.
O abismo não nos divide.
O abismo nos circunda.

Wisława Szymborska

4 SOBRE O SUICÍDIO

4.1. A CONDENAÇÃO RELIGIOSA, O SUICÍDIO MELANCÓLICO E A PASSAGEM PELO ABSURDO: UMA BREVE PERSPECTIVA HISTÓRICA DO SUICÍDIO NO OCIDENTE

A partir deste momento, nos deteremos expressamente sobre as questões do suicídio. Tal qual o uso de substâncias, observamos que este é um tema mobilizador em diversas áreas do conhecimento. Sendo uma prática estritamente humana, a prática da morte voluntária existe em termos históricos há centenas de anos, sendo relatada pelos mais diversos povos e culturas. É somente no século XVII, no entanto, que o suicídio será cunhado enquanto um termo de designação para o assassinato de si, devido ao aumento de debates e notificações escritas sobre o assunto (MINOIS, 2018). *Sui* (de si) e *caedes* (assassino) referem-se à etimologia do termo, na qual o suicida é tomado como um assassino de si mesmo, no polo diametralmente oposto à ideia do homicídio.

Para Minois (2018), o debate sobre o suicídio se estende para muito além da designação do termo, resgatando um lugar reservado para a morte de si em cada sociedade. Assim, é possível observar em seus estudos uma contraposição interessante no que concerne a suicídios socialmente aceitos e suicídios socialmente reprováveis. Trazendo diversos exemplos na história do Ocidente, Minois (2018) abre um debate extenso acerca da percepção social sobre o suicídio historicamente, que fará com que sob certas circunstâncias ele seja tomado como ato de heroísmo (altruísmo) ou como objeto de reprovação (egoísmo). Do suicídio como sacrifício ao outro, suicídio altruísta ou egoísta, suicídio como fuga da miséria, suicídio pela cólera ou loucura ou suicídio filosófico, o que temos na história ocidental são muitas formas de se buscar a morte de si que tomam diferentes significações e repercussões a depender da visão social que se tem do fenômeno. Em nossa história, vemos que essa visão de desenvolve muito

atrelada ao dogmatismo cristão, que dispõe de um lugar sempre condenável ao suicida na medida em que ele é entendido como alguém que atenta contra Deus e contra seus próprios semelhantes.

Em geral, quando tomado sob o signo do heroísmo, o suicídio é deslocado de sua aceção comum, enquanto morte consciente e intencionalmente buscada pelo indivíduo – e comumente atrelada ao egoísmo –, para ser apreendida como um ato em prol do bem-estar social, visando um bem maior. Assim, embora algumas vezes o suicídio tenha sido tomado por ato heroico, é prevalente na história dos grupos sociais a sua aceção como um ato reprovável e digno de represália. Mais precisamente com a ascensão da igreja e do cristianismo, sua atuação é considerada como ofensa social e a Deus, provedor da vida (MINOIS, 2018).

Desde o século V, temos um endurecimento da moral cristã em relação ao suicídio, que se dá pela ligação entre confisco de bens e culpa do suicida. A ascensão da moral cristã passa então a ser vista na mesma proporção da condenação suicida, que torna a prática um crime contra Deus, contra a natureza e contra a sociedade, diante do qual não há mais justificativas religiosas.

Embora apresente uma condenação bastante rigorosa no que tange aos casos de suicídio, vemos que a moralidade cristã apresenta em si uma visão dicotômica acerca do fenômeno, desde a qual temos um suicídio condenável e outro louvável. Isso porque a própria visão cristã do suicídio prevê, na bíblia, a admissão de várias exceções a essa prática para inimigos, sob o intuito de evitar uma humilhação social. Para Minois (2018), isso expressa a atmosfera de ambiguidade presente no cristianismo desde sua construção, na qual a vida terrena é detestável e o encontro com Deus só é possível mediante a morte. Temos, dessa equação, que a vida é detestável, mas é preciso suportá-la; a morte é desejável, mas não podemos buscá-la.

Nessa vertente, o suicídio por desespero é o mais condenável de todos, delegando ao desespero o lugar de um pecado grave que exime a igreja do seu papel de absolvição, papel intermediário universal e obrigatório entre Deus e os seres humanos. Nessa lógica, a confissão subjaz como grande remédio ao suicídio, que permite o perdão dos pecados e a reconciliação divina.

Até o século X, o que se vê é o desprezo pela dignidade da vida humana e o rigor autoritário promovido pelos ideais cristãos em relação ao suicídio. Para Minois (2018), esse desenvolvimento traz percepções importantes no que se refere às relações do suicídio com as questões socioeconômicas. Assim, ele afirma que “o suicídio inferior, o suicídio mesquinho, egoísta, o suicídio do covarde que foge das provações é sempre o da pessoa rude, do vilão, do trabalhador manual, do artesão. E isso contribui bastante para o descrédito do ato” (p. 49).

Vemos que nessa ideia reside um papel importante ao poderio econômico da época, que vai dispor de medidas de controle dos corpos e seus bens, a depender de como essa morte tenha ocorrido. Nesse sentido, o que temos a partir do século XI é a adoção de uma estrutura racional e jurídica que ajuda a absolutizar e ilegitimar o ato. Do confisco dos bens, passando pela negação da sepultura eclesiástica até a literal condenação ou execução do próprio corpo suicida (já morto), teremos a sua inserção no âmbito judiciário. Sob este regimento, alguns séculos mais tarde a percepção do suicídio também começa a se abrir a outras visões. Os suicídios passam a ter origem na dificuldade e nos sofrimentos exagerados da existência, desde suas condições materiais (fome, miséria, dívidas) até a doença, a morte de familiares, o encarceramento e o medo de torturas. É neste contexto, então, que uma nova categoria começa a se fazer presente, na medida em que teremos suicídios que não se enquadram nessa origem e que serão circunscritos sob a égide da loucura (MINOIS, 2018).

Assim, o suicídio por loucura passa a ser dado pelo simples desgosto de viver. Vemos que é somente a partir de 1250 que temos uma distinção do suicídio desde um estado psíquico: contrapõe os casos de *non compos mentis* (aquele que não tem mente equilibrada) e os casos *felo de se* (traidor de si mesmo), aos quais serão confiscados os imóveis, que começa a se aproximar de uma circunscrição da loucura. Depreendemos desta lógica que será inconcebível a uma pessoa com mente saudável considerar que a vida não vale a pena ser vivida. O simples fato de imaginá-lo pode ser associado ao desequilíbrio mental. Nestes casos, teremos uma relação bastante interessante a uma doença, nos termos de desequilíbrio corpóreo, que começa a ser chamada de “melancolia”. O termo, que de origem grega significa “humor negro”, designa uma doença física que acomete o indivíduo pelo excesso de bile negra, ofuscando o cérebro e provocando pensamentos sombrios. Ligam-se a isso o sentimento de abatimento ou tristeza, pelos acessos de violência (frenesi ou fúria) e críticas contínuas, às vezes provocadas pelo álcool (MINOIS, 2018).

No século XVIII, teremos a evolução desta concepção para o suicídio filosófico, forjado no pensamento grego. Há aqui um reconhecimento supremo do valor do indivíduo, cuja liberdade reside na capacidade de decisão sobre sua própria vida e morte. Nessa vertente, a vida só merece ser conservada enquanto um bem, se estiver de acordo com a razão e a dignidade, se gerar mais satisfação do que sofrimento. O suicídio filosófico, portanto, traz uma reviravolta na percepção do suicídio como marca suprema da liberdade. Nesses termos, onde o viver pode se fazer absurdo e insensato, abre-se à possibilidade de o indivíduo de decidir, ele mesmo, sobre qual o melhor momento para findar a própria vida.

A problemática é retratada pelo Albert Camus (2020) em “O mito de Sísifo”, na qual o filósofo vai romper com a visão do suicídio filosófico ao delegar ao sentimento de

absurdo um outro estatuto, a partir do qual não cabe ao ser humano responder pela racionalidade. O problema do suicídio, então, se segue às consequências de problemas existenciais, na qual se trata de saber com sair de uma esfera assassina ou por que ficar.

Para o autor, o suicídio acontece como uma solução para o sentimento de absurdo, que aqui pode ser entendido como uma espécie de ruptura radical do sentido da vida. O sentimento do absurdo, segundo Camus, provoca a cisão entre o ser humano e a sua vida, e apresenta uma ligação direta com a atração pelo nada. Seu primeiro sinal consistiria no estado e sentimento de vazio, incorrendo na estranheza em relação ao mundo e a si mesmo, pela queda da própria imagem. Ao mesmo tempo, o absurdo é o único laço entre o ser humano e mundo, que nasce do confronto entre o apelo humano e o silêncio despropositado do mundo.

Para Camus (2020), “viver é um constante precipício para a morte”. Viver precede o pensamento, o sentido e o encadeamento das coisas; é um movimento contraditório marcado pela revolta do corpo que, ao mesmo tempo em que anseia pelo amanhã, recusa-se a ele. Nesse sentido, desde a percepção de não há experiência de morte, a morte é tomada sempre como morte do outro, a única que pode ser vivida e tornada consciente. O suicídio, como o salto, é a aceitação em seu limite máximo. Tudo se consumou e o ser humano retorna à sua história essencial. Divisa o futuro e se precipita nele, dissolvendo o absurdo na própria morte.

A fim de lidar com essa problemática, então, desenvolve-se uma linha de pensamento na qual é possível nutrir-se do próprio absurdo para então nele encontrar o próprio poder criativo, revolucionário, de modo que os conflitos existenciais ganhem outra forma e lugar dentro do mundo insensato. Distante da ideia de saber se a vida devia ter um sentido para ser vivida, Camus (2020) afirma que a vida tão melhor será vivida quanto menos sentido tiver.

Veremos que esta interessante ideia trazida por Camus encontra reverberação na compreensão psicanalítica do suicídio. Longe de se ater a uma concepção de mundo dotada de sentido anterior ao sujeito, vemos que, ao longo de toda a obra de Freud, que o suicídio se sustenta sob as bases de algo irrepresentável, incapaz de ser articulado e circunscrito pela esfera do sentido. Nesses mesmos moldes, veremos que o suicídio psicanalítico traz a problemática da morte de si às suas consequências máximas, na medida em que a morte para o sujeito é sempre morte do outro, intangível, irrepresentável e incapaz de ser articulada senão como experiência da perda.

Tomando estas concepções como base, passaremos então ao desenvolvimento do suicídio dentro da teoria psicanalítica.

4.2 O SUICÍDIO NA MATRIZ DO CONFLITO PSÍQUICO

O suicídio é, portanto, uma resposta altamente buscada na sociedade frente à existência de conflitos psíquicos. Para a psicanálise, ele constitui uma problemática que coloca em questão a própria morte – como morte do outro – e o estatuto do objeto envolvido nesta construção. Assim, partindo de uma concepção na qual o suicídio constitui, assim como o uso de substâncias, outra forma psicopatológica de lidar com o sofrer, consubstancial à cultura, buscaremos aqui tecer considerações teórico-clínicas e metapsicológicas acerca do fenômeno. Neste sentido, ressaltamos que desde a perspectiva metodológica tomada para a realização deste estudo, o suicídio nos interessa na medida em que constitui, para o sujeito, *psico-pathos-logos*, isto é, discurso sobre o sofrimento.

Para Freud, desde “A psicopatologia da vida cotidiana” (1901), o suicídio é tomado como elemento pertencente ao grupo de “equivocos da ação”, encontrando-se nivelado aos lapsos e atos falhos, caracterizado como um desvio intencional. Nestes termos, é

possível questionar em que medida podemos apreender uma “ação equivocada”, isto é, desviada de sua intenção. Dispomos, então, da problemática que Brunhari (2015) vai articular em torno do ato e da ação dentro do campo freudiano. Para o autor, há uma importante divergência na obra de Freud no que concerne entre ato e ação. Desde as publicações pré-psicanalíticas, temos a composição da histeria em torno de uma impossibilidade do sujeito de ab-reagir a uma situação aflitiva, que, como abordado, instituiria a ele uma questão traumática e a exigência de uma resposta psíquica. Essa resposta, aqui, pode ser dada de diversas formas: em termos de uma “re-ação”, o que teremos é propriamente uma ação como resposta orgânica, voltada às configurações de descarga motora. Assim, diante de uma reação, o sujeito teria uma sensação de alívio, de rebaixamento das tensões provocadas por uma certa experiência que é tomada psiquicamente como desprazer. Nesses moldes, é importante notar que a reação também pode ocorrer como palavra. Isto é, a palavra também teria esta capacidade de recuperação da homeostase psíquica, podendo dar vazão à descarga motora, substituí-la ou deslocá-la, produzindo as mesmas sensações de prazer e alívio para o sujeito pela sua possibilidade de articulação simbólica.

No entanto, temos na ação freudiana a possibilidade de uma outra dimensão, desde a perspectiva de que a ação pode ser dotada de desconhecimento na sua base por parte do sujeito, uma “ação equivocada”. Percebemos que este desconhecimento, então, forjará um enigma ao próprio sujeito que remete à sua própria constituição enquanto sujeito do inconsciente. Ora, o inconsciente é justamente o campo que prevê um não-saber, um desconhecimento do próprio sujeito acerca de seus pensamentos, afetos e ações. Passamos aqui ao campo do ato, no qual, desde a instituição do conceito de ato falho como uma pedra angular da psicanálise, o que temos é uma ação, um ato

que remete o sujeito à sua condição de sujeito constitucionalmente conflituoso – um sujeito do inconsciente, que existe em função do inconsciente.

Segundo Brunhari (2015), então, temos no ato algumas configurações que preveem a falta de sentido, de autoria, bem como o redirecionamento do sujeito a algo desconhecido e a uma dimensão significativa que é passível de interpretação analítica. Isto é, o ato é um fenômeno que, diante do erro e da falha do sujeito, a intenção consciente e o princípio de realidade não dão conta de sustentar. Entre ação e ato, portanto, algo da ordem inconsciente se inaugura e se expressa.

Para Freud (1901), incluem-se aqui, na mesma ordem, os lapsos de memória, as perturbações de linguagem, leitura, escrita, os ferimentos autoinflingidos e, como dito, o próprio suicídio. Todas estas categorias são ações nas quais uma intencionalidade inconsciente pode ser reconhecida, e que sustentam o suicídio a partir da psicanálise desde uma outra ordem – como ato que expressa um conflito de base inconsciente. Daí que, como abordado em relação à questão traumática sexual, na impossibilidade de uma inscrição simbólica do vivido, teremos modos de irrupções subjetivas que podem fazer referência ao campo do ato (FREUD, 1914), a partir do qual podemos pensar tanto o suicídio quanto o uso de substâncias.

O ato, então, ganha uma outra dimensão na qual o sujeito vai expressar pela via da atuação aquilo que é incapaz de rememorar e elaborar (FREUD, 1914). Nesses termos, o *agieren* aqui será então tomado como ato que se opõe ao recordar e que, como repetição, configura-se separadamente da elaboração.

Ainda em 1901, momento anterior à consolidação do conceito de narcisismo e da metapsicologia das pulsões de morte, Freud enuncia a partir dessas colocações que há uma “tendência à autopunição, que está constantemente à espreita e comumente se expressa na autocensura ou contribui para a formação do sintoma” (FREUD, 1901, p.

118), agindo por favorecimento de questões externas ou contribuindo para a formação de questões externas que resultem no efeito lesivo desejado. Com relação a ferimentos autoprovocados, compreendidos como um compromisso entre uma pulsão autodestrutiva e forças opostas a ela (sadismo retornado a si mesmo – uma ideia que será repensada posteriormente para dar lugar ao masoquismo primário), Freud (1901) afirma que nunca se pode excluir o suicídio como um possível desfecho do conflito psíquico. Ele complementa que a tendência à autodestruição, que pode se expressar pela via de ferimentos autoinfligidos ou do ato suicida, ocorre em um número muito maior de pessoas do que aquelas em que chega a ser posta em prática.

Como abordado, Freud só elabora o conceito de pulsão de morte em 1920. A rememoração deste conceito aqui se faz importante na medida em que tomamos as bases trazidas pelo autor já neste texto: uma tendência do sujeito a autodestruir-se, presente em um número muito maior de pessoas do que seja a ser posta em prática. Há uma busca por infligir em si um *quantum* de morte, expressa por um conflito de ordem inconsciente e que faz referência a uma dinâmica pulsional que toma a si mesmo como objeto. Conforme Brunhari e Darriba (2014), é possível reconhecer aqui um germe da pulsão de morte, que atua na base das tentativas ou conclusões suicidas, de ordem consciente ou inconsciente. Este conceito nos servirá de base não só para o reconhecimento da dimensão mortífera do sujeito, que, como elucidado, está presente nos casos de toxicomania; mas, para além disso, no reconhecimento do ato compulsivo, repetitivo, que muitas vezes aparece atrelado a uma busca pela sua reintegração enquanto sujeito.

Para Massa e França (2016), Freud já indica desde então a importância de se investigar a determinação inconsciente desde os pequenos acidentes cotidianos, até os atos extremos de suicídio” (p. 289). O suicídio não é, portanto, restrito a uma estrutura,

um modo organização psíquica ou a uma patologia específica. É desfecho para um conflito, que pode se dar nos mais diversos tipos clínicos e modos de ser no mundo. Apesar disso, como vemos desde já, exige uma certa dinâmica pulsional que, em última instância, vai remeter aos moldes melancólicos – conforme discorreremos no próximo subcapítulo.

Ainda na matriz do conflito psíquico, Freud (1910) se refere ao suicídio como algo nebuloso e de causas misteriosas. Há uma aproximação entre o suicídio e a falta de interesse no mundo exterior, e o eixo da investigação deixa de perguntar sobre uma tendência à autodestruição para questionar sobre uma renúncia à autopreservação, deslocando a investigação para o campo do Eu, que levam ao desenvolvimento do de narcisismo em 1914. Com a introdução desse conceito, Freud desenvolve recursos teóricos que propõem a reformulação da teoria pulsional, propondo as pulsões de morte e uma metapsicologia na qual o Eu toma lugar entre os objetos libinais. Da mesma forma, é a partir do narcisismo que se pode retomar a discussão acerca do luto e da melancolia, aproximando ainda mais esta segunda à autodestruição. Assim, a condição melancólica vai aparecer como uma resposta possível à questão do suicídio, sendo a melancolia um quadro preenchido pela autorrecriação e pelo desapego radical ao mundo externo. O binômio luto e melancolia passa então a protagonizar a construção de suas pesquisas sobre o suicídio, questionando a função do Eu e o estatuto do objeto implicado no fenômeno.

A inclusão do narcisismo e da dimensão do objeto possibilitam um avanço na teoria sobre o suicídio, e por outro lado trazem também influências significativas para a compreensão do sofrimento envolvido na perda de objeto, bem como um maior esclarecimento da dinâmica melancólica. É a partir da análise dos fenômenos autorecriminatórios, característicos da melancolia, que se pode chegar à identificação

regressiva que faz subjugar o Eu a partir do objeto perdido. Neste sentido, a vinculação da melancolia à autodestruição sustenta-se na seguinte ideia: a possibilidade de o Eu voltar-se a si mesmo como a um objeto, e assim de renunciar à autopreservação.

Em complemento a isso, a sexualidade levada ao campo do Eu faz emergir questionamentos acerca do papel das pulsões de autoconservação, que até então não dispunham de libido. Lembramos que a sexualidade é propriamente o campo da emergência do conflito psíquico e que, levada ao âmago do Eu, trazem novos desenlaces à teoria psicanalítica. Tais reflexões levam a um terceiro momento na teoria pulsional, pela elaboração da dicotomia entre pulsões de vida e pulsões de morte, a partir da qual temos uma nova perspectiva ao uso de substâncias e ao suicídio. Pode-se assim dizer que a tendência à autodestruição, que converge em renúncia à autopreservação e a um sadismo que retorna ao eu, passa aqui a ser referida como cultura de pulsão de morte. Neste sentido, a desvinculação pulsional propiciada em maior ou menor grau pela constituição do sujeito subsidiará o eixo em torno do qual rotacionam ambos os fenômenos: suicídio e toxicomania.

Estas concepções não fornecem algumas pistas acerca dos processos psíquicos que aproximam o suicídio do uso de substâncias. No entanto, entendemos que a análise do luto e da melancolia apresentam um papel importante da fundamentação da presente pesquisa. Adiante, seguiremos com a exposição de dois estados que, herdeiros do narcisismo, nos ajudarão a compreender melhor o suicídio para a psicanálise: o luto e a melancolia.

4.4 O LUTO E A MELANCOLIA

Sustentamos que o que permitiu a Freud retomar a discussão entre luto e melancolia foi a introdução aos conceitos de narcisismo e ideal de eu. Isso porque tais

conceitos renascem sob o parecer de uma perda na vida pulsional, em maior ou menor grau, a partir de uma perda objetal que é sentida enquanto perda do Eu. No caso mais específico da melancolia, o que acontece para além disso é a substituição do investimento objetal por uma regressão e subsequente identificação (regressiva).

Para Freud, os destinos de uma perda são possíveis na saída pela elaboração do trabalho de luto, ou no fracasso dessa elaboração e a conseqüente queda na melancolia; em uma terceira via, menos discutida em seus escritos metapsicológicos, se encontra a rejeição da perda culminando em uma psicose alucinatória, uma formação da fantasia-desejo que teria como seu correspondente não-patológico o mecanismo do sonho.

A já conhecida associação entre luto e melancolia se dá pelo quadro geral e pela coincidência de causas oriundas de interferências da vida. Primeiramente, adentraremos às especificidades do luto, reservando a sequência à melancolia.

Em *Luto e melancolia* (1917), Freud caracteriza tanto o luto quanto a melancolia como reações a perdas, referindo-se, no segundo, à perda de um objeto de natureza mais ideal. Ambos se caracterizam, em termos psíquicos, pelo abatimento doloroso, cessação de interesse pelo mundo exterior, perda da capacidade de amar e inibição de toda atividade que não se ligue à memória do objeto perdido. No caso da melancolia, no entanto, Freud (1917) aponta que há um extraordinário rebaixamento da autoestima (sentimento de si) e empobrecimento do eu; o que não é visto no luto, em que o mundo é que se torna pobre e vazio.

Do ponto de vista econômico, o trabalho de luto consiste em um doloroso trabalho de retirada da libido, tendo em vista a perda do objeto. Isso desperta certa oposição, uma vez que “o ser humano não gosta de abandonar uma posição libidinal mesmo quando um substituto já se anuncia” (FREUD, 1917, p. 173). Dessa forma, essa oposição

pode ser tão intensa a ponto de encadear um afastamento da realidade e apego ao objeto mediante uma psicose de desejo alucinatória.

Em termos econômicos, Freud afirma que o trabalho é realizado aos poucos, com grande aplicação de tempo e dispêndio de energia, sob as expensas de um prolongamento da existência do objeto perdido na psique ao longo deste processo. Cada uma das lembranças e expectativas é enfocada e superinvestida, e em cada uma sucede o desligamento da libido. Sucede que, após a consumação do trabalho de luto, o Eu fica novamente livre e desinibido. Neste ponto, o exame da realidade realizado pela instância egoica é essencial para que o trabalho de luto ocorra, confrontando o sujeito com a inexistência do objeto, para assim libertar sua libido pouco a pouco e convencê-lo a romper o vínculo com o objeto eliminado.

Cabe ao luto, portanto, a tarefa de executar esse desprender-se do objeto em todas as situações em que o objeto era alvo de grande investimento. O caráter doloroso dessa separação condiz com (...) elevado e irrealizável investimento com anseio no objeto, na reprodução das situações em que a ligação ao objeto deve ser dissolvida (FREUD, 1926, p. 123).

Conforme Freud (1926), a dor é uma conhecida reação afetiva, fonte de intenso desprazer, que ocorre após uma separação do objeto amado, juntamente ao luto. Esse afeto nasce quando uma vivência rompe os dispositivos do psiquismo que o protegem contra a exacerbação de estímulos, e passa assim a agir como estímulo pulsional constante, exigindo forte investimento narcísico no local dolorido. Conforme o autor, a passagem da dor física à dor psíquica corresponderia à mudança de investimento narcísico para objetal, podendo fazer desaparecer a dor física pela concentração libidinal no representante psíquico – uma ideia que aparece bastante ilustrada no caso de Ana em sua relação com a dor. Por outro lado, à medida que a dor aumenta, age sobre o Eu de modo “esvaziador” (p. 122), o que, na impossibilidade de ser inibição, acarreta em um estado de desamparo psíquico.

Além das estreitas relações com o luto e o desamparo psíquico, a dor possui fortes vínculos com a angústia, que corresponderia, brevemente, a uma reação ao perigo da perda de um objeto e ao respectivo perigo que essa perda traz consigo. Tais relações serão melhores exploradas no subcapítulo posterior, sobre a angústia e o desamparo.

Retomemos as considerações sobre o luto: ainda diante da demora e da intensidade da dor, Freud (1915) – tomando a referência do sonho enquanto modelo normal dos distúrbios psíquicos narcísicos –, estabelece um paralelo de mesma ordem entre o luto e a melancolia, a partir do qual afirma que o luto não é patológico e prescinde de tratamento médico. Ele afirma que o luto é superado após certo tempo e que perturbá-lo é inapropriado e até mesmo prejudicial. No mesmo viés, diante de uma perda de grande significação, o autor afirma que, do ponto de vista topológico, a demora no processo e lentidão de seu progresso devem-se à noção de que a representação inconsciente (da coisa) do objeto é constituída por inúmeras impressões singulares (traços inconscientes). A “monotonia” que a clínica destes casos nos apresenta, neste sentido, com queixas fatigantes e aparentemente sempre iguais, tem origem em fundamentação inconsciente, na qual cada uma das lembranças é superinvestida, mas cada lembrança remete a uma nova impressão. Esse processo de desligamento ocorre pela via regressiva que, desimpedida, permite a passagem do inconsciente à consciência.

Tomando como referência a melancolia, na qual uma das características mais proeminentes (mas não determinante) é a ambivalência diante de perda e do objeto perdido, Freud defende que tal conflito ambivalente (próprio ao sistema inconsciente) atua como fator de “complicação” à via de um luto, tornando-o patológico. Ele pode ser constitucional, isto é, próprio de todo vínculo amoroso desse Eu, ou nascer das vivências

ocasionadas pela ameaça da perda do objeto, que podem ativar materiais inconscientes reprimidos. O autor complementa:

Quando existe uma predisposição para a neurose obsessiva, o conflito da ambivalência empresta ao luto uma configuração patológica e o leva a se exprimir em forma de autorrecreminações, nas quais o indivíduo mesmo teria causado – isto é, desejado – a perda do objeto de amor (FREUD, 1917, p. 183).

Assim, vê-se nas depressões neurótico-obsessivas a marca pelo conflito ambivalente e autorrecreminações pelo desejo de morte da pessoa amada, emprestando ao luto um caráter patológico. Em “Considerações atuais sobre a guerra e a morte” (1915), Freud complementa que “nosso inconsciente não executa o assassinio, apenas o imagina e deseja” (p. 242). Tal afirmação corrobora com a ideia da impossibilidade de conceber inconscientemente a própria morte, uma vez que o desejo de morte é sempre desejo de morte do outro. Assim, da morte do outro advém então o conflito: admitiu-se a morte também para si, mas contesta-se seu significado de aniquilamento da vida; este último fica restrito ao campo estrangeiro do objeto. Também do desejo decorre a proibição moral: “não matarás”. Nesse sentido, Freud (1915) acrescenta que “uma proibição tão forte pode se dirigir apenas a um impulso igualmente forte. O que nenhuma alma humana cobiça não é necessário proibir, exclui-se por si mesmo” (p. 241).

O inconsciente é, dessa forma, inacessível à ideia da própria morte, ambicioso pela morte do estranho e vigorosamente ambivalente em relação à pessoa amada. Ressalta-se, nesse sentido, que é a partir da morte do outro que o ser humano concebe a própria mortalidade, embora também reconheça a morte do outro como justa, na medida que se refere ao outro-estrangeiro. Fica o triunfo por ter permanecido vivo. Decorre disso a ambivalência afetiva que incide no luto e na satisfação pela morte do outro, levando à culpa do sujeito. A fim de lidar com a culpa pela satisfação e com a contestação do próprio aniquilamento, o ser humano busca recursos na ficção, onde

encontra substitutos para as perdas da vida; também inventa espíritos, corpo e alma e crença na imortalidade, tudo com o propósito de roubar à morte seu significado.

Entretanto, como o luto leva o Eu a renunciar ao objeto, declarando-o morto e premiando o Eu por continuar vivo, igualmente cada conflito da ambivalência relaxa a fixação da libido no objeto, desvalorizando-o, depreciando-o, até abatendo-o, por assim dizer. É possível que chegue ao fim no sistema Inconsciente, seja após a raiva ter se esgotado, seja após o objeto haver sido abandonado por não ter valor (FREUD, 1917, p. 192-193).

E esse caso é, como na pré-história, a morte ou o risco de morte de um dos nossos amores, de um genitor ou cônjuge, um irmão, filho ou amigo dileto. Esses amores são para nós uma propriedade interior, componentes de nosso próprio Eu, mas também estranhos em parte, e mesmo inimigos. O mais terno e mais íntimo dos laços amorosos tem, com ressaltos de bem poucas situações, um quê de hostilidade que pode incitar o desejo inconsciente de morte (FREUD, 1915, p. 244).

Entende-se, dessa forma, que todo luto é sentido, em maior ou menor grau, enquanto perda do próprio Eu, ou seja, enquanto morte de si mesmo – mas sem colocar em risco o registro de alteridade em relação ao objeto, subjugando-se a ele (de outro modo, passamos ao campo da melancolia). Da mesma forma, envolve, em maior ou menor grau, uma ambivalência em relação à perda. Segundo Pinheiro, Quintella e Verzman (2010), no luto há uma elaboração psíquica da perda, com possibilidade de separação do objeto e reinvestimento num substituto, protegendo o sujeito do desmoronamento narcísico do qual o melancólico não consegue escapar: “Ele [o luto] trabalha no sentido de dar um estatuto afirmativo a algo que se perdeu, bem como dotar este fato de um arcabouço simbólico” (2010, p. 149).

Contudo, para além do luto e da melancolia, ao longo dos anos a singularidade da clínica tem nos mostrado múltiplas possibilidades nos destinos de uma perda, que incluem uma variedade de quadros entre o resgate pleno da libido e a saída radical pela

rejeição ou melancolia (MENDLOWICZ, 2000). Sobre isso, Pinheiro, Quintella e Verztman (2010) apontam a existência de uma terceira saída à perda pela via da depressão contemporânea. Para os autores, luto, melancolia e depressão são diferentes modos de subjetivação da perda, que divergem na forma como o sujeito se situa no discurso acerca de si mesmo. Se o discurso da melancolia remete a uma nadificação (“eu não sou nada”), a frase que caracteriza a construção narrativa da depressão é “eu já fui e hoje não sou mais”. Isso porque depressão acontece pautada na noção de crença narcísica, um ponto que assinala a introjeção do sentido de onipotência narcísica pela criança, mediante incidência dos ideais e discursos parentais. A crença narcísica é “um hiperinvestimento nas ideias de imortalidade e onipotência do eu, subjacentes à própria formação do eu-ideal” (PINHEIRO, QUINTELLA & VERZTMAN, 2010, p. 148). Isto é, a depressão representa uma condição na qual o sujeito permanece atado a um eu ideal constituído no discurso familiar, contudo perdido e sem qualquer possibilidade de recuperação. Nessa configuração, o ideal do eu permanece colado à imagem perdida de si mesmo.

Entendemos a introjeção, neste caso, a partir do conceito introduzido por Ferenczi desde 1909, e que é retomado por Abraham e Torok (1995) na contraposição do mecanismo incorporador. A introjeção diz respeito a um processo de interiorização das relações libidinais; recorre aos mecanismos de simbolização para que disso se tenha um alargamento do Eu propiciado pela extensão dos investimentos autoeróticos. Na impossibilidade de uma introjeção, seja do objeto perdido ou do sentido de onipotência narcísica, passamos então ao campo da melancolia. Török e Abraham (1995) defendem a distinção entre introjeção da incorporação na medida em que a primeira remete à possibilidade de articulação psíquica do objeto externo, enquanto a incorporação é entendida como uma recusa da introjeção. A incorporação forja a base da condição

melancólica, marcando a impossibilidade de atribuir sentido à experiência traumática, sem inscrição em uma cadeia associativa.

Como apresentamos, assim como o luto a melancolia constitui a reação frente a uma perda. Caracteriza-se, em termos psíquicos, pelo abatimento doloroso, cessação de interesse pelo mundo exterior, perda da capacidade de amar e inibição de toda atividade que não se ligue à memória do objeto perdido. Distingue-se do luto pelo estatuto do objeto perdido em questão, tanto por sua natureza de ordem inconsciente quanto pela supremacia deste sobre o sujeito. O melancólico é aquele que não sabe o que ou quem perdeu. Ou, mesmo que saiba designar quem, não sabe dizer o que perdeu nesse alguém, de modo que todo o seu quadro fenomenológico aparece sob um enigma no qual não é possível dizer aquilo que tanto absorve o sujeito. A melancolia pode ser assim classificada como uma hemorragia interna, e também uma “ferida aberta”, atraindo energia de investimentos de todos os lados.

Tanto no luto quanto na melancolia, que pode ser compreendida enquanto modelo de luto patológico, a perda de um objeto amado que ocorre não necessariamente pela via da morte, mas por alguma espécie de abalo na relação – decepção, menosprezo ou ofensa – que leva à sua perda enquanto objeto amoroso. Na melancolia, contudo, ocorre então a introdução de algo que gere uma oposição de amor e ódio, ou o reforço de uma ambivalência existente. Isso porque a ambivalência para com o objeto é um dos pressupostos elencados por Freud (1917) para a melancolia, para além da perda objetal já mencionada e de uma regressão da libido ao Eu.

Diferentemente do luto, em que o montante de libido objetal resultante da perda é temporariamente redirecionado ao Eu para o exercício de um trabalho que sequenciará a libertação dessa energia para novos investimentos, a libido objetal resultante da perda na melancolia tem um papel especial: ao ser recuada para o Eu, ela servirá para

estabelecer uma identificação com o objeto perdido. O que se segue é uma fixação no objeto amoroso, impedindo o deslocamento objetal; essa fixação e a pouca oposição do investimento objetal refletem uma contradição que aponta para uma escolha objetal feita sobre bases narcísicas, cujo ganho reside precisamente no não abandono da relação amorosa.

À melancolia associamos modos de relação sustentados na fase oral do desenvolvimento psicosexual, expressos na relação com o objeto por meio de mecanismos como a incorporação e devoração como principal via de obtenção de prazer, aos moldes canibalísticos. A incorporação busca paradoxalmente manter o objeto perdido vivo dentro de si. Dessa forma, o sujeito se situa a partir de uma cisão psíquica radical e sob o regime compulsivo da pulsão da morte. Associa-se a uma negação da perda e se aproxima a uma psicose alucinatória que mantém o objeto congelado e encriptado, impossibilitando uma elaboração do perdido. Há, neste sentido, uma profunda dependência do sujeito em relação ao seu objeto e uma articulação entre amor e aniquilamento, que se associa ao não reconhecimento de fronteiras entre eu e o outro. Trata-se, portanto, de devorar o objeto em si, totalizado, promovendo o anulamento do Eu pelo triunfo objetal. A incorporação, neste sentido, configura uma introjeção impossível de ser realizada, ainda que possa coexistir com este último mecanismo dentro do sujeito (TOROK, 1995).

A partir destes pontos, podemos pensar que o mecanismo da incorporação pode ser visto de diferentes modos nos casos de Ana e Helena, no que concerne às suas perdas e traumas. Aqui questionamos a realização de um trabalho de luto efetivo no caso de Ana: no decorrer do tratamento, vemos que a dimensão dos objetos perdidos em questão se coloca em termos de um luto patológico ou de um modo de identificação maciça ao objeto, expressando-se em um luto impossibilitado pela dimensão narcísica

e de desejo que convoca em Ana – um desejo com o qual ela não consegue se reaver fora da posição alienada ao Outro e que, em última instância, provoca a falha do processo de introjeção da perda. No caso de Helena, veremos que os traumas infantis, que são sequenciados pela perda do pai e reatualizados em muitas outras cenas de sua vida, colocam-na em uma posição onde a única via possível de destino ao luto se faz pela incorporação de objeto, aos moldes de uma fixação oral canibal. Neste sentido, a identificação totalitária à figura agressora e/ou abandonadora lhe instaura um conflito ambivalente avassalador, no qual a atuação se faz presente a todo momento como tentativa de inscrição simbólica do vivido. Seu modo de funcionamento se dá, como abordaremos a seguir, sob as organizações oral e sádico-anal, inscrevendo-se sob a falha da maternagem e das primeiras triangulações – incorrendo em uma falha de sua formação narcísica.

Acerca da identificação narcísica, é importante observar que diferentemente da identificação histérica o investimento objetal é abandonado; na histérica, por sua vez, persiste e mostra influência sobre o sujeito. Assim, na identificação narcísica a libido pode regredir ao narcisismo quando se defronta com obstáculos no investimento, substituindo o anterior investimento amoroso e prescindindo de um possível abandono, ainda que haja conflitos com o objeto.

É interessante ressaltar que, no texto *O Eu e o Id* (1923), Freud argumenta que tal processo identificatório não se restringe à melancolia, mas, pelo contrário, constitui o próprio Eu ao longo da vida. Inclusive as mais antigas dessas identificações regressivas, derivadas da dissolução do complexo de Édipo, ocupam e formam, de fato, o núcleo do Supereu.

A regressão da libido ao narcisismo aponta, da mesma forma, a uma regressão à fase oral da libido: conforme nos aponta Freud, a identificação é o estágio preliminar da

escolha de objeto, e o primeiro modo como o Eu destaca um objeto (de forma ambivalente). “Ele gostaria de incorporar esse objeto, e isso, conforme a fase oral ou canibal do desenvolvimento da libido, por meio da devoração”, a qual se relaciona a frequente recusa de alimentação da melancolia (FREUD, 1917, p. 182). Como abordado, a incorporação forja a base da condição melancólica, marcando a impossibilidade de atribuir sentido à experiência traumática, sem inscrição em uma cadeia associativa, e que se relaciona intimamente com o mecanismo de atuação compulsiva como tentativa de simbolização.

Segundo Magtaz e Berlinck (2012), a incorporação de objeto aponta para a fixação dos transtornos da oralidade, característica dos sintomas da melancolia. Inconscientemente, o melancólico dirige ao objeto amado o desejo de incorporá-lo, devorá-lo e destruí-lo – e paradoxalmente destrói-se o objeto para mantê-lo vivo. Nesse viés, a disposição melancólica está diretamente relacionada à escolha de objeto do tipo narcísica e a regressão do investimento erótico à fase oral. Essa dinâmica, que retoma o triunfo do objeto sobre o eu apontado por Freud (1917), não se restringe à neurose narcísica, mas pode acontecer de forma relativamente independente à estrutura psicopatológica do sujeito, aos moldes de uma melancolização do quadro clínico.

É o caso das perdas narcísicas, que, por alguma razão, não podem se confessar enquanto perdas. O luto indizível, segundo os autores Abraham e Torok (1995), instaura no sujeito uma “sepultura secreta”, com a clivagem radical do objeto no psiquismo – como uma “cripta”. Segundo Mendlowicz (2000, p. 92), sendo a introjeção uma medida não compensatória da perda objetual, entra em ação o mecanismo fantasmático da incorporação, na tentativa de negar a perda e congelar o objeto dentro do sujeito por meio de uma espécie de fixação. Decorre disso uma cura ilusória pela incorporação, na medida em que o sentido da perda é negado e há uma recusa ao luto, não permitindo a

integração do objeto no eu (TOROK & ABRAHAM, 1995). Mendlowicz (2000) retoma Freud (1917) ao acrescentar que, quando a oposição à perda é muito intensa, pode ocorrer um aprisionamento intenso no objeto, instaurando uma psicose desejosa alucinatória.

Em conjunto a isso, complementa-se que, segundo Lambotte (2003), há de se notar na melancolia uma grande ausência ou fragilidade especular, devido à insuficiência primária de uma imago materna. Isto é, a função insuficiente do olhar materno, ao invés de contornar a silhueta na criança com um prazer de troca, identificando-se na unicidade do corpo da mãe, esta atravessou o corpo da criança como se estivesse dirigido a um outro lugar – ou ao nada a que o melancólico se identifica.

O que se segue à incorporação é possivelmente o seu traço mais marcante: uma ambivalência se sobressai ao sujeito, culminando em uma diminuição da autoestima (ou sentimento de si – *selbstgefühl*³) que se manifesta sob a forma de incessantes autorrecriminações e ofensas por parte do melancólico a si mesmo, podendo chegar a uma delirante expectativa de punição. Em conjunto a isso, um enorme empobrecimento do Eu, subjugado pelo objeto triunfante, e uma fixação em um trauma pré-especular que introduz um sentimento de não existência de si (PINHEIRO, QUINTELLA & VERZTMAN, 2010). Deve-se a isso a ideia de que “o automartírio claramente prazeroso da melancolia significa, tal como o fenômeno correspondente na neurose obsessiva, a satisfação de tendências sádicas e de ódio relativas a um objeto, que por essa via se voltaram contra a própria pessoa” (FREUD, 1917, p. 184). Isto é, as queixas, recriminações e insultos

³ Conforme nota de tradução, o prefiro *selbst* articula-se ao sentido do movimento de retorno pulsional à própria pessoa, um dos destinos pulsionais mencionados por Freud em “Os instintos e seus destinos” (1915).

redirecionados a si mesmo, sem demonstrações de remorso ou vergonha, ocorrem pois se direcionam, em última instância, ao objeto identificado a si mesmo. Assim, o sujeito se vinga dos objetos originais a partir da melancolia, depois de se entregar a ela para não ter de lhe mostrar sua hostilidade.

Havia uma escolha de objeto, uma ligação da libido a certa pessoa; por influência de uma *real ofensa ou decepção* vinda da pessoa amada, ocorreu um abalo nessa relação de objeto. O resultado não foi o normal – a libido ser retirada desse objeto e deslocada para um novo –, e sim outro, que parece requerer várias condições para se produzir. O investimento objetal demonstrou ser pouco resistente, foi cancelado, mas a libido livre não foi deslocada para outro objeto, e sim recuada para o Eu. Mas lá ela não encontrou uma utilização qualquer: serviu para estabelecer uma *identificação* do Eu com o objeto abandonado. Assim, a sombra do objeto caiu sobre o Eu, e a partir de então este pôde ser julgado por uma instância especial como um objeto, o objeto abandonado. Desse modo a perda do objeto se transformou numa perda do Eu, e o conflito entre o Eu e a pessoa amada, numa cisão entre a crítica do Eu e o Eu modificado pela identificação” (FREUD, 1917, p. 180-181).

Não é necessário saber se a autocrítica coincide com o julgamento alheio (mesmo porque muitas vezes elas demonstram claramente não se adequar à pessoa), uma vez que o melancólico se utiliza dela para verdadeiramente descrever sua situação psicopatológica: ele perdeu o amor-próprio e o respeito de si; e suas declarações, em última instância, indicam uma perda no próprio Eu. Desse modo, a divisão do sujeito (Eu) proporcionada pela melancolia e sua respectiva contraposição entre as partes, uma tomando a outra como objeto, fazendo avaliações críticas falam, primeiramente, de uma instância crítica dissociada do Eu, e autônoma, a quem Freud neste momento chama consciência moral, incluindo-a entre as grandes instituições do Eu, ao lado da censura da consciência e do exame da realidade. Mas, para além disso, a divisão melancólica constitui um dos momentos mais decisivos da psicanálise para a compreensão do suicídio, na medida em que aponta para a situação psicopatológica em que o sujeito que pode enfim ser tomado como objeto de si mesmo.

Freud (1915), como apresentado, primeiramente considera o masoquismo enquanto retorno pulsional do sadismo (primordial) a si mesmo, constata nessa época

que “apenas esse sadismo nos resolve o enigma da inclinação ao suicídio, que torna a melancolia tão interessante – e tão perigosa” (FREUD, 1917, p. 185). Embora essa ideia seja revista posteriormente, é esse avanço metapsicológico que permite ao suicídio novas considerações, que por fim percorrem os caminhos das pulsões de morte.

Agora a análise da melancolia nos ensina que o Eu pode se matar apenas quando, graças ao retorno do investimento objetal, pode tratar a si mesmo como um objeto, quando é capaz de dirigir contra si a hostilidade que diz respeito a um objeto, e que constitui a reação original do Eu a objetos do mundo externo (...). Assim, na regressão da escolha de objeto narcísica o objeto foi eliminado, é verdade, mas demonstrou ser mais poderoso que o próprio Eu. Nas duas situações opostas do total enamoramento e do suicídio, o Eu é subjugado pelo objeto, embora por caminhos inteiramente diversos (Freud, 1917, p. 185).

O suicídio decorre, portanto, de um redirecionamento de pulsões homicidas direcionadas ao outro que se voltam a si mesmo. Segue que, após a identificação regressiva, o processo melancólico pode se tornar consciente e aparece como um conflito entre o Eu e a instância crítica sob a qual o Eu é julgado. O objeto amoroso, por sua vez, ao refugiar-se no Eu, escapa à eliminação; subsiste inconscientemente. Em torno disso, travam-se inúmeras batalhas em que ódio e amor lutam entre si: um para desligar a libido do objeto, o outro, para manter essa posição da libido contra o ataque – incorrendo no mencionado duplo narcísico que justapõe amor e ódio voltados a si mesmo.

Por fim, como dito, Freud pontua três pressupostos da melancolia: a perda do objeto, a ambivalência e a regressão da libido para o Eu. Porém, argumenta que os dois primeiros são também encontrados em recriminações obsessivas após a perda (depressões obsessivas). “Nestes é a ambivalência que certamente constitui a mola do conflito, e a observação mostra que, passado ele, nada resta que assemelhe o triunfo de uma disposição maníaca” (FREUD, 1917, p. 193). Assim, apenas o terceiro fator – a regressão da libido a partir de uma escolha narcísica – é o único fundamental à

melancolia, ao qual se atribui a possibilidade da mania, que se sustenta sob os mesmos determinantes econômicos.

Embora o quadro melancólico possa evoluir sem a mania, esta é uma de suas maiores particularidades. Entende-se que, na mania, o Eu tem de haver superado a perda do objeto enigmático, libertando todo o montante de constrinvestimento anteriormente atraído ao Eu em identificação ao objeto. Freud (1917) equipara o sujeito em situação maníaca a um faminto em busca de novos investimentos de objeto, mostrando a libertação do objeto com o qual sofreu (p. 188-189). Não seria possível pensar aqui na “fome” do sujeito toxicômano pelo seu objeto?

De certo, temos entre a toxicomania e a melancolia um certo número de correlações. Segundo Pimenta, Cremasco e Lesourd (2011), o toxicômano e o melancólico são equiparáveis pela sua forma de relação com a falta e com o gozo. Neste sentido, ambos se protegem do desamparo por uma via que prescinde da palavra. Seja pelo esvaziamento de si ou pelo recurso ao tóxico, o que se tem é sempre a busca por uma satisfação completa, aos moldes nirvânicos ou de um casamento perfeito, que os mantenham integrados e afastados da ameaça de destruição proveniente da situação de desamparo. Assim, melancólico e toxicômano devoram o objeto para destruir sua alteridade e mantê-lo incorporado – como único recurso disponível para preservá-lo (p. 260).

Para Le Poulichet (1996), para um toxicômano o verdadeiro tóxico não é provavelmente a droga em si, mas uma forma de aspiração nadificante subjacente a um ideal no outro, ao que poderemos articular o mecanismo melancólico. Nesse sentido, a droga entra como automedicação contra a ameaça avassaladora de desamparo, criando um “envelope corporal”. A toxicomania, portanto, existe como forma de fazer-se corpo estranho, pela operação do *phármakon*, a fim de escapar de uma dependência bem mais

radical do que a da droga (CREMASCO, 2012). Entendemos que é na intersecção do uso da substância com a dimensão subjetiva paradigmática da melancolia que poderemos também apreender o desfecho suicida.

Aqui temos, por fim, a sustentação metapsicológica que nos permite compreender o suicídio e associá-lo à toxicomania. É a partir de um objeto identificado a si mesmo, objeto que remete a uma perda, que o Eu poderá ser narcisicamente tomado como objeto hostil de si mesmo. Isto porque esta hostilidade não pode ser direcionada ao outro. É, assim, tomada como um objeto estranho em si mesmo, objeto este que também faz referência ao mecanismo melancólico no qual, utilizando-se de um objeto estranho – o tóxico – cria-se também um corpo outro, estranho a si mesmo. Diante da estranheza, no entanto, advém a ameaça na qual o sujeito é convocado a se defender. Aqui lembramos que a patologia se articula muito bem ao fato de que o Eu utilize contra si mesmo os mesmos métodos de que se vale contra o desprazer vindo de fora. Além disso, este mecanismo da ameaça dado por algo, por um objeto estranho e hostil para si mesmo, diz respeito propriamente ao campo da angústia e do desamparo. Assim, passemos às suas considerações teóricas.

4.5. A ANGÚSTIA E A SITUAÇÃO DE DESAMPARO

De um lado, a dor e o luto sublinham reações após a perda de um objeto amado que demandam difíceis tarefas psíquicas com grande dispêndio de energia, e expressam feridas narcísicas naquele que perde – assim Freud nos apresenta uma compreensão da condição geral dos estados de perda, que também incluem a depressão e a melancolia. De outro lado, vem a angústia para falar sobre os perigos de uma possível perda, ou de uma separação do objeto. É isso que Freud nos aponta em “Inibição,

sintoma e angústia” (1926), texto no qual trabalha as principais características da angústia e suas relações com o trauma da separação.

O autor circunscreve a angústia como reação afetiva que compõe o sistema defensivo egoico contra os perigos pulsionais. Enquanto afeto, portanto, aparece sob indícios de uma ameaça (neste caso, imprecisa e sem objeto) sinalizando desprazer ao Eu, este definido como sua “sede real” (FREUD, 1926). Da mesma forma, a angústia é inauguradora do estado de desespero, que pode se vincular às tentativas de suicídio na medida em que os desesperados enxergam na morte solução para suas angústias. A angústia não tem objeto definido e, desse modo, não indica um perigo real ou iminente – diferentemente do medo. Caracteriza assim uma ameaça que não está em lugar nenhum e está em todo lugar, podendo se deslocar para o mundo a fim de proteger o sujeito do que é insuportável em si mesmo (CREMASCO, 2012).

Fala-se sempre de um perigo interno uma vez que há sempre um componente pulsional aliado à ameaça angustiante. Pode bem ocorrer, inclusive, que uma exigência pulsional de ordem masoquista, destrutiva, se volte à própria pessoa diante de um perigo real e iminente. Conforme Freud (1926), esse acréscimo pode explicar em que a reação à angústia é excessiva, inadequada e paralisante: “Perigo externo e interno, perigo real e exigência instintual convergem na relação com a situação traumática, em que o indivíduo se encontra desamparado” (p. 118).

A situação traumática, por sua vez, refere-se à reação originária do sujeito frente ao desamparo traumático, expressa pela via da angústia. Esse trauma original remete à situação de separação instaurada pelo nascimento, na qual o indivíduo, prematuro e dependente, se vê exposto ao perigo do desamparo a que reage por meio da angústia. Sendo a mãe ou o sujeito que desempenha a função materna aquele que satisfaz todas as necessidades da criança, o perigo que se coloca em jogo é o da insatisfação, e de

uma crescente tensão desprazerosa decorrente da necessidade, frente à qual a criança é indefesa e impotente. Nesse sentido, o bebê pode não estar cômico da possibilidade de destruição de sua vida, mas sente grande perturbação da economia de sua libido narcísica por um trauma de impotência, derradeira e aniquilante.

É condição para a angústia, portanto, o desamparo psíquico, que será sentido enquanto trauma na medida em que é lançado ao Eu um excesso de excitação que rompe com seu sistema defensivo e torna impossível sua assimilação pelas vias habituais – sem possibilidade de domínio ou descarga. O que se segue posteriormente é sempre uma expectativa de desamparo ou lembrança de vivência traumática de desamparo originária, sentida enquanto perigo angustiante para o Eu. Isto é, não encontrando outras vias para lidar com o excesso libidinal, o sujeito se comporta em antecipação à revivência do trauma original, como se ele estivesse presente, enquanto ainda há tempo para afastá-lo. Portanto, a angústia é, de um lado, a expectativa do trauma e, de outro lado, sua repetição atenuada (FREUD, 1926).

A situação de perigo é a reconhecida, recordada, esperada situação de desamparo. A angústia é a original reação ao desamparo no trauma, que depois é reproduzida na situação de perigo como sinal para ajuda. O Eu, que viveu passivamente o trauma, repete ativamente uma reprodução atenuada do mesmo, na esperança de poder ele próprio dirigir seu curso. Sabemos que a criança se comporta dessa maneira com todas as impressões que lhe são penosas, reproduzindo-as na brincadeira; ao assim mudar da passividade para a atividade, ela busca dominar psiquicamente as impressões de sua vida. Se este for o sentido da “ab-reação de um trauma”, não há mais o que objetar a isso. O decisivo, porém, é o primeiro deslocamento da reação de angústia, de sua origem na situação de desamparo à expectativa dessa, a situação de perigo. Seguem-se depois os deslocamentos do perigo para a condição para o perigo, a perda do objeto e as já mencionadas modificações dessa perda” (FREUD, 1926, p. 116-117).

No trecho acima, observamos uma referência direta à brincadeira infantil, tratada em “Além do princípio do prazer” (1920) pelo *fort-da*, elaborado por Freud ao observar uma criança que repetitivamente brincava com o desaparecimento e reaparição de um carretel, a partir da ausência da mãe. O jogo estava relacionado à renúncia pulsional por

ele conquistada, ao permitir a ausência da mãe sem protestos. Assim, a compensação se dava pela encenação ativa (passagem da passividade à atividade) do desaparecimento e reaparição dos objetos ao seu alcance; assim a criança reproduz na brincadeira “todas as impressões que lhe são penosas”. Pelo *fort-da*, Freud associa a repetição de vivências anteriormente dolorosas à obtenção direta de prazer de outra ordem, rompendo com o domínio do princípio do prazer e conduzindo aos caminhos da pulsão de morte, já tratados anteriormente. Dessa forma, temos condições de situar economicamente a questão da reprodução traumática, destinando-a aos domínios da compulsão à repetição. Isto é, buscando uma repetição ativa e atenuada da situação traumática original (deslocada a uma situação subjacente), o sujeito passa a reproduzir a sensação angustiante deslocando-se do perigo (o desamparo como perigo em si) para uma situação que remete à condição para o perigo (desamparo como condição): a separação ou a perda do objeto – angústia de caráter autopreservante – que mais tarde se referirá não à perda do objeto real, mas à perda do amor do objeto. Neste sentido, também a situação de dependência biológica da criança como feto é substituída para ela por uma relação de objeto psíquica em relação à mãe (FREUD, 1926).

Assim, Freud reformula sua teoria referente à angústia, contrariando a concepção inicial de que o afeto seria criado novamente na repressão, ou adviria da libido reprimida. Desenvolve que a angústia mesma é, pelo contrário, capaz de incitar a repressão, sinalizando desprazer ao Eu diante de um perigo pulsional. A angústia é, também, reproduzida como um estado afetivo em conformidade com uma imagem mnêmica já existente, como precipitado de experiências traumáticas primeiras, e na ocorrência de uma situação semelhante a angústia (e estados afetivos em geral) é revivida como símbolo mnêmico (angústia simbolizada).

Antes de adentrarmos ao âmbito da separação e perda do objeto, é preciso destacar aqui outro ponto bastante caro à teoria freudiana: o anacronismo etiológico das neuroses. A exemplo da menina que, já sendo mulher e mãe, chora pela boneca quebrada (FREUD, 1926, p. 91), o autor se refere ao neurótico como aquele que, na vida adulta, sustenta e faz persistir uma atitude infantil. Isso acontece, como já abordado, às custas de uma fixação libidinal em seu desenvolvimento psicosssexual e usualmente de repressões pulsionais – uma das possibilidades de processo defensivo. Assim, também a reprodução traumática angustiante acontece sob determinação infantil, a fins de dominação psíquica de impressões anteriores; e também desse modo retoma-se a importância do desenvolvimento psicosssexual do sujeito, que sequenciará uma série de angústias vividas por ele posteriormente – e que poderão subsistir simultaneamente no sujeito adulto.

Nesse sentido, a perda do seio materno constitui um segundo grande momento de angústia ao sujeito, sequenciando a situação do nascimento cujo perigo é o desamparo psíquico (Eu prematuro). Neste segundo momento, o perigo da perda do objeto corresponde à dependência do ser nos primeiros anos da infância, enquanto o perigo da castração seria o seu correspondente na fase fálica; por fim, a angústia diante do Supereu constituiria o perigo do período de latência (FREUD, 1926, p. 85). É dessa forma que ocorrerá o deslocamento do perigo para a condição do perigo (e suas modificações). Aqui também a castração é vivida enquanto perda para o sujeito – perda de si mesmo –, e constitui uma angústia de separação de um objeto de grande estima. Enquadra-se na mesma ordem do medo da morte, para o qual não há traço representável, e do abandono do Supereu protetor (p. 69-70).

Ao objetar a teoria de Rank sobre o trauma do nascimento, Freud (1926) se opõe com veemência à ideia de que o nascimento seja subjetivamente vivido como separação

materna, a partir de dois argumentos: o primeiro de que a mãe não pode ser reconhecida enquanto objeto pelo bebê – uma criatura completamente narcisista; e o segundo de que as já conhecidas reações afetivas à separação seriam sentidas como dor e luto, e não angústia. “Portanto, a dor é reação propriamente dita à perda do objeto, e a angústia, ao perigo que essa perda traz consigo e, em deslocamento posterior, ao perigo da perda do próprio objeto” (p. 121).

É importante destacar, no entanto, que é a separação da mãe (do corpo da mãe, no nascimento) que pode inaugurar o circuito pulsional do sujeito, aos moldes narcisistas, à semelhança do discurso de Aristófanes. Sob as mesmas colocações, observa-se que a base da angústia humana se encontra em sua falta inerente, instalando-se quando não há mais falta a partir da qual desejar (CREMASCO, 2012). É nestes termos que podemos pensar as correlações da toxicomania ao suicídio. Assim como Narciso nos demonstra, é a partir da replicação de si mesmo no espelho perfeito – nos moldes de uma replicação melancólica – que a morte advém, seja pela tentativa desesperada de capturar a falta suplantada ou pela sua obturação a partir da qual não há mais o que desejar. Em ambos os casos, queremos dizer que o suicida e o toxicômano se interseccionam em termos de uma relação análoga com o desamparo, com a angústia e sobretudo com a falta, diante da qual a tentativa de incorporação do objeto ocorre como busca de tamponar precisamente sobre a falta provocada pela alteridade. Há uma constituição narcísica que se assemelha em ambos os casos, e que se expressa pelo paradigma melancólico na medida em que esse narcisismo – falho – constitui uma condição para o aniquilamento subjetivo e supremacia do objeto perdido. Diante disso, entendemos que a forma como o sujeito vai responder diante da angústia provocada pelo confronto com a falta será decisiva para o que advém como tentativa suicida, seja pela evitação do afeto ou pela identificação maciça ao seu objeto.

“Não teria feito a menor diferença se ela tivesse me dado uma passagem para a Europa ou um cruzeiro ao redor do mundo, porque quer que eu estivesse – fosse o convés de um navio, um café parisiense ou Bangcoc – estaria sempre sob a mesma redoma de vidro, sendo lentamente cozida em meu próprio ar viciado.”

(A redoma de vidro – Sylvia Plath)

5 O CASO HELENA

Entre a invasão e o cuidado

À época em que iniciamos os atendimentos, Helena tinha 29 anos e busca a psicoterapia sob a queixa de alcoolismo. É uma mulher jovem, de aparência marcante pelas várias modificações corporais, dentre as quais se destaca o cabelo colorido e as inúmeras tatuagens.

Logo quando vou chamá-la na sala de espera do Centro de Psicologia Aplicada, encontra-se acompanhada de uma mulher mais velha, que descubro em seguida ser sua mãe. A presença da acompanhante, não habitual em minha prática até aquele momento, causa certo estranhamento. A impressão primeira, subjacente a essa cena, diz respeito a uma posição infantil de Helena diante da mãe, afinal, em que momento da vida pensamos ser comum o hábito acompanhar o próprio filho a uma consulta médica ou psicológica? Em articulação a isso, a presença da mãe me parece um tanto invasiva naquele ambiente.

Helena adentra ao consultório e sua primeira fala diz respeito à cena: “não sabia se devia chamar minha mãe para entrar junto...”, ao que eu questiono se ela gostaria se a mãe participasse da sessão. Ela diz estar em dúvida, pois a mãe também poderia falar sobre o seu estado, mas optou por não chamá-la.

Quando pergunto o que a trouxe até o atendimento, Helena conta que tem bebido demais, declarando-se uma alcólatra. Relata que não consegue manter vínculos saudáveis com ninguém – à exceção de sua mãe. Tem muitas oscilações de humor, sempre muito intensas, repentinas e destituídas de sentido, podendo ser bastante agressiva se alguém a irrita; conta também ter perdido cerca de 10 quilos nos últimos meses por causa da bebida.

Helena não bebe com grande frequência, conseguindo passar dias ou semanas sem a ingestão de álcool. No entanto, em suas recaídas apresenta um consumo bastante elevado, que perdura por dias ou mesmo semanas. Não se recorda desses momentos, do que decorre uma perda de memória extensa, sendo incapaz de lembrar de qualquer coisa que tenha feito. Essa questão, que é retomada muitas vezes por Helena ao longo do tratamento, diz respeito a um ponto bastante importante para seu caso, como veremos à frente.

É preciso situar que neste início, no entanto, nada sabemos sobre seu uso. Helena apenas põe-se a descrevê-lo, durante as entrevistas preliminares, como algo bastante prejudicial em sua vida. Sobre o motivo pelo qual começa a beber, Helena nada tem a dizer; isso lhe aparece como um enigma. De alguma forma, Helena sabe também que se coloca em situações de risco, porém sente medo de descobrir o que de fato faz sob efeito do álcool. Da perda de memória à reconstituição do que vive sob o efeito do álcool, quando Helena consegue se desintoxicar e recobrar a consciência, depara-se com muitas marcas: há garrafas de destilado vazias pela casa, bagunça, sujeira, invariavelmente encontra objetos quebrados. Acerca de seu corpo, vê hematomas, luxações, lesões e até mesmo fraturas. Assim, sente que pode estar “apodrecendo por dentro” e com isso conclui: “estou me matando”. Não há em seu discurso qualquer nível de ideação suicida ou planejamento. Também nega tentativas prévias de suicídio.

A despeito disso, Helena sente que não há motivos para que queira morrer, pois ela “tem tudo”. Uma frase que é escutada, após algumas sessões, com estranhamento. Tem tudo? – pergunto a ela, ao que ela associa imediatamente o papel da mãe, aquela que lhe dá tudo, e isso lhe causa certo incômodo. Ao longo do tratamento, esse discurso apresenta modificações severas, como veremos à frente.

Ainda na primeira sessão, após algum tempo descrevendo os efeitos do seu consumo, Helena traz uma cena recente: ela sai para comprar bebidas pela madrugada, ao que um homem desconhecido a aborda na rua, de dentro de um carro, oferecendo-lhe carona para levá-la para casa. Sabendo ser perigoso, ela aceita. O homem realmente a leva para casa, ela diz. Helena conta que bebeu muito naquela noite e que este homem permaneceu em seu apartamento; não se recorda do que aconteceu. No dia seguinte, porém, descobre que ele havia mexido em seu celular e ligado para sua mãe, se apresentando como alguém aparentemente preocupado com o estado em que ela estava. Para além disso, ela relata que ele apaga diversos contatos salvos na sua agenda, de homens com quem Helena tinha conversas de cunho afetivo. Helena toma isso com certo estranhamento, como algo da ordem de um controle, de ciúmes excessivos e como uma “invasão” de seu espaço, ela diz. Apesar disso, ela continua se relacionando com ele sem grandes problemas. Quando pergunto a ela por que continuou se relacionando com ele, ela afirma que a princípio entende esse comportamento dele como uma forma de “cuidado”.

A relação encerra pouco tempo depois, sob mediação da mãe. Entretanto, importa aqui situar que, junto a primeira cena invasiva da mãe, a impressão que esse relato me causa institui um horizonte construtransferencial que oscila o cuidado e a invasão; cuidado-invasivo que para mim aparece em duas de suas relações. A forma dramática como a paciente me relata os efeitos do álcool sobre si parece me convocar, nesse primeiro momento, a um lugar de cuidado. O que eu poderia fazer por ela? Seria eu capaz de cuidar de alguém em uma relação tão perturbadora?

Do cuidado ao abandono: as primeiras recaídas

Partindo dessa estranheza de si, que para Helena inicialmente aparecia sob a roupagem de uma dúvida (“não sei por que faço isso”), ao longo dos atendimentos passa

a dar lugar a um questionamento real e angustiante acerca de seu uso: “por que eu faço isso?”. Na mesma via, Helena me traz um outro questionamento bastante repetido: “você acha que eu sou uma suicida?”. Desde a perspectiva tomada, que tem como premissas o sujeito do inconsciente, o que se escuta nessa questão é uma mensagem invertida: sim, Helena é uma suicida.

Apesar dos enigmas que se fazem constantes, Helena não consegue situar inicialmente o que a leva a beber. Disso temos um momento emblemático, com sua primeira recaída sob atendimento: ela consegue um emprego novo junto com a mãe, que tenta a mesma vaga para “incentivá-la a trabalhar”. Na semana do treinamento para o cargo, Helena desmarca a sessão afirmando que não teria tempo hábil para chegar. Mantemos o horário para a semana seguinte, mas Helena também não aparece, dessa vez sem justificativas. O mesmo acontece na semana seguinte. Eu entro em contato com a paciente, sem respostas. Três semanas se passam até que Helena pode me contar que tivera uma recaída e que estava se recuperando. Marcamos uma nova sessão, na qual ela pode me contar que começou a beber pois sentia que não teria perspectivas dentro da empresa e assim pensa que teria que continuar dependendo financeiramente da mãe.

Sobre esta questão, é preciso colocar que a dependência aparece para Helena sob múltiplas faces ao longo do tratamento, sendo a financeira uma das mais importantes. É pela via do dinheiro, representante de sua moeda libidinal, que Helena mantém-se sempre à dependência dos cuidados da mãe: precisa que ela pague seu aluguel, suas contas básicas e lhe mantenha alimentada. Daí que, quando se vê insatisfeita com a relação, uma de suas queixas mais comuns é em relação à comida: a mãe não consegue alimentá-la. Quase como se dissesse o quanto a maternagem para Helena é falha, oscilante e volátil. Entre o tudo e o nada (“eu tenho tudo”, “minha mãe

me dá tudo” e, posteriormente, “eu me sinto um nada”, “minha mãe não está nem aí para mim”), temos um cuidado que ora lhe organiza e ora lhe oprime, constituindo um circuito pulsional entre a invasora e a invadida.

Nesse contexto, é na incidência da falha deste cuidado que Helena se sente abandonada; sente que não é nada para a mãe, que a mãe não se preocupa com ela. Nestes momentos, apresenta-se deprimida, às vezes embotada; identifica-se ao vazio a partir do qual se enxerga em relação ao Outro materno, e responde a ele desde essa posição. De um lado, temos aqui uma evidente falha na triangulação materna, expresso sob a falha narcísica apresentada por Helena. As vivências com a mãe, tomadas desde uma perspectiva constante de invasão, demonstram a dificuldade da instauração de uma separação e de uma unificação subjetiva. A dificuldade é fonte de angústias mortificantes para a paciente, a partir das quais passamos a conjecturar um lugar para o álcool na economia psíquica da paciente. Do outro lado, sob expressão do mesmo conflito, há uma ambivalência radical instaurada, confundindo o amor e o ódio em oposição à completa indiferença (FREUD, 1915).

Pois bem, surge então este questionamento: como o álcool se articula a essa dinâmica? Sobre isso, obtemos mais dados a partir das recaídas posteriores de Helena: uma após passar o natal na casa da mãe e outra algumas semanas depois disso. É importante notar a dinâmica transferencial que se instala pela recaída: em ambas as situações, Helena desaparece novamente por semanas, sem dar quaisquer notícias. A preocupação que isso me instala, no entanto, articulada à convocação a esse lugar de cuidado, leva-me a tentar entrar em contato com a paciente algumas vezes, a princípio sem respostas. Helena retorna, no entanto, quando eu lhe explico muito que ela entre em contato comigo quando possível.

Temos, então, uma montagem a partir dos indícios de uma posição repetitiva da paciente: em ambas as situações anteriores à recaída, Helena se viu sob a presença excessiva da mãe. Ao beber, ela provoca um afastamento radical, ficando por semanas sem contato social (ou pelo menos é o que pensamos neste momento). A mãe demonstra ficar frustrada, enraivecida e atualiza novamente uma ameaça de abandono. Sobre isso, é preciso colocar que a mãe de fato ameaçava lhe abandonar todas as vezes que em que Helena recaía. Daí que, nos momentos posteriores à recaída, Helena é assolada pela culpa; afirma que a mãe lhe apoia em tudo, que lhe dá tudo que não entende como ela ainda não desistiu dela. Afirma, a princípio de forma sutil, não ser merecedora dos cuidados da mãe, por ser uma filha tão ruim e que só lhe dá desgosto. Ao longo dos meses, essa ambivalência se torna cada vez mais evidente: Helena põe-se a contar mais abertamente sobre a relação, expondo que a mãe afirmava preferir vê-la morta a vê-la alcoolizada, que a mãe não a desejara enquanto bebê, que preferia tê-la abortado, dentre outras colocações que a situavam frente à mãe a uma condição de um resto, ou um nada.

Essas falas produzem uma desorganização intensa na paciente, e quando Helena pode contá-las, também começou a expressar ódio pela mãe. Este ponto será retomado à frente, uma vez que será significativo para o desenvolvimento de seu quadro.

Importa ainda saber, neste momento, que a ameaça de abandono também se coloca em transferência. Assim, Helena se sente preocupada com a possibilidade de que eu encerre os atendimentos com ela devido às suas faltas constantes e sem aviso. Isso acontece por um certo número de vezes; as recaídas são cada vez mais constantes e o retorno da paciente acontece sempre mediante alguma demonstração de interesse de minha parte: seja por querer saber como ela estava, querer que ela entre em contato, que retome as sessões...

Após alguns meses já em tratamento, Helena então me questiona por que eu ainda queria atendê-la, mesmo com tantas faltas, ao que eu respondo entender que essas faltas têm uma função para ela. No meu entender, função de separação que não pode ser expressa pela palavra, mas isso não é dito à paciente neste momento. Na incidência de uma nova invasão pelo Outro devorador – geralmente fixado à figura materna – Helena recorre ao álcool para estabelecer uma barra, um limite que possa protegê-la frente à angústia disruptiva. Daí que vemos um movimento sempre narcísico, que busca radicalmente recolher-se do investimento externo decepcionante, do desencontro de sua sexualidade. Uma psicopatologia de seu uso pode começar a se construir.

A primeira tentativa de suicídio

O manejo transferencial por meio da recaída parece surtir alguns efeitos: a resposta em relação às faltas de Helena reverbera como uma pergunta, na qual ela passa a se questionar sobre sua relação comigo – no caso, por que ela buscava se afastar de mim também. As faltas cessam por alguns meses; Helena comparece a todas as sessões regularmente, mais de uma vez por semana. Neste ponto, temos uma construção biográfica da paciente já considerável. Saímos do nível descritivo de seu uso para passarmos a um outro momento, no qual Helena me conta de sua vida.

Sua relação com a bebida começou a beber com cerca de 17 anos, pela ingestão social do álcool. Situa que seu uso “problemático” inicia aos 20 anos, após a morte de um de seus namorados por câncer de esôfago decorrente do alcoolismo, segundo ela. Após sua morte, inicia em sua vida um período de festas constantes recepcionadas por ela. Helena vive, então, uma vida muito movimentada, com álcool, muitos amigos e múltiplos relacionamentos afetivos. Nesta época, Helena trabalhava em um emprego

que dizia gostar bastante, e que acabara perdendo depois por causa do uso excessivo do álcool (e outros quatro empregos após este). Posteriormente, começa uma sequência de relacionamentos bastante complicados, permeados por agressividade mútua e comportamentos invasivos, incorrendo até mesmo em uma tentativa de homicídio por parte de um de seus ex-namorados, conforme ela. Vemos aqui a incidência da repetição da relação materna, marcada pela ambivalência e pela invasão do Outro. Diante disso, ela se questiona como chegou a este ponto em que não consegue manter vínculos ou um trabalho. À medida que seu uso de álcool se torna cada vez mais disfuncional, Helena abandona a vida de festas; perde empregos, relacionamentos amorosos e o contato com todos os seus antigos amigos, restando apenas, segundo ela, sua mãe.

À medida que me conta sobre sua vida, começam a aparecer, muito sutilmente, conteúdos de ordem autorrecriminatória e com um aspecto nadificante, que giram muito em torno da solidão e de um tédio excessivo com a vida, da qual sente dificuldades para ter prazer.

Queixa-se de estar sempre sozinha. Questiona-se se é uma pessoa tão detestável que ninguém tem interesse de manter por perto; questiona o fato de não conseguir sustentar relacionamentos para além de sua mãe. Sente-se um peso e um desgosto constante para sua mãe, a quem gostaria tanto de orgulhar. Relata um cansaço e um tédio excessivos. Como dito, também questiona seu uso e novamente me pergunta se eu acho que ela tenta se matar quando bebe, se ela é uma suicida. Helena não se considera dependente do álcool em si; não sabe o que busca nele, mas sabe que não bebe com o propósito de diversão ou distração. A partir do discurso da paciente, o que sabemos é que se trata de um propósito eminentemente mortífero.

Nesse momento, o tratamento também sofre impasses por conta da emergência da pandemia, de modo que os atendimentos precisam ser suspensos por cerca de um

mês. Fazemos a retomada das sessões de forma remota, e na primeira sessão marcada, Helena falta e permanece sem notícias por cerca de duas semanas. Quando a paciente entra em contato comigo, me conta dessa vez seu desaparecimento se deu por uma tentativa de suicídio, a partir de uma overdose com álcool e outras substâncias. Helena fica hospitalizada alguns dias e é encaminhada ao CAPS, no qual segue em tratamento psiquiátrico desde então. Sob recomendações de sua psiquiatra, deixa seu apartamento e passa a morar com a mãe.

O que temos aqui é um giro muito significativo, no qual Helena apresenta mudanças drásticas em seu comportamento e discurso. A ambivalência em relação à mãe, anteriormente sutil ou velada, se torna o eixo de todas as sessões. Helena demonstra intensa raiva da mãe, tem oscilações de humor constantes e radicais (de raiva, tristeza, vazio e desespero), queixa-se constantemente de se sentir “invasora” e “invadida” no convívio com a mãe, de não ter liberdade. Sente-se solitária, exausta, triste, sem motivação para atividades cotidianas e incapaz de sentir prazer. Queixa-se da hostilidade e falta de amor por parte da mãe, que só está e esteve ao seu lado por obrigação; que a mãe prefere vê-la morta e que preferia tê-la abortado (segundo Helena, essas são frases proferidas pela mãe com frequência, desde a infância, diante das quais ela dá razão à mãe por sentir-se assim. As autorrecriações tornam-se cada vez mais presentes e constantes: Helena sente-se inútil, “um nada”, um desgosto a todos ao seu redor e principalmente à mãe; não consegue fazer nada direito, conseguiu falhar “até no suicídio”; não consegue manter vínculo com ninguém, pois é “uma pessoa tóxica”; dentre outras várias admoestações.

Juntamente a isso, a transferência se torna cada vez mais intensa, de tal forma que Helena passa a me procurar fora das sessões, relatando os descontentamentos com

a mãe e solicitando ajuda, demandando-me o estabelecimento de limites e o manejo agora pela outra face do cuidado – a invasão.

Sobre a tentativa de suicídio em si, traz as seguintes considerações: estava brigada com a mãe à época, devido a outra recaída anterior. Diante da raiva da mãe e de uma nova ameaça de abandono, Helena sente-se profundamente angustiada. Tenta dialogar com ela das mais diversas formas, sendo respondida sempre de forma ríspida ou agressiva. Helena é novamente tomada pela culpa martirizante, entrelaçada a rompantes de raiva e angústia. Sente-se como um nada; e assim, tomada pelo desalento e pelo desespero, teve uma recaída severa. Nesse excesso e no impulso de “acabar com tudo”, ingeriu uma quantidade exagerada de drogas, com a intenção de se matar. Foi encontrada por meio de uma amiga, com quem esteve em contato durante todo o dia e a quem tinha sinalizado uma possível tentativa.

A incidência do traumático e novas recaídas

Subsistem a isso questionamentos acerca do seu uso, acerca do seu “potencial suicida”, acerca da relação com a mãe, acerca do afastamento das pessoas ao seu redor e da própria tentativa. Podemos elencar alguns pontos de interesse, que talvez tragam maior clareza ao caso.

Helena perdeu o pai aos 13 anos de cirrose hepática, por conta do alcoolismo, e ela sente que está repetindo seus passos. Isso é tudo que me conta de início. Na verdade, Helena mal fala dele, de modo que, respeitando sua construção lógica, deixamos para mencioná-lo no caso apenas agora. Ainda nas primeiras sessões, quando pergunto sobre seu pai, Helena diz não sentir falta dele. Não demonstra qualquer afeto em relação a ele. Quando pergunto especificamente sobre o momento de sua morte, ela me conta sobre um encontro amoroso que tivera neste dia. Quando questiono

por que ela me conta isso diante da pergunta sobre a morte do pai, Helena sente-se estranha. Relata que não chorou no enterro do pai, e não menciona maiores detalhes. O pai é sempre um ponto de estranhamento em seu discurso. Alguém que lhe provoca certo embaraço, que lhe convoca conteúdos aparentemente sem sentido, como o encontro com o rapaz no dia do velório. Algumas sessões posteriores, enquanto fala sobre as relações sexuais sob efeito de álcool das quais não se recorda, Helena me conta então sobre uma lembrança infantil, que não sabe distinguir se é real ou não, a partir da qual questiona se o pai pode ter lhe abusado sexualmente quando bastante nova. Temos aqui uma incidência traumática: a despeito da factualidade desse conteúdo, a fantasia que convoca em Helena é profundamente desorganizadora, como veremos posteriormente.

Antes de ser desorganizadora, no entanto, ela levanta uma cadeia associativa da paciente de caráter central em seu caso. Poucos dias após me contar da lembrança com o pai, Helena me traz lembranças de abusos sexuais sofridos na infância, acometidos pela figura de pessoas bastante próximas à sua família. Retomando o conteúdo das relações sexuais que teve sob efeito do álcool, começa então a se questionar se poderia ter sido abusada enquanto estava inconsciente ou profundamente alcoolizada. O que se segue a isso é a emergência de uma angústia avalassadora, diante da qual a paciente começa a ter rompantes de agressividade, oscilação intensa do humor e sonhos constantes, de ordem aterrorizadora, cujo conteúdo se referia sempre ao abuso sexual.

Diante da incidência de tamanha angústia, Helena novamente recai. Dessa vez, passa quatro meses oscilando entre o abuso e a abstinência, reaparecendo de tempos em tempos para me informar como estava. O acompanhamento da paciente neste momento é feito principalmente a partir de mensagens. Em alguns momentos, Helena se dispõe a uma ligação e até mesmo a me pedir ajuda quando o uso a coloca em risco

de vida. Acerca disso, é necessário informar que o acompanhamento da paciente se dava em rede, com articulação ao CAPS que a atendia à época. No entanto, a única pessoa com quem podíamos contar nestes momentos de crise intensa era a mãe que, por sua vez, já se demonstrava cada vez mais cansada e indisposta a cuidar de Helena. Entra aqui em cena, portanto, uma terceira pessoa: o padrasto de Helena.

Como descobrimos a essa época, durante todo esse período de recaída intensa (e em momentos anteriores), muitas vezes quem se dispunha a cuidar de Helena sob efeito do álcool era o padrasto.

A segunda tentativa de suicídio

Quando Helena consegue retomar os atendimentos comigo, isso não se dá por qualquer motivo. Estando já algumas semanas abstinente, Helena entra em contato para marcar uma sessão. Neste momento, diz que precisava contar algo muito importante e que isso só poderia ser dito a mim.

Assim, Helena me conta que tivera algumas lembranças do período de recaída, que remontam cenas sexuais com o padrasto. Isso é trazido, em um primeiro momento, como uma espécie de sonho – Helena não sabia distinguir se isso era de fato uma memória ou mesmo uma alucinação. Por conta disso, neste momento mantemos em suspenso a questão de um possível abuso. Peço apenas à paciente que me conte do que conseguia se lembrar e como tem se sentido com isso. Pouco a pouco, no entanto, Helena traz mais lembranças, agora já com o caráter de efetivas lembranças que não deixavam muitas dúvidas sobre a incidência de um abuso sexual por parte do padrasto.

Vemos que, para Helena, o retorno da recaída sempre cumpre com um caráter bastante específico no tratamento, ao que atribuímos o papel de uma atuação dada em

transferência. Isso porque todas as vezes que a paciente retorna da desintoxicação – e também da tentativa de suicídio, novos elementos podem ser acrescentados ao caso, sejam eles memórias, afetos ou traumas. Desta forma, entendemos que a recaída (mais precisamente, o momento após a desintoxicação) cumpre com um papel muito importante no tratamento, diante do qual Helena pode se reaver com aspectos de sua subjetividade que constituíam, em sua maioria, vivências traumáticas que não podiam ser colocadas em palavra. A partir destes dados, é possível estabelecer a relação entre a incidência traumática e o uso da substância como ato frente à angústia provocada pela revivência do trauma. O álcool, neste caso, cumpre com uma função protetiva de seu psiquismo que, como relatado, não é cumprida pelo narcisismo.

Retornando à problemática do padrasto e o manejo da transferência desde essa questão, coloca-se um problema bastante espinhoso no caso: como dissemos, algumas vezes Helena me acionava diante de uma crise mais forte, a partir da qual sua mãe era acionada. Helena nos diz que sabia, no entanto, que a mãe não iria atendê-la, mas mandaria o padrasto. O que se coloca em jogo, então, não é só uma dinâmica na qual o traumático reincide de uma forma brutal, podemos dizer, mas é reatualizado junto ao meu papel no caso. Afinal, eu acionava a mãe/padrasto que, nestes momentos, se dispunha a cuidar a sós de Helena. Decorrem destes períodos as lembranças do abuso.

Quando percebo isso, decidimos que, diante de alguma recaída, a mãe de Helena não mais seria acionada. Pensamos então em outros dispositivos para que ela pudesse manejar a própria crise, caso fosse necessário.

Helena passa, então, alguns meses abstinente. Comparece às sessões regularmente, queixando-se sempre das oscilações de humor muito intensas, do tédio, das intempestividades com a mãe. Entra em jogo também, neste momento, um certo

mecanismo paranoico no qual Helena fica sempre à expectativa de uma invasão do Outro, das mais diversas formas.

É preciso colocar que, neste momento, os afetos e as lembranças já não mais aparecem de forma tão solta e enigmática no discurso de Helena, sob uma aparente falta de sentido. Assim, ela consegue, ainda sob muitas restrições, articular aquilo que sente e que vê ao seu passado, às vivências atuais com a mãe e o padrasto. Ela passa a se questionar se deveria contar à mãe sobre as lembranças com o padrasto. Sente-se uma “traidora”, e sente que a mãe lhe abandonaria caso isso fosse relatado. Assim, decide manter a questão sob sigilo.

Pouco a pouco, vemos que o “segredo” que carrega, para além das questões já relatadas com a mãe, movimenta muita hostilidade para a relação materna. As brigas se tornam cada vez mais frequentes e a agressividade de Helena cada vez mais intensa. Temos, nesse contexto, uma nova recaída, ainda mais forte, seguida de outra tentativa de suicídio. Nesta tentativa, Helena elabora uma carta de despedidas, na qual escreve o quanto se sente culpada por não poder orgulhar à mãe; em um determinado trecho, pede desculpas a mim “por não ter conseguido ser forte”.

Helena passa algum período internada, primeiro em hospital e depois no CAPS. Após a internação, tem novas recaídas, que se estendem por alguns meses. O tratamento é interrompido neste ponto, pela incidência de outras questões externas ao caso, de modo que a paciente é encaminhada para os serviços de outra profissional.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou investigar os processos psíquicos que aproximam o suicídio e o uso de substâncias, questionando-os do ponto de vista de uma metapsicologia inconsciente. Partiu-se da hipótese de que o suicídio se aproximaria ao uso de substâncias pela expressão de um paradigma melancólico formulado a partir de uma falha na constituição do narcisismo. Isto é, pressupôs-se que, do ponto de vista metapsicológico, de uma economia libidinal narcísica falha expressa no campo da melancolia, poderíamos estabelecer uma intersecção entre o suicídio e o consumo mortífero da substância tóxica que caracteriza os casos de toxicomania.

A partir da metodologia adotada, realizou-se um recorte da pesquisa desde uma perspectiva clínica fundamentada pela teoria psicanalítica. Consideramos que a perspectiva tomada possibilitou aprofundar o campo de investigação subjetiva sobre a clínica com pacientes em uso de substâncias e com pacientes sob risco de suicídio, na medida em que prevê, entre suas premissas, abrir espaço para que o sujeito fale a respeito de sua própria psicopatologia.

Essa premissa reafirma o processo investigativo utilizado, que parte de uma epistemologia de um sujeito do inconsciente e das consequências que, diante disso, se instauram frente à direção e proposta de tratamento. É preciso situar, neste contexto, que o sujeito-objeto investigado detém uma função bastante específica, assim como o investigador. Conforme abordamos na etapa metodológica, a pesquisa em psicanálise ocorre em uma via de mão dupla, na qual a escuta se apoia na teoria, ao mesmo tempo em que sustenta a leitura teórica e metapsicológica que se faz dos dados clínicos apreendidos. Assim, temos que os três casos clínicos atendidos – de Ana, Carlos e Helena – nos serviram de base para a estruturação deste trabalho à medida em que os pacientes, cada qual a partir de sua própria psicopatologia relacionada ao uso de

substâncias, disporem-se a falar e associar livremente em transferência durante seus tratamentos.

Este processo metodológico nos permitiu, como dissemos, aprofundar um campo de investigação subjetiva, porém, na medida em que seus dados clínicos se inscrevem na criação de uma situação psicanalítica em transferência – a qual entendemos não ser reproduzível –, temos a delimitação e pertinência de alguns resultados obtidos à própria situação do tratamento, sobretudo no que se refere à relação singular de cada paciente com sua substância. Com isso, entendemos que as diferentes posições subjetivas apresentadas por cada paciente na relação transferencial refletem o lugar ocupado pela substância para cada um, e que apreender este lugar subjetivo possibilitou, para cada paciente, uma rearticulação com suas próprias questões inconscientes. Contudo, este processo, que não é generalizável ou reproduzível a outros casos, não impede que possamos obter resultados importantes nesta pesquisa no que tange à produção de uma experiência metapsicológica sobre o uso de substâncias e sua relação com o suicídio.

O uso de substâncias, como abordado, é uma prática humana que dispõe de um lugar social consolidado em diferentes povos e momentos históricos, e que apresenta interserções bastante importantes com o sistema econômico vigente, com a cultura na qual se insere e com os signos que se produzem a partir destas relações. Historicamente, trata-se de um campo marcado por uma diagramação de discursos e poderes que se fortalecem na construção de um lugar social destinado às drogas (aqui enquadrando-se principalmente o álcool e as substâncias ilícitas) junto à esfera médico-criminal. Decorre disso a instituição de uma lógica proibicionista que, assentada sob a venda de um ideal de sociedade livre do mal-estar e da desintegração supostamente provocada pelo consumo de drogas, determina modelos de tratamento para os usuários

de substâncias voltados à extirpação da droga e à busca pela abstinência como ideal de cura.

Para Freud (1930), a psicanálise concebe o mal-estar social não como um produto externo à cultura, algo passível de extração, mas sim enquanto resultado frente à dicotomia subjetiva inaugurada pela vivência no laço social. Isto é, o mal-estar seria uma produção inerente ao processo civilizatório, que decorre do embate entre as exigências culturais e a satisfação pulsional do sujeito. Nesses termos, a recorrência às substâncias inebriantes acontece a partir da necessidade de fugir ao mal-estar na cultura que constitui o sujeito.

Rompendo com a ilusão de um mundo livre do uso de substâncias, Freud aponta para o pensamento clínico em torno do sujeito e sua etiologia sexual, desde o qual compreendemos que a substância ocupa uma importante função diante das decepções e demasiadas dores proporcionadas pelo campo da sexualidade. É no eixo da fragilidade dos vínculos humanos que o autor situa a maior fonte do sofrer, diante do qual o sujeito busca se resguardar narcisicamente – seja pela via da droga ou não.

A substância, nesse caso, ocupa o lugar de um recurso que não é necessariamente patológico, mas que proporciona a modulação e regulação do prazer e desprazer no aparelho psíquico. Essa capacidade, conforme o autor (FREUD, 1930), só é possível na medida em que a substância atualiza a própria dinâmica pulsional do sujeito, sendo capaz de modificar apenas as condições psíquicas previamente existentes e que dizem respeito à sexualidade e aos componentes psicosexuais.

Nessa contraposição entre os discursos morais – dentre os quais destacamos o discurso médico-criminal – e a concepção freudiana do mal-estar, vemos que o estigma social propõe um deslocamento e uma inversão para o campo da droga daquilo que diz respeito ao sujeito e ao seu arranjo sexual. Assim, a droga passa a ser “causadora” do

mal-estar, da decepção e do adoecimento. Entendemos, a partir disso, que a psicanálise surge na contramão dessa ideia na medida em que busca resgatar a dimensão da relação entre o sujeito e a sua substância, ou mais precisamente entre o sujeito e o *phármakon*. A lógica do *phármakon*, conforme elucidado, estabelece uma intersecção importante entre substância e subjetividade: aqui a substância tem valoração incerta e oscilante, e não se prende às atribuições sociais pré-estabelecidas, podendo condensar nela mesma o fármaco e a droga como expressões suplementares de um conflito psíquico.

Daí que, antes de pensarmos a toxicomania (esfera na qual há uma patologia em torno do uso), pensamos a concepção do uso da substância, que institui uma relação entre o usuário e o objeto utilizado. Dentro dessa ideia, a substância ou o *phármakon* deixa de ser patológico em si para ser pensado como um objeto que ocupa um lugar na economia libidinal, e que circunscreve ao sujeito um posicionamento psíquico diante do outro. É somente dentro desta lógica, na qual o objeto se faz em função de um sujeito e seu inconsciente, que poderemos atribuir à relação (e nunca à droga) o caráter de uma (dis)função e/ou de uma patologia.

Partindo destas concepções teóricas e do questionamento acerca de uma aproximação ao suicídio, buscou-se então analisar junto aos casos clínicos o que acontece quando propomos um espaço de tratamento no qual o sujeito pode falar sobre o seu *phármakon* e sobre a construção de seu uso.

Foi possível observar, a partir dos três casos analisados, a reverberação do discurso médico na própria relação dos pacientes com as suas substâncias. Pela intermediação desse discurso, os três pacientes apresentam durante as entrevistas preliminares sua relação com o álcool como um posicionamento moral; posicionamento este que lhes confere similarmente um lugar de assujeitamento frente ao álcool, seja

como “doente”, “alcólatra” ou “drogadicto” (sic). Não se trata de rechaçar a ideia do adoecimento presente nos casos, mas de entender que os pacientes em questão fazem uso deste discurso como sustentação de um posicionamento psíquico que também se relaciona ao seu *pathos* a partir de uma dinâmica pulsional.

Neste sentido, o que temos é um confronto de modos particulares de relação com a substância com discursos des-subjetivantes que impulsionam ao apagamento da ideia de relação entre o sujeito e a sua substância. Assim, entendemos que essa reverberação do discurso médico não se dá ao acaso, mas em consonância com dinâmicas instituídas inconscientemente; dinâmicas estas que se associam às mais diversas formas de sofrimento na medida em que promovem um alienamento do sujeito, bem como a sua fixação em uma única ou principal forma de satisfação, aos moldes da pulsão de morte.

É somente por meio da interrogação do próprio paciente frente a este discurso previamente instituído – e conseqüentemente à sua posição ocupada nele – que podemos ter notícias de uma (re)construção da relação com a substância, que se faz em articulação com o inconsciente nas suas contradições, nos atos falhos, lapsos e na transferência. Como conseqüências a este modo de se pensar a clínica, sustentamos que no trabalho com pacientes em uso de substância há a necessidade de uma declinação discursiva a respeito do que se entende moralmente como um quadro de uso disfuncional para dar lugar a um saber construído juntamente ao paciente. É a partir disso que cada paciente pode construir sua própria psicopatologia acerca do uso, conforme observamos nos casos clínicos trabalhados.

É importante ressaltar, neste sentido, que cada direção de tratamento para o uso de substâncias diz respeito, em última instância, ao modo como se entende o campo das drogas e à concepção de sujeito de que se parte. Sobre isso, defendemos que pensar o tratamento de pacientes em uso de substâncias – e especialmente de

toxicômanos – a despeito da relação transferencial dá vazão a direções de tratamento desumanizadas e à incitação de estigmas que potencializam o adoecimento ao invés de tratá-lo.

O tratamento, por sua vez, será realizado em consonância com a singularidade de cada caso, de modo que, desde a perspectiva psicanalítica, não sustentamos um ideal de tratamento comum voltado à substância, ou de um parâmetro normativo. Isso porque, como abordado, o eixo do tratamento é o sujeito e não a substância.

Com relação a este aspecto, observamos caso clínico de Carlos promove uma discussão bastante importante no que tange ao ideal de cura pensado a partir do modelo de abstinência. Isso porque falamos de um paciente que de fato consegue sustentar a abstinência em seu tratamento. Estaria Carlos curado de sua relação com o *phármakon*? – poderíamos questionar no início de seu tratamento. No entanto, é possível analisar, na reconstrução gradativa feita pelo próprio paciente em transferência, a persistência do conflito psíquico subjacente e originário de seu uso, que diz respeito à sua posição de impotência frente às mulheres, mesmo após muitos anos em privação do álcool. Da abstinência temos, então, a insurgência desse conflito deslocado ao próprio corpo, sob a via de uma inibição sexual que lhe é fonte de intenso sofrimento na relação com o outro.

Para Carlos, há uma dificuldade de se instituir a separação com esse Outro materno, “irmã dominadora”, ao qual seu desejo precisa estar constantemente submetido. Daí que o paciente se vê constantemente às voltas com a sua dificuldade de impor limites ao outro, de construir o seu próprio ideal de eu, de situar uma potência simbólica que lhe permita satisfazer-se por outras vias pulsionais. Potência esta que anteriormente se dava pelo uso compulsivo do álcool que, na operação do *phármakon*, vai instituir um corpo estranho, “corpo aditivado” e potente, capaz de relacionar-se com

o Outro sem se deixar engolir. O *phármakon*, por sua vez, vai conter em si a expressão do conflito psíquico ao apontar para a divisão entre a potência da recusa à castração e a impotência colocada pela dimensão derradeira da morte. Como dito, é no espelho da morte que Carlos pode tomar outro posicionamento frente ao uso do álcool, ainda que sua etiologia tenha perdurado e se deslocado.

Nestes termos, podemos situar uma falha em sua constituição narcísica a partir da qual o paciente busca compulsivamente realizar uma sutura por meio do álcool, e desde onde a substância se faz tóxica na relação com Carlos. A partir disto, entendemos que há uma dimensão mortífera que reside na aniquilação do movimento desejante – primeiro aniquilada na replicação do corpo com o álcool e depois pela alienação e inibição sexual.

Conforme abordado, a (falha) da constituição narcísica apresenta um ponto de enlace da teoria apresentada, na medida em que permite situar modos de subjetivação e expressão melancólica que recaem tanto na toxicomania quanto no suicídio. Tal como o caso de Helena nos apresenta, a constituição traumática de seu narcisismo diz respeito a um lugar no qual sua posição infantil é fixada e repetida aos moldes compulsivos. Para a paciente, o lugar de cuidado se confunde com a invasão profundamente angustiante de um Outro materno, que lhe dá tudo e nada, à medida em que a paciente também oscila entre estes posicionamentos em transferência.

A partir de seu discurso e das lembranças infantis reconstituídas no tratamento, entendemos que a falha narcísica corresponde precisamente ao lugar desde o qual Helena é (des)cuidada, e desde o qual ela é (in)capaz de atribuir sentido ao mundo e à constituição de sua vida pulsional pela via simbólica, restando-lhe muitas vezes o campo da atuação. Assim, frente ao desespero que a acomete a cada vez que ela se defronta com as invasões do Outro, Helena atua, por meio do uso de álcool e das tentativas de

suicídio, se utilizando de um *phármakon* como uma tentativa de incisão e de restituição subjetiva. Daí que, sempre que a paciente recai, em meio ao seu isolamento, reforça o próprio desejo de que a mãe lhe abandone – ao mesmo tempo em que essa ideia lhe parece insuportável.

Neste caso, a questão mortífera regida pela falha narcísica faz referência direta a uma dinâmica junto aos registros da pulsão de morte, a partir do qual a paciente busca a abolição interna de todos os estímulos por meio do *phármakon* (envenenante). Ao mesmo tempo, essa dinâmica também fala de uma tentativa de completude narcísica ilusória, na qual a operação do *phármakon* (remédio) estipularia a formação de um corpo em unidade harmônica, sem tensões provocadas pela falha e pelo desencontro sexual.

Desde esta perspectiva, compreendemos que o uso de substâncias ganha certas qualidades a depender de como se articule à constituição psíquica do sujeito, sobretudo no qual concerne à instituição narcísica e, desde estes moldes, da relação que ele detém com a sua sexualidade.

A dimensão da morte, nesta proposta, se dá no entrelaçamento da replicação do corpo com o *phármakon*, a partir do qual temos um posicionamento frente à falta da própria falta. Assim como Narciso nos demonstra, é a partir da replicação de si mesmo no espelho perfeito – nos moldes de uma replicação melancólica – que o mortífero advém, seja pela tentativa desesperada de capturar a falta suplantada ou pela tentativa de sua obturação a partir da qual não há mais o que desejar. É desse modo que o suicídio encontra sua expressão pelo rompimento com o princípio do prazer e na desvinculação pulsional atrelada à irrupção da pulsão de morte.

Há uma constituição narcísica que se assemelha em ambos os casos, e que se expressa pelo paradigma melancólico na medida em que esse narcisismo – falho – constitui uma condição para o aniquilamento subjetivo e supremacia do objeto perdido.

Diante disso, entendemos que a forma como o sujeito vai responder diante da angústia provocada pelo confronto com a falta será decisiva para o que advém como tentativa suicida, seja pela evitação do afeto ou pela identificação maciça ao seu objeto.

Conforme o caso de Helena nos apresenta, o suicida e o toxicômano se interseccionam em termos de uma relação análoga com o desamparo, com a angústia e sobretudo com a falta, diante da qual a tentativa de incorporação do objeto ocorre como busca de tamponar precisamente sobre a falta provocada pela alteridade.

Nessa intersecção do modo toxicômano de entorpecimento com a dimensão subjetiva da morte poderemos, então, apreender o desfecho suicida. O paradoxo da morte reside em que, sob a mesma ideia da toxicomania, o ato suicida ocorra não como busca de morte do sujeito, mas como tentativa de restituição, de resgate de uma posição de sujeito.

REFERÊNCIAS

APA. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5* (5ª ed.). Artmed.

Bento, V. E. (2015). *Semiologia Psicanalítica das "Paixões Tóxicas"* (Vol. II). Rio de Janeiro: Contra Capa.

Berlinck, M. T. (1997). O que é Psicopatologia Fundamental. *Psicologia Ciência e Profissão*, pp. 13-20. doi:<https://doi.org/10.1590/S1414-98931997000200003>

Brunhari, M. V. (2015). O ato suicida e sua falha. São Paulo. Fonte: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-08032016-145127/publico/brunhari_do.pdf

Brunhari, M. V., & Darriba, V. A. (2014). O suicídio como questão: melancolia e passagem ao ato. *Psicologia Clínica*, 197-213.

Cabas, A. G. (julho de 2010). Acesso em 15 de fevereiro de 2020, disponível em http://www.psicopatologiafundamental.org.br/uploads/files/posteres_iv_congresso/simp osios_iv_congresso/sp04-antonio-godino-cabas.pdf

Camus, A. (2020). *O Mito de Sísifo*. Rio de Janeiro: Record.

Cremasco, M. V. (2012). Angústia, desespero e morte: Narciso e o espelho partido. Em M. Winograd, & M. d. Souza, *Processos de Subjetivação, Clínica Ampliada e Sofrimento Psíquico* (pp. 185-205). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Cremasco, M. V. (2019). Psicopatologia psicanalítica e a clínica da toxicomania. Em M. V. Cremasco, & D. M. Menz, *Formação em Políticas Sobre Drogas* (pp. 15-53). Curitiba: UFPR.

Derrida, J. (2005). *A Farmácia de Platão* (3 ed.). São Paulo: Iluminuras.

Diva Reale e Marcelo Soares da Cruz. (2019). *Toxicomania e Adições*. São Paulo: Benjamin Editorial.

Domic, Z. (2019). A casa Marmottan de Paris: Centro médico psicossocial experimental para toxicômano. Em D. Reale, & M. S. Cruz, *Toxicomania e Adições* (pp. 43-71). São Paulo: Benjamin Editorial.

Frei, A. E. (2019). Pistas sobre o "dispositivo das drogas": breve cartografia e proposições sobre máquinas-territórios em regiões metropolitanas em metástase. Em M. V. Cremasco, & D. M. Menz, *Formação em Políticas Sobre Drogas* (pp. 55-95). Curitiba: UFPR.

Dunker, C. I. (2020). *A arte da quarentena para principiantes*. São Paulo: Boitempo. Acesso em 24 de maio de 2021, disponível em http://www.lotuspsicanalise.com.br/biblioteca/A-arte_da_quarentena_para_principiantes.pdf

Fender, W. D., & Moretto, M. L. (2020). Construir, comunicar, transmitir: um caminho possível para o analista em uma equipe multidisciplinar. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 3-15.

Figueiredo, L. C., & Minerbo, M. (2006). Pesquisa em psicanálise: algumas ideias e um exemplo. *Jornal de Psicanálise*, 257-578.

Freud. (1937). Construções na análise. Em *Obras Completas* (Vol. 19, pp. 327-344). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1894). As neuropsicoses de defesa. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Imago.

Freud, S. (1896). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess - Rascunho K: as neuroses de defesa. Em S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1898). A sexualidade na etiologia das neuroses. Em S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1901). Sobre a psicopatologia da vida cotidiana. Em S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. VI). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1912). Obras Completas. Em S. Freud, *Recomendações ao médico que pratica a psicanálise* (pp. 147-162). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1912). Sobre a tendência universal à depreciação na esfera do amor (contribuições à psicologia do amor II). Em S. Freud, *Obras psicológicas completas: Edição Standard Brasileira*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1913). O início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise I). Em *Obras Completas* (Vol. 10, pp. 163-192). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1914). Introdução ao narcisismo. Em S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 12, pp. 13-50). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1914). Recordar, repetir e elaborar. Em S. Freud, *Obras completas* (pp. 193-209). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1915). Considerações atuais sobre a guerra e a morte. Em S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 12, pp. 209-246). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1915). Os instintos e seus destinos. Em S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 12, pp. 51-81). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1917). Luto e melancolia. Em S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 12, pp. 170-194). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1917). Terceira parte: teoria geral das neuroses. Em S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 13, pp. 264-497). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1920). Além do princípio do prazer. Em S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 14, pp. 161-239). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1921). Psicologia das massas e análise do Eu. Em S. Freud, *Obras Completas* (pp. 13-113). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1923). "Psicanálise" e "teoria da libido". Em S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 15, pp. 273-308). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1923). O Eu e o Id. Em S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 16, pp. 13-74). Companhia das Letras.

Freud, S. (1926). Inibição, sintoma e angústia. Em *Obras Completas* (Vol. 17, pp. 13-123). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1930). O mal-estar na civilização. Em S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 18, pp. 13-122). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1937). Análise terminável e interminável. Em *Obras Completas* (Vol. 19, pp. 274-326). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (1937). Construções na análise. Em S. Freud, *Obras Completas* (pp. 327-344). São Paulo: Companhia das Letras.

Green, A. (1988). *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo : Escuta.

Iribarry, I. N. (2003). O que é pesquisa psicanalítica? *Ágora*, 115-138.

Lambotte, M. C. (2000). *Estética da Melancolia*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Macedo, M. M., & Werlang, B. S. (2007). Trauma, dor e ato: o olhar da psicanálise sobre uma tentativa de suicídio. *Ágora*, 89-106.

Magtaz, A. C., & Berlinck, M. T. (2012). Orality Disorders in Melancholia: Acedia as Stagnation. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 683-703.

Mendlowicz, E. (2000). O luto e seus destinos. *Ágora*, 87-96.

Michaelis. (2007). *Dicionário Escolar Língua Portuguesa*. São Paulo: Melhoramentos.

Moura, A., & Nikos, I. (2000). Estudo de caso, construção do caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 69-76.

Nogueira, L. C. (2004). A Pesquisa em Psicanálise. *Psicologia USP*, 86-106.

Oliveira, N. R., & Tafuri, M. I. (2012). O método psicanalítico de pesquisa e a clínica: reflexões no contexto da Universidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 838-850.

Pimenta, S. N., Cremasco, M. V., & Lesourd, S. (2011). Clínica da toxicomania: uma expressão melancólica? *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 252-267.

Pinheiro, M. T., Quintella, R. R., & Verztman, J. S. (2010). Distinção teórico-clínica entre depressão, luto e melancolia. *Psicologia Clínica*, 147-168.

Poulichet, S. L. (1996). *Toxicomanías y psicoanálisis: las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Ribeiro, C. T. (2009). Que lugar para as drogas no sujeito? Que lugar para o sujeito nas drogas? Uma leitura psicanalítica do fenômeno do uso de drogas na contemporaneidade. *Ágora*, 333-346.

Ribeiro, C. T., & Fernandes, A. H. (2013). Tratamentos para usuários de drogas: possibilidades, desafios e limites da articulação entre as propostas da redução de danos e da psicanálise. *Analytica*, 33-58.

Ribeiro, M. d. (2013). *Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas*. São Paulo: Saraiva.

Torok, M. (1995). Doença do Luto e Fantasia do Cadáver Saboroso. Em N. Abraham, & M. Torok, *A Casca e o Núcleo* (pp. 215-236). São Paulo: Escuta