

FERNANDA CRISTINA DE OLIVEIRA E SILVA

QUANDO A NEUROSE OBSESSIVA FAZ UMA PARCERIA TÓXICA
COM A MANIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em **Psicologia Clínica – Núcleo de Psicanálise**, sob orientação do Prof. Doutor Manoel Tosta Berlinck.

São Paulo
2006

BANCA EXAMINADORA

AGRADECIMENTOS

Ao CNPq, pela bolsa concedida para a realização desta pesquisa

Aos colegas do Laboratório de Psicopatologia Fundamental pelas inestimáveis contribuições ao longo deste processo, em especial José Waldemar, por viabilizar o trabalho na “Casa de Saúde de São João de Deus”, que muito contribuiu nas articulações apresentada neste.

Ao colega, Nilton Sanches, que à distância colaborou com trocas de idéias.

Ao Prof^o Dr. Manoel Tosta Berlinck que, além de orientar-me nesta pesquisa, desorientou-me, principalmente através de sua postura, provocando-me inquietações que me impulsionaram ao movimento, o que foi essencial para pensar o novo.

Ao primeiro e grande pesquisador que a vida deu-me a oportunidade de conhecer e compartilhar grandes momentos, que me transmitiu a paixão pela pesquisa, que com certeza contribuiu nesta minha escolha, meu pai.

À minha mãe que, através de sua forma de viver e estar com seus semelhantes, me ensinou a respeitá-los nas suas diferenças, e que, indubitavelmente é um fator essencial para esta minha formação.

Ao grande amor da minha vida, Luciano, que esteve ao meu lado desde os tempos em que este projeto fazia parte apenas de meus pensamentos, que esteve presente nos momentos em que precisei de sua ajuda, e soube ausentar-se naqueles em que foi necessário para que eu pudesse realizar esta produção intelectual.

A todos os que não foram citados, mas que contribuíram direta ou indiretamente.

Por fim, e fundamentalmente, a todos os que se dispuseram a falar-me de seu sofrimento.

RESUMO

Transmitir uma experiência que se deu a partir da vivência com pacientes que se declaravam portadores de um sofrimento em consequência da relação de dependência estabelecida com alguma substância que, devido a esta forma de relação, adquire o estatuto de tóxica, é o objetivo deste trabalho. Esta forma de relação tem se tornado cada vez mais comum em nosso cotidiano, daí a importância de pesquisar o que é cotidiano na vida desses sujeitos que configura esta forma de relação, já que a Psicanálise se propõe a investigar a psicopatologia da vida cotidiana. O método para esta investigação esteve apoiado numa das premissas básicas da Psicopatologia Fundamental que propõe ao pesquisador adotar uma posição tal que se incline diante de alguém para ouvi-lo naquilo que tem a dizer de único a respeito de seu *pathos*, de seu sofrimento, de suas paixões; o que traz a possibilidade de pensar o novo. Para pensar o novo, as teorias psicanalíticas que contemplam as orientações freudianas e lacanianas foram norteadoras. A idéia inicial era que a dependência já fazia parte da forma de relação do sujeito, muito anterior à entrada em cena de qualquer substância. A partir da construção do caso clínico, de um percurso pela neurose obsessiva, pela mania e pela constituição e atuação do superego, foi possível concluir que esta relação, de fato, está pré-determinada como um imperativo superegótico, e que trabalhar com o paciente para a re-significação da culpa que está contida na constituição de todo sujeito, é uma possível direção de tratamento, mas que, estejamos advertidos, nem sempre isso é possível.

ABSTRACT

To transmit one experience that developed from the contact with patients that self-declared suffering in consequence of the relationship of dependency with any substance, and due to this kind of relationship acquires the level of toxic, this is the scope of this work. This kind of relationship has become each day more common in our day life, then the importance of searching what is the routine in the life of these individuals that configures this kind of relationship, since the Psychoanalysis proposes to investigate the psychopathology of day life. The method for this investigation is supported in one of the basic statements of Fundamental Psychopathology that proposes to the investigator to adopt such a position that bend forward someone to listen to what someone has to tell of unique regarding his Pathos, his suffering, his passions, which brings up the possibility of thinking the New. To think in the New, the psychoanalytic theories that encloses the Freudian and Lacanian orientations were used. The initial idea was that the dependency was already part of the subject, even before the introduction of any substance. From the construction of the clinical case, from a passage through obsessive neurosis, through the mania and by constitution and by the action of the superego, was possible to conclude that this relationship is in fact pre determined as a superego imperative, and to work with the patient for the re meaning of the guilt that is contained in every subject, it is a possible direction of treatment, but let us all be aware that it is not always possible.

SUMÁRIO

INTRUDUÇÃO.....	07
I - FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS.....	20
II - CONTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO.....	26
III - COMPULSÃO NA NEUROSE OBSESSIVA.....	48
IV - MANIA COMO TIPO CLÍNICO.....	63
V - ARTICULAÇÕES ACERCA DO SUPEREGO.....	75
DISCUSSÃO.....	88
CONCLUSÃO.....	96
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100

INTRODUÇÃO

O desejo de desenvolver esta pesquisa, que tem como tema central “toxicomanias” e como suporte técnico e teórico a Psicanálise, surgiu a partir de um trabalho realizado em uma instituição que lida com a recuperação de dependentes químicos.

Este trabalho originou-se da demanda de um monitor dessa instituição que nos convidou a fazer um trabalho voluntário. Aceitamos fazendo uma oferta, aos “possíveis pacientes”, de escuta daqueles que desejassem falar de sua história, que quisessem se dizer e se ouvir: ‘um espaço para falar de sua história; não para serem julgados ou para receber conselhos ou soluções, mas para falar e talvez encontrar alguma resposta, na própria história, para suas interrogações ou, talvez ainda, um espaço para interrogações’ – essa foi a oferta.

Os “possíveis pacientes” eram homens, com idades bem variadas (desde meninos com 11 anos até senhores com seus 60 anos), que haviam criado dependência das drogas e estavam internados nessa instituição à busca de “recuperação”.

Esta proposta se diferenciava dos outros trabalhos propostos pela instituição, pois possibilitava a escolha. Aquele que quisesse ser ouvido, deveria solicitar. Essa estratégia foi pensada acreditando que, se havia um trabalho possível, este somente se viabilizaria se partisse de uma escolha própria; afinal, deveria haver disponibilidade, daquele que ali estivesse para ser ouvido, para falar-se.

Não era a primeira vez que nos deparávamos com o fenômeno da toxicomania, mas, como analista, ainda não tínhamos tido a oportunidade de emprestar nossa escuta a alguém que padecesse desse sofrimento. A não-experiência com esse “tipo” de paciente possibilitou uma escuta despretensiosa, pois implicava uma posição de não saber o que

fazer, nem tampouco se seria possível algum fazer dentro daquilo que a formação analítica privilegia, ou seja, o trabalho com o inconsciente.

Mas afinal, o que é inconsciente? Fala-se em manifestações inconscientes pelas quais o reconhecemos e o “percebemos” como atos-falhos, sonhos, sintomas, esquecimentos... Mas essas não são “o inconsciente”. Sabe-se que não é o contrário do que é o consciente, e este o é apenas no instante em que está sendo pronunciado. Existem lembranças que não estão em forma consciente, mas podem ser “tomadas” ou estão pré-dispostas a serem lembradas; talvez a isso possamos chamar “memória”, mas esta não é “o inconsciente”. O oposto da consciência, então, seria a memória? E estes ? a memória, o consciente, o inconsciente ? são estruturas, e não objetos que podem ser objetiváveis nas suas dinâmicas.

“O inconsciente só existe na análise”, ouve-se por aí como um dos jargões lacanianos. Ocorre que o inconsciente é algo que existe no momento em que é pronunciado. Um sintoma pode traduzir o inconsciente, mas somente o será quando puder ser dito. O inconsciente está por trás do sintoma. O sintoma não é o inconsciente, ele o carrega ? é “uma manifestação”.

O fato de dizer do sintoma não faz que ele deixe de se apresentar: *“percebo que faço tal coisa... então não a farei mais”* ? há uma determinação inconsciente e que por vezes dá conta até de mudar o engodo, dando a impressão de que o sintoma desapareceu; muda-se o engodo, mas a dinâmica persiste. Reconhecer a manifestação não significa reconhecer a história. Reconhecer na manifestação a história, que seja, o passado no presente, reconhecer-se naquilo que diz implica reconhecer o inconsciente, não apenas sua manifestação ou seu sentido. Reconhecer seu sentido implica apenas analisar o ego; portanto, significa continuar no campo do desconhecimento.

Reconhecer onde o sentido se repete, analisar o discurso ? onde a história se repete ? “*re-conhecer a presença desse passado no presente*”. A reconstrução da história, a história da repetição, é um caminho para poder reconhecer a presença do inconsciente, haja vista não ser ele um objeto. Apreendê-lo só é possível por meio sua dinâmica. Pode-se pensar o inconsciente como aquilo que aparece na repetição, entendendo a repetição não como algo que ressurgue da mesma forma, mas de formas diferentes e que têm como referência um mesmo sentido. “*Repetição do novo!*”

Nessa perspectiva, como pensar o fenômeno da toxicomania? O que se repete? Qual o sentido de referência? O que faz referência a algum sentido?

Na história da humanidade, as drogas passaram muito mais tempo liberadas que proibidas. O ópio é, provavelmente, a primeira droga usada pelo homem: os poderes da papoula são conhecidos há pelo menos 8000 anos. A coca já era usada pelos habitantes dos Andes há 2000 anos. E há registros de uso de maconha como remédio em escritos chineses do século I a.C. (SUPERINTERESSANTE, ed.172).

O consumo de drogas não foi introduzido na sociedade somente a partir da década de 70. Nos anos 70, porém, quando já proibidas, as drogas como forma de “prazer” se alastraram. Bucher (1992) ressalta: *A droga aí participava, pois, não como um elemento desintegrador e destrutivo, mas como uma oportunidade de experimentar, em grupo, novas sensações e chegar-se a novas percepções do universo, da vida, da interioridade humana. (p.28)*

Nos dias de hoje, *a procura sossegada de prazeres floridos e de convivências mais harmoniosas* (id.) foi relegada a segundo plano, e as conseqüências, devastadoras. Pode-se pensar que essa prática teve início como forma de contestar o excesso de repressão exercido pelo sistema político ? o qual era representante da lei. Atualmente,

esse fenômeno foi eleito para contestar o quê? Seria justamente o contrário da geração anterior ? a falta de “lei”? Ou seria também contestar algum excesso?

Vergara (2003) relata que pesquisadores descobriram algumas características comuns entre os dependentes e destaca como regra geral que *os dependentes de drogas têm dificuldade de sentir prazer e procuram alívio nas drogas* (p.33). Como pensar essa característica por uma óptica psicanalítica?

Charles Melman (1991), com base num trabalho realizado com grande número de alcoólatras, também destaca algumas características comuns: estereotípias da conversa (o mesmo estilo de apresentação, a mesma argumentação, os mesmos álibis, os mesmos protestos); sensação de serem pessoas inteiramente comandadas, como se não tivessem nenhuma disponibilidade subjetiva; relatos que se ordenam em torno de um conjunto de traços ? com preocupação de colocar em primeiro plano suas virtudes de bons cidadãos, de bons trabalhadores e de bons pais de família ? aos quais Melman atribui uma *culpabilidade com relação ao que neles faltava ? ou seja, justamente, o gozo fálico* (op. cit, p.108). E, conclui:

(...) eles pareciam aprisionados numa linguagem supereuóica, a linguagem de um dever com frequência bastante discordante da sua apresentação e à realidade dos fatos, mas de um dever que não lhes deixava nenhuma liberdade, como se não houvesse nenhuma divisão subjetiva com relação a esse dever. (ibid., p.109)

Enfatizando o objeto da dependência, em um artigo, Vergara escreve:

Usar drogas pode ser considerado uma das necessidades básicas do ser humano, uma motivação biologicamente inevitável (...) nosso sistema nervoso responde às substâncias psicoativas da mesma maneira que reage a comida, bebida, sexo e sono (...) Segundo Siegel, o homem descobriu as substâncias psicoativas imitando os animais. (VERGARA, 2003, p.29)

A droga aparece como parte das necessidades básicas de todo ser humano.

À mesma questão, nas palavras de Bucher (op.cit.):

Pregar a eliminação das drogas da vida social é ingenuidade, se não fanatismo irreal. (...) Querer proibi-las, seja pela repressão, seja pela condenação moralista, não surte efeito, pois as drogas fazem parte da vida, inclusive das suas dimensões de valor, como o prazer, o lazer e o belo. (p.31/32)

A palavra “droga”, durante muito tempo, foi usada para designar substâncias naturais utilizadas tanto na alimentação quanto na medicina, assim como para designar substâncias que poderiam ser consumidas por mero prazer. Carneiro (2005) traz informações preciosas a respeito dos desdobramentos dos significados desta palavra ao destacar que as distinções feitas atualmente não são “naturais”, mas um recurso artificial de controle político e jurídico:

Antes, portanto, de designarem os produtos vegetais, animais ou minerais usados como remédios, a palavra droga representou, no contexto colonial, um conjunto de riquezas exóticas, produtos de luxo destinados ao consumo, ao uso médico e também como “adubo” da alimentação, termo pelo qual se definia o que hoje chamamos especiarias. (op. cit., p.14)

O autor ainda ressalta a importância das drogas (*ópio, cannabis, cogumelos, cactos, todas as formas de consumo do álcool, tabaco, café e chá são algumas dessas substâncias* [op.cit., p.15]), se não igual, como superior às plantas alimentícias, visto que são *alimentos espirituais, que consolam, anestesiavam, estimulam, produzem êxtases místicos, prazer intenso...* (ibid., p.16). E conclui: *Ao compararmos drogas e alimentos, o que as diferencia é o regime jurídico e político que regula o direito à livre escolha* (ibid., p.21).

Ainda nesse texto, esse autor aborda a questão do “vício”, privilegiando a idéia deste como algo criado pelo próprio sistema capitalista, que veicula o apelo pelo consumo compulsivo, seja do que for, ou melhor, do que convém ao sistema.

Tratando dessa questão como de algo “criado”, Jéssus Santiago, em seu livro “*A Droga do Toxicômano: Uma parceria cínica na era da ciência*”, traz uma leitura desse fenômeno pela via do discurso científico. A proposta desse autor nesse trabalho foi a de...

(...) refletir sobre o laço existente entre o discurso da ciência e o advento do ato toxicomaníaco. Trata-se, precisamente, de mostrar até que ponto a operação de redução de sentido, efetuada pela causa formal da ciência, acha-se na origem da prática de certos produtos ? como é o caso da droga ? , enquanto um modo de tratamento do gozo correlato ao corpo. (op. cit. p.13)

Aurélio Souza (2003) também aborda a questão das toxicomanias pela via do discurso. No livro “*Os discursos na Psicanálise*”, faz uma leitura da perspectiva proposta por Lacan, dos quatro discursos, e apresenta num espaço público sua própria proposta, que chamou de “*discurso do a-viciado*”. Norteadado pela consideração lacaniana de que o discurso é uma *máquina que trabalha instituindo lugares e estabelecendo um laço* (op.cit., p.173), essa proposta delimita um lugar para o sujeito que sofre com a dependência química e adverte:

(...) o sujeito entra no jogo já perdido. Desde o início da partida, se passa a jogá-la, mantém-se na dependência de um “objeto” que o seqüestra e o consome sem limites, já que só existem leis do particular para regular seu uso. A dependência a esse “objeto”, que toma o estatuto de letra [a], determina o resultado do jogo, antes mesmo de ter começado. Uma condição de estrutura e de discurso que não só produz no a-viciado uma de-subjetivação eficaz como o inscreve numa posição em que fica submetido a um tipo de gozo que o feminiliza. (SOUZA, p.185, 2003)

Gurfinkel, no livro “*A pulsão e seu Objeto-Droga: Estudo Psicanalítico sobre a Toxicomania*”, discute longamente a questão e é trazido a este trabalho pelo interesse, em especial, na articulação que faz acerca da toxicomania com o “princípio de prazer”:
“*A compulsão à repetição do toxicômano é independente do princípio de prazer?*” (op. cit., p.205). Para responder a essa questão, destaca a duplicidade do princípio de prazer, em seu caráter de positividade, enquanto busca de prazer, e de negatividade, enquanto evita o desprazer, e propõe a seguinte articulação:

Podemos pensar que, ao invés da ‘substituição’ da ‘busca de prazer’ pela ‘eliminação do desprazer’, ocorre a sobreposição das duas tendências, ou uma espécie de ‘acordo’ semelhante ao mecanismo de denegação do fetichista: ao mesmo tempo em que a fonte de desprazer e de perturbação é reconhecida e tolerada, ela é anulada por uma alucinação negativa. (op.cit., p.215)

Esses autores foram apresentados para estabelecer algum diálogo a respeito do tema proposto, mas há algo de específico e particular desta autora que justifica e dá suporte para este trabalho de pesquisa.

Escutando a pacientes que sofrem com a dependência química, é comum ouvir desses sujeitos: “*Em princípio o uso de droga dá prazer, porém esse prazer não mais se apresenta com o uso continuado, pelo contrário; mas ainda assim não consigo deixar de usar*”. Para além da estereotipia da conversa, cabe a questão: de que dependência se trata? A isso talvez Charles Melman assim respondesse:

(...) se efetivamente verificamos serem essas manifestações instaladas por uma dependência que nos é comum a todos ? ou seja, o modo pelo qual somos ordenados e comandados pela linguagem ? é evidente que nessa figura do alcoolismo não se pode senão reconhecer uma das condições ordinárias do fala-ser. (MELMAN, 1991, p.107)

Importante pensar que a condição possível ao ser humano, para sua sobrevivência ao nascer, é o de depender de outro, e que os desdobramentos dessa relação é que o fazem existir...

Esse ato se configura, desde então, como um imperativo que se impõe ao sujeito, o qual o repete de maneira compulsiva. *É o gozo (...) que necessita a repetição (...) O que nos interessa como repetição, e se inscreve em uma dialética do gozo, é propriamente aquilo que se dirige contra a vida* (LACAN, 1970, p.43). O que determina a compulsão, relatada por consumidores abusivos de drogas? Seria esse fenômeno um sintoma, o mesmo observado na neurose obsessiva? É possível pensar o fenômeno da toxicomania articulando-o com o conceito de sintoma para a Psicanálise?

Freud (1926) diz: *um sintoma é um sinal e um substituto de uma satisfação instintual que permaneceu em estado jacente; é uma consequência do processo de repressão* (p.95). E, mais adiante continua...

(...) é que o impulso instintual encontrou um substituto apesar da repressão, mas um substituto muito mais reduzido, descolado e inibido, e que não é mais reconhecível como uma satisfação. E, quando o impulso substituto é levado a efeito, não há qualquer sensação de prazer; sua realização apresenta, ao contrário, a qualidade de uma compulsão. (op.cit., p.98)

Importante observar, como faz Freud, que essas definições referem-se especificamente aos sintomas da neurose. No decorrer deste trabalho, foi sendo possível ouvir, das singularidades dos sujeitos, algo que aponta para um universal: a droga talvez não seja o problema, mas sim uma solução: uma solução de compromisso? Portanto, um sintoma?

Um sintoma sempre implica a supressão do sujeito, porém, neste sintoma, observa-se muito mais que a supressão do sujeito: a autodestruição aparece de maneira exacerbada e muitas vezes levada às vias de fato, como no caso de uma *overdose* fatal.

“Estou me destruindo...” – muitas vezes surgiu nos discursos. Ainda segundo Freud (1917): *Os sintomas (...) são atos prejudiciais, ou pelo menos, inúteis à vida da pessoa, que, por vez, deles se queixa como sendo indesejados e causadores de desprazer ou sofrimento* (p.361). O que guiou a escolha desse sintoma? O que o sustenta?

Assim...

(...) o sintoma emerge como um derivado múltiplas-vezes-distorcido da realização de desejo libidinal inconsciente, uma peça de ambigüidade engenhosamente escolhida, com dois significados em completa contradição mútua (...) a libido finalmente consegue achar sua saída até uma satisfação real ? embora seja uma satisfação extremamente restrita e que mal se reconhece como tal. (ibid., p.363)

Freud (supra) afirma:

Existe algo mais (...) que faz com que os sintomas nos pareçam estranhos e incompreensíveis como meio de satisfação libidinal (...) Em geral, eles desprezam os objetos e, com isso, abandonam sua relação com a realidade externa. Podemos verificar que esta é uma conseqüência de se haver rejeitado o princípio de realidade e se haver retornado ao princípio de prazer. (p.368)

E nesse mesmo texto Freud enfatiza o valor reduzido dado à realidade e a não-diferenciação entre fantasia e realidade, a última das quais seria a mola da neurose: *As fantasias possuem realidade psíquica, em contraste com a realidade material, e gradualmente aprendemos a entender que, no mundo das neuroses, a realidade psíquica é a realidade decisiva* (ibid., p.370).

Esse mundo de fantasias, como afirma Lacan (1986), é estruturado pela *aventura original* vivenciada pelo sujeito, em que a visão total de seu corpo antecipa um domínio imaginário do mesmo corpo que não corresponde ao domínio real por ocasião do estágio do espelho:

É a aventura original através da qual, pela primeira vez, o homem passa pela experiência de que se vê, se reflete e se concebe como outro que não ele mesmo – dimensão essencial do humano, que estrutura toda a sua vida de fantasia. (op. cit., p.96)

Porém (...) na relação do imaginário e do real, e na constituição do mundo tal como ela resulta disso, tudo depende da situação do sujeito. E a situação do sujeito (...) é essencialmente caracterizada pelo seu lugar no mundo simbólico, ou, em outros termos, no mundo da palavra. (op.cit., p.97)

Ao escrever sobre a Psicanálise, Freud propõe que estudemos a “Psicopatologia da Vida Cotidiana”, que consiste em analisar as manifestações do inconsciente que estão presentes no nosso cotidiano como nos *sonhos, atos falhos, esquecimentos, sintomas*; mas pode também nos fazer pensar na *patologia que nos é cotidiana*. E o que se fez cotidiano, o trabalho citado, para além das questões apresentadas ? e isto sim traz a especificidade da pesquisa ? foi o sofrimento.

Assim, esta pesquisa apresenta, após um percurso, um dizer possível acerca de uma experiência com sujeitos que sofrem com o fenômeno da toxicomania, mais especificamente aqueles que se apresentam como portadores de algum sofrimento. Dito isso, vale lembrar que a vivência clínica ? que aqui se pretende experiência e que possa ser transmissível ? deu-se, a princípio, com homens que se encontravam internos numa instituição que lhes proporcionava tratamento para “combater” o fenômeno da toxicomania. Haja vista que a pesquisa foi estruturada num momento em que o trabalho nesta instituição já tinha sido encerrado, as referências à mesma são abstraídas uma vez que, para tal procedimento, acreditamos necessário autorização por parte desta, o que não foi possível. No entanto, o que se faz necessário salientar é que o tratamento proposto por esta instituição contemplava a internação.

Não por acaso surgiu a palavra “combater”: numa primeira associação, é possível pensar que isso implicaria algum “mal” que precisa ser combatido: ‘qual é o mal-estar?’ Aplacando essa associação, que pareceria profícua, vem a idéia de ‘doença’:

o mal ao qual visam combater está associado à idéia de doença... incurável, progressiva, devastadora... enfim, diante desse quadro o tratamento que melhor se indicaria seria mesmo o de ‘combater’.

Os tóxicos? Dos mais variados tipos e formas de administração. O que nos faz caso não é se são usuários de álcool ou de cocaína, ou se possuem ‘dependência cruzada’, como se declaram, mas que se declarem portador de um sofrimento. Esse é o ‘pathos’, a via de escuta, o recorte da vivência, o contexto para a experiência.

O foco não está na substância que os diferencia, mas naquilo que os traz, para uma mesma instituição, a compartilhar de uma experiência que, porquanto única, também é compartilhada. Um dependente de álcool é diferente de um dependente de *crack*, que por sua vez difere de um dependente de álcool e de *crack*, ou ainda de outro dependente da mesma substância, mas o percurso que fizeram para chegar a uma instituição em busca de tratamento contra essa dependência torna-os sujeitos que sofrem com uma dependência... (química)?

O que é considerado é o fenômeno que é apresentado pelo sujeito como sofrimento.

É possível dizer, observando uma pessoa em um bar acendendo um cigarro na “bituca” de outra, que esse indivíduo é um compulsivo? É possível dizer, observando uma dona-de-casa que guarda embalagens de remédios porque as acha bonitinhas, que essa mulher é compulsiva? Quem pode dizê-lo?

Provavelmente só aquele que se intoxica com tal mania... E aqui leia-se *mania* no sentido popular do termo.

Apesar da substância, apesar do fenômeno, passível de observação, o que nomeia um sujeito como “toxicômano” é somente aquilo que ele próprio pode dizer de

seu sofrimento acerca da sua toxicomania: e é com base nesse discurso que o percurso da pesquisa foi estabelecido.

Os sujeitos aqui contextualizados, que receberam a oferta de uma escuta, declaram-se intoxicados. Importa saber o porquê... Qual é a droga??!!

Santiago (2001) afirma:

(...) nem todo tóxico é uma droga e que esta última não pode, pois, ser reduzida a uma substância tóxica. E mais adiante continua: Isso quer dizer que não há noção de droga que não seja relativa ao contexto discursivo no qual ela se enuncia (...) No campo analítico, qualquer estudo do problema do uso da droga deve começar pelo fato de que planta, raiz, até mesmo tal substância produzida pela análise ou pela síntese química são, enquanto tais, passíveis do empreendimento da linguagem e, conseqüentemente, suscetíveis de diferentes modalidades de efeitos de sentido, no plano do saber. (p.20)

Um pouco acima, lê-se: “*um dizer possível acerca de uma experiência...*” ? é do um que se trata, de *um saber do particular de cada sujeito* (BARROSO, 2003, p.22). Transmitir uma experiência com base numa vivência com um sujeito que se apresenta como portador de um sofrimento em detrimento da ‘toxicomania’ é o limite deste trabalho.

Qual é o contexto discursivo do sujeito apresentado? Qual é o contexto discursivo do sujeito que aqui se apresenta? Essas duas interrogações são contempladas quando da construção do caso clínico. *Refletir na psicopatologia da contratransferência é transpor para o ensaio metapsicológico um destino instrumentalizado para a transferência* (NIKOS, 2000).

Uma revisão bibliográfica, principalmente pelas obras de Freud, sobre a “neurose obsessiva”, a “mania” e o “superego”, é apresentada por propiciar suporte teórico (se é que é possível dizer em “teoria” quando se trata da psicanálise)

considerado importante para tratar da tóxico-[mania], e também porque a pesquisa faz referência à questão da compulsão.

Dessa forma, esta pesquisa traz algumas possíveis contribuições para o fenômeno da toxicomania, pois visa, como propõe a “Psicopatologia Fundamental”, à transformação de uma vivência em experiência ? que quiçá tenha sido transmissível ? e apresenta a construção de um caso clínico, com as questões despertadas a partir deste, que são o fundamento da discussão e da conclusão.

I - FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa teve como princípio norteador uma investigação por meio da análise dos discursos de sujeitos que sofrem com a dependência química e se dispõem a falar de sua história na tentativa de transformar esses discursos numa experiência, conforme propõe a Psicopatologia Fundamental:

Desde que a posição da Psicopatologia Fundamental é tal que se dispõe sempre a escutar um sujeito que porta uma única voz que fale do pathos que é somático e que vem de longe e de fora, ela é sempre objeto da transferência, ou seja, de um discurso que narra o sofrimento, as paixões, a passividade que vem de longe e de fora e que possui um corpo onde brota, para um interlocutor que, por suposição, seja capaz de transformar, com o sujeito, essa narrativa numa experiência. (BERLINCK, 2000, p.23)

Quanto a trabalhar com “o discurso do sujeito” para uma pesquisa que se pretende numa abordagem psicanalítica, o percurso da formação psicanalítica, iniciado antes da proposta desta, nos indicava que este era o caminho, o “método”. Aos moldes do tratamento analítico, que privilegia os significantes que fazem parte da constituição do sujeito e que busca, na própria história deste, os significados que lhes são únicos e singulares, estivemos certa de que, também para um percurso de pesquisa, deveria haver esse roteiro como referência, uma vez que entendemos que a proposta da psicanálise é uma investigação, uma pesquisa do inconsciente de cada sujeito como determinante da “psicopatologia que lhe é cotidiana”. Lacan (1992), no seminário “O avesso da psicanálise”, esclarece:

Para ser eficaz, nosso esforço, que é, como sabemos perfeitamente, uma colaboração reconstrutiva com aquele que está na posição do analisante, a quem permitimos, de certa maneira, que enverede por seu caminho, esse esforço que fazemos para extrair, sob a forma de pensamento imputado, o que foi efetivamente vivido por aquele que no caso bem merece o título de paciente,

não deve fazer-se esquecer que a configuração subjetiva tem, pela ligação significante, uma objetividade perfeitamente localizável, que funda a própria possibilidade da ajuda que trazemos sob a forma da interpretação. (op.cit., p. 82)

Ao longo da formação analítica, por meio do trabalho pessoal de análise e supervisão e do estudo teórico, é possível apreender que há algo no discurso para além das palavras, ou melhor, aquém destas. Lacan, no mesmo seminário já citado, assinala essa questão, entre outras, e nos traz a idéia de que a experiência analítica é uma experiência de discurso e, como tal, acarreta a possibilidade de investigação do “saber” que se encontra por traz das palavras. Esse saber, que já está no mundo e faz parte dos pilares da estruturação do sujeito, é um saber ancestral, que liga um significante a outro para, assim, representá-lo; dessa forma, também se encontra ligado a um gozo, uma vez que o traço que fez marca – “traço unário” – num momento fugidio, e apenas neste, já que o gozo se encontra desde então interditado, estiveram ambos atrelados, e foi precisamente este que deixou sua marca. Entende-se, então, que saber e gozo estão, de alguma forma, articulados, e, portanto, pela via do gozo que aparece no discurso, é possível atingir esse saber, ou seja, a verdade do sujeito.

Agora vem o que Lacan aporta. Que diz respeito a essa repetição, essa identificação do gozo. (...) a função do traço unário – quer dizer, da forma mais simples de marca, que é, falando propriamente, a origem do significante. (...) – que é no traço unário que tem origem tudo o que nos interessa, a nós, analistas, como saber. (LACAN, 1992, p. 44)

Assim, se é do discurso, e dos significantes que aí se apresentam, que devemos dispor para um tratamento psicanalítico, também será destes que devemos partir para uma pesquisa referenciada na psicanálise.

Diante dessas idéias ‘pré-concebidas’ acerca da pesquisa, a proposta da Psicopatologia Fundamental veio ao encontro da questão sobre como viabilizar esse

processo. Compreender do que tratava essa proposta, porém, também exigiu um percurso e uma construção, que foram possíveis nos encontros no “Laboratório de Psicopatologia Fundamental”.

Nossa busca por significar esta proposta, para então inserir nossa pesquisa nesse referencial, iniciou-se pela leitura do livro “*Psicopatologia Fundamental*”, de Manoel Tosta Berlinck, que concordou em nos orientar nesse percurso. Essa leitura possibilitou-nos introduzir a Psicopatologia Fundamental em nosso projeto, mas tínhamos claro que ainda começávamos a engatinhar nesse campo, ou melhor, naquele momento nos encontrávamos “boiando”.

No livro citado, encontramos uma primeira referência indicando que a Psicopatologia Fundamental é uma “posição”, que seja, *lugar onde uma pessoa ou coisa está colocada* (BERLINCK, 2000, p.11).

Essa afirmação sugere-nos outra interrogação: que lugar é esse ocupado pela Psicopatologia Fundamental? E, mais uma vez, recorremos a Berlinck (2000):

Trata-se, antes de mais nada, de uma posição clínica que encontra suas origens no teatro grego do tempo de Péricles e na medicina de cidadãos praticada em Atenas, nessa mesma época. Tanto o espectador como o médico de cidadãos se inclinam, como na Psicopatologia Fundamental, diante de alguém que porta uma voz única a respeito de seu pathos, de sua tragicomédia, mas também, de seu sofrimento, de suas paixões, de sua passividade. É clínica, portanto, porque respeita o princípio da voz única que suscita experiência e terapia. Trata-se de uma posição porque reconhece a existência de outras posições na polis dentre as quais se destacam a do orthos e a do historiador. Essas posições nascem de posturas corporais e essas posturas – verdadeiras formas de existência dos corpos – engendram discursos – logos – que representam essas posições.(p.22)

Sobre as posições do *orthos* e do historiador, assinala-se, respectivamente, tratar-se de uma posição irrepreensível que regia o comportamento dos corpos humanos adquirida mediante um processo de aprendizado, e, diferente de uma posição irrepreensível, onde também se incluía o movimento corporal: trata-se de registrar o que

ali ocorre, por meio de testemunhas e do olhar, garantindo uma memória. Uma terceira posição, a que se expressa no teatro dos tempos de Péricles: *o relato teatral não podia provocar catharsis e sim experiência (...), ou seja, o enriquecimento advindo dos pensamentos suscitados no público pela representação* (ibid., p.17). E esta última representa aquela da qual a Psicopatologia Fundamental se aproxima:

(...) a Psicopatologia Fundamental está interessada num sujeito trágico que é constituído e coincide com o pathos, o sofrimento, a paixão, a passividade. Este sujeito, que não é nem racional nem agente e senhor de suas ações, encontra sua mais sublime representação na tragédia grega (ibid. p.18).

Esses esclarecimentos, ainda que muito precisos, indicavam-nos que estávamos muito longe dessa posição, e mais, que não seria pela teoria que a atingiríamos. Havíamos lido em Berlinck (2000), que “*A Psicopatologia Fundamental é psicanalítica*”, que a psicanálise contém um lugar para ela, mas que não se confundem: *A Psicopatologia Fundamental só é psicanalítica porque, apesar de psicanalistas, há, na casa da psicanálise, um lugar para ela* (p.24). Quando iniciamos nossa participação no laboratório, havia algo que nos intrigava: o que distingue a Psicopatologia Fundamental da Psicanálise?

Alguns outros textos apresentados no laboratório (um deles, escrito por Mário Eduardo Costa Pereira ? “*Pierre Fedida e o campo da Psicopatologia Fundamental*” ? , e outro, escrito por Manoel Tosta Berlinck ? “*O fundamental da Psicopatologia Fundamental*”) ajudaram-nos a avançar um pouco neste nosso percurso, mas foi mesmo a cada encontro que pudemos ir significando algumas peculiaridades do trabalho.

Uma dessas, que consideramos muito importante, diz respeito à construção do caso clínico. Lendo os textos e ouvindo os comentários dos colegas, que já possuíam

algum percurso neste laboratório, fomos percebendo que não se tratava de relatar um caso clínico, de apresentar um texto com o relato das sessões o mais fidedigno possível, nem tampouco de trazer a público uma história que diz respeito somente àquele que a vivenciou. Tratava-se, sim, de “construir” um relato de uma vivência, criando a possibilidade de pensar aquilo que não foi pensado, pois, nas palavras de Berlinck, “*não há como saber se é uma história verdadeira; portanto, que seja verossímil*” (e que ele nos perdoe se não fomos fiel às suas palavras).

E, então, chegou o dia de apresentar aos colegas, pela primeira vez, nosso texto. Para situar melhor o leitor, devemos esclarecer que o laboratório funciona da seguinte forma. Existe um cronograma elaborado no início do semestre, e a cada encontro, quinzenal, duas pessoas apresentam seu texto. Essas deverão enviar, por *e-mail*, a todos os colegas do laboratório, sua produção, com certa antecedência, para que todos possam ler e, na data predeterminada, tecer os comentários que cada qual julgar pertinente e que possa trazer alguma colaboração àquele. Assim o fizemos.

Obtivemos muitas colaborações dos colegas, aos quais temos muito a agradecer, mas uma nos marcou em especial. Uma colega ressaltou que considerou nosso texto preconceituoso. Confessamos que esse comentário nos causou certo espanto. Imaginávamos ouvir qualquer outra coisa, pensávamos que alguém poderia achá-lo horrível, mas preconceituoso... não esperávamos. Fomos então revisar nosso texto e tentar achar onde esbarrava no preconceito, pois acreditávamos que, ainda que apenas um leitor tivesse tido essa impressão, isso era muito discrepante daquilo que pretendíamos.

E, uma vez marcado, aquilo nos retornava sempre, gerando certo incômodo. Havia que dar um sentido para essa marca, além de apenas levá-la em consideração. Aos poucos fomos percebendo que não se tratava de revisar o texto, mas que talvez a

colega estivesse indicando outra coisa. Na verdade, hoje podemos perceber que não sabemos quais foram suas intenções, mas suas palavras nos remeteram a uma outra questão para além do texto... Nossa “posição” pessoal.

Reverendo nossa posição, percebemos que nos encontrávamos engessada em alguns conceitos com relação ao que significava fazer uma pesquisa, aos moldes científicos, em dar uma boa justificativa para tal pesquisa, em ressaltar a contribuição que poderia trazer, enfim, em convencer. As articulações estavam fechadas, prontas, sem dar a possibilidade do novo surgir, ou seja, “pré-concebidas”! E isso estava muito distante do que propunha a Psicopatologia Fundamental.

Esse processo possibilitou, então, a busca por outra posição. Este foi o momento em que, verdadeiramente, nossa pesquisa iniciou-se. E esse movimento dava sentido em realizá-la dentro do Laboratório de Psicopatologia Fundamental.

Este é o método: estabelecer uma posição tal que o *pathos* seja acolhido, não o reduzindo ao fenômeno da toxicomania, mas àquele trazido pelo sujeito como sofrimento. Esse sujeito muitas vezes se apresenta numa posição de *orthos*, engessado numa postura nem sempre considerada irrepreensível do ponto de vista moral; porém, mudando-se o prisma, é possível metaforizá-la como irrepreensível; outras vezes aparece também na posição do historiador, daquele que registra e relata, mas não se deixa afetar por ela. Acolhendo essas posições, é possível trabalhar para o surgimento de uma “voz única a respeito de seu *pathos*, seu sofrimento, suas paixões, sua passividade...”.

A metodologia, portanto, que implica a construção do caso clínico, diz respeito à construção de uma posição do pesquisador que lhe possibilite pensar o novo.

II - CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO

Escrever um caso clínico... O que é escrever um caso clínico? É falar de quê? É falar de quem? Em princípio, de quem ouviu o sujeito, e de algo deste sujeito que tocou aquele que ouve. Redundâncias à parte, um caso clínico relatado será o caso daquele que o ouviu e o falou, muito antes que daquele que testemunhou sua história. O caso relatado a seguir é “de toxicomania”, que preferimos classificar como um caso de um sujeito que sofre com a dependência que estabeleceu com uma droga, ou várias delas. Esse sujeito encontra-se abstinente, porém sob internação, quando se deu início este tratamento. Dizemos “porém” porque acreditamos que esse dispositivo opera de maneira decisiva, ou melhor, repressiva no “estar abstinente”. Por outro lado, esse sujeito permanece intoxicado por seu sintoma? uma internação possibilita apenas (o que não é pouco) a abstenção de um dos elementos que compõem seu sintoma, e talvez seja essa abstenção que lhe dá chance de interrogar-se.

G. solicita ser ouvido individualmente. Na primeira entrevista, como não podia deixar de ser? uma vez que se encontra sob efeito do discurso repressivo que circunda toda instituição?, apresenta-se como “moço bom”: aquele que admite sua culpa e está arrependido de coisas que tem feito sob efeito de drogas; pretende buscar um grupo de apoio ao sair da instituição, está ciente de sua “doença” e otimista quanto a tratá-la. Quando indagado sobre o que buscava naquele espaço, aparece então uma história, “história de perdas”: passou por várias internações em virtude do uso de drogas, e, nessas idas e vindas, foi perdendo a confiança das pessoas que lhe são caras, destacando como mais importantes a “mãe” e a “avó”. Quando tinha 5 anos os pais separaram-se e desde então perdeu o contato com o pai; foi casado e teve uma filha, que faleceu quando tinha 4 anos... Separou-se da esposa e mora com a mãe. Lembra-se de que, desde

criança, *“sempre curtiu tudo que o tirasse do normal”* (sic), como, por exemplo, girar para ficar atordoado. Fala também da culpa que sente, culpa com relação a essas perdas: *“sinto-me um fraco”*. Ao final desta entrevista, pergunta:

? *“Era isso que era para eu falar?”*

Outras entrevistas sucederam-se, e a história de G. foi ampliando-se: fala de sua mãe, designando-a como uma figura importante em sua vida, como presença e como discurso:

? *“Sua opinião é muito importante. Se ela não gosta de uma namorada que arrumei, é possível que eu largue da namorada...”; “ela me protege”.*

Com a separação dos pais, G. perdeu o contato com o pai. Conta que, mesmo tendo condições financeiras, o pai nunca ajudou sua mãe ? que desistiu do processo judicial de pedido de pensão ? na criação dele e de seus dois irmãos. Tem uma lembrança da época que morava com o pai:

? *“Gostava de molhar um algodão com álcool e colocar fogo. Fazia isso escondido, pois meu pai ficava muito bravo. Um dia me pegou fazendo esta brincadeira, para mim era uma brincadeira, me bateu e deixou-me de castigo”.*

[Brincadeira com álcool?]

? *“É... desde pequeno o álcool me causou problemas!”* (Diz isso em tom de ironia).

Em outros momentos, queixa-se do pai:

? *“Agora (G. encontra-se com 31 anos) não preciso mais dele, mas na hora em que mais precisei, ele não estava lá. Ele acha que o procuramos só por causa de seu dinheiro, mas não era do dinheiro dele que precisávamos... precisava dele enquanto pai.. como um consolo” (...)* *“Mas tudo bem!”*

Essa expressão apareceu repetidas vezes, sempre em seguida a uma queixa, ou sempre que em seu discurso apontava algum sofrimento... Apontava algum sujeito?...

Lembrar-se do pai em muitos momentos esteve acompanhado de raiva... e de culpa... e de agressividade:

? *“Uma vez nos encontramos e nos agredimos; não o agredi fisicamente, mas agredi verbalmente e ele me agrediu fisicamente. Talvez não devesse ter feito isso, mas.... Já não preciso mais dele, faz tempo, fui trabalhar cedo para não precisar do dinheiro dele”*

[Mas você disse que não era mesmo do dinheiro dele que precisava, que precisava de outras coisas...]

? *“Talvez ainda precise...”*

Outra característica que traz em primeira pessoa é a timidez. Ser tímido sempre lhe causou problemas, desde a escola, até para aventurar-se com paqueras:

? *“Quando criança a professora chamava-me atenção por algo que não tinha cometido e eu não me defendia... era muito tímido” (...)* *“No trabalho, engulo sapos e*

fico quieto” (...) “Quando vou a um salão (de baile), tenho dificuldades de aproximar-me de uma mulher” (...) “Sou tímido e comecei a beber com doze anos, em festas, para chegar em uma garota...”

E, mais tarde, conheceu também outras drogas, *“que faziam eu me sentir mais forte”* (sic).

Algumas vezes bebia para aliviar-se dos “sapos” que havia engolido no trabalho, outras para comemorar alguma feita, ou melhor, bem feita; muitas vezes bebeu para fugir [do quê ou de quem?] e outras vezes para ficar: *“ficar com uma garota”* (sic.), *“ficar com os amigos”, “ficar com a família”, enfim “ficar eu”* (sic).

[Isso é o que sente quando bebe?]

? *“Não só quando bebo, mas é que tudo começa com o álcool; se não bebo, até consigo ficar sem usar outras drogas, mas quando bebo... não consigo!!”*

Quando interrogado sobre esse “não consigo”, a resposta obtida foi:

? *“Não consigo realizar as coisas que gostaria, não consigo guiar minha vida; sempre dependo de alguém para resolver minhas coisas. Se estiver triste espero que alguém venha e me console; se tiver algum problema, fico esperando que alguém me ajude a resolvê-lo... Não consigo”.*

“Não conseguir dizer não em muitas situações...” o remete novamente aos *“sapos do trabalho”*, às lembranças da escola e a uma em especial:

? *“Estar na presença de mulheres... lembro-me uma vez que saí com um grupo de amigos, homens e mulheres, e que fiquei por um bom tempo bebendo apenas guaraná... até que os amigos começaram a pegar no meu pé porque não estava bebendo: bebe só uma, não vai ter problema! Até as mulheres estão bebendo, só você não vai beber? Quando ouvi isso resolvi pedir um copo...”*

[Qual é o problema em até as mulheres beberem?]

? *“É como se mexesse na minha imagem de homem...”*

Essa imagem também parece “mexida” em outros momentos:

? *“Quando estou xão, não consigo perceber que as pessoas (mulheres) se interessam por mim; fico com medo de não ser aceito. Quando bebo, os medos passam e tudo está bom; se as coisas deram certo, tudo bem, mas se não deram, tudo bem também. Fico empolgado, sinto-me maior, e então parto para outras drogas. Só que no dia seguinte sinto-me culpado; sinto-me um fraco”*

[Do que tens medo?]

? *“De levar um não...”* (fazendo referência a chamar uma mulher para dançar).

Dizer não, ouvir um não: o “não” tem aparecido como figura central nesses discursos. Bem como “as mulheres”: a mãe que protege, a esposa que o abandona, a filha que morre, aquelas que lhe causam medo... E desejo?! Estaria nesta série a possibilidade de entrada para análise?

Sessão após sessão, G. parecia empenhado no propósito de livrar-se de sua dependência, fazia planos ? “pós-internação” ? relacionados à retomada da vida: voltar a trabalhar, a participar de grupos terapêuticos, mudar de atitude nos

relacionamentos, talvez realizar algum trabalho que pudesse ajudar pessoas que também sofriam com a dependência química, enfim, parecia buscar “novos caminhos”. A alta esteve próxima, e a recaída também... Após seis meses da alta G. retornou à internação. O motivo da recaída? Sua mãe ter duvidado de sua abstinência:

? *“Ela duvidou de mim, e então fui lá e bebi mesmo, só de bronca e a compulsão retornou!”*

E assim acontecera também nas outras recaídas. Não sabia ao certo se era uma desculpa para recair, mas algo o “*tomava*”, e na hora em que percebia já estava “*mergulhado*” de novo.

? *“Quando ela duvida, provoca algo em mim...”*

Em determinado momento do trabalho com G., pudemos perceber que a escuta encontrava-se prejudicada. Após as sessões, identificávamos um misto de sensações, não muito bem definidas, que nos produziram algumas inquietações: o que provocava aquele misto de sensações? Qual a dificuldade em defini-las?

Julgamos importante tentar dar-lhes um nome, bem como a G., que então será nomeado por *Guilherme* para que a construção do caso clínico possa prosseguir.

Entorpecimento... Atordoamento... Exaustão... Irritação. Irritação era muito evidente, mas não era uma sensação isolada. Cansaço também prevalecia, mas não só. Raiva, esta era muito importante. Medo... Surgiu em determinadas circunstâncias. E, indubitavelmente, angústia.

Fomos percebendo que a escuta estava impregnada por articulações, leia-se “teorizações”. Havia uma exigência em compreender essa circunstância, em dar um sentido ao sofrimento de *Guilherme* e uma explicação para sua dependência. Do que se tratava?

A cada sessão, essas articulações e explicações eram desbancadas por uma história singular que existia em *Guilherme*, produzindo o misto de sensações, produzindo um misto de interrogações.

A angústia, talvez a mais fácil de detectar ainda que não tão fácil de trabalhar, surgia justamente em razão de estar andando na contramão (do trabalho). Medo, ainda um pouco indefinido para dizê-lo, mas até agora a forma possível de dizê-lo é com relação ao que poderia vir, ou melhor, ouvir da história ? a fantasia era de que algo medonho iria surgir. Raiva, porque *Guilherme* não confirmava com sua história aquilo que havíamos construído como teoria. O esforço na contramão também produzia cansaço.

Irritação!!! Alguma coisa daquela história irritava, muito! A sensação de responsabilizar o outro pela sua doença. A sensação de sermos responsabilizada pela sua não-cura. A sensação de que ele não aderiria ao trabalho. De que estava ali apenas para “*passar um pano*”, como comumente se falava. Perceber a impotência, a limitação do trabalho.

Quem queria o quê? Escutar o sofrimento era o que deveria prevalecer, o qual aparecia das mais variadas formas, até mesmo em forma de piadas.

Julgamentos não cabiam naquele espaço... A raiva talvez tenha que ver com isso também: “*Do que estás rindo? Isso é muito sério!!!*” – em muitos momentos dava vontade de dizer. Do que estaria rindo? Qual a função daquele riso? Não se sabe, e talvez não se deva saber.

Assumir a posição de “não saber” faz-se urgente!!! Abster-se de conhecimentos faz-se necessário para a escuta e construção do caso. Como afirma Pacheco (2003):

(...) verifica-se que a ‘construção do caso clínico’ não se presta a uma mera validação da teoria, mas ao contrário, trata-se da exigência de uma retificação dos conceitos a partir de cada caso em especial. Em outras palavras, não se trata de demonstrar a teoria, mas, antes, de fazer de cada caso, em particular, uma oportunidade de verificação do alcance do corpo doutrinal da Psicanálise. (p.35)

E então: o que tinha *Guilherme* a dizer?

Ainda que se apresentasse como alguém que tinha dificuldades para falar de si, *Guilherme* tinha muitas coisas a dizer, principalmente no que diz respeito a degradações e repreensões contra sua pessoa. Quando convidado a falar de sua história, apresentou-se meio desnortado, não entendendo por que tinha recebido tal convite ? não sabia muito bem o que dizer e parecia se perguntar: “*O que você quer saber?*”

[Fale de sua história!]

? “*Que história? Da minha? De onde? Não é muito diferente de outras histórias... Meu pai sempre foi muito radical, não tínhamos muito relacionamento, não conversava, não trocava idéias, depois que se separou de minha mãe, aí piorou... Acho que não quero falar sobre isso... Acho que isso me levou ao uso... Eu nunca aceitei essa condição, sempre queria mais, não me contentava com o pouco que tínhamos... queria ser igual aos outros!*”

[Que outros?]

Aquela foi a primeira, de várias outras ocasiões, em que “os outros” apareciam em seu discurso. Em quase todo o discurso podemos encontrar a presença “dos outros”,

mas para *Guilherme* esses outros apareciam quase sempre indefinidos, ao mesmo tempo em que confundidos, sem saber ao certo o que o distanciava, qual o seu entorno. Parece que poderia ser qualquer outro... Caso conseguisse defini-lo, poderia ser alguém. Ou talvez ter alguém com quem se identificar. Sem construir uma identidade, *Guilherme* apresentava-se ao outro de certa maneira esperando que este lhe dissesse quem ele deveria ser. Em determinados momentos dizia:

? “*Você (deve) é que tem que me dizer se isso é normal ou não!*”

Mas, parece que aquilo que o causava era justamente estar identificado como alguém que “depende”.

No que diz respeito à família, *Guilherme* oscilava entre sentimentos de raiva, rancor, culpa, arrependimento. Dizia que nunca quisera pertencer àquela família, que ficava querendo ter os pais dos amigos, viver em outra família, que tinha vergonha da sua. Mas, surpreendentemente, quando indagado sobre quem seriam esses outros aos quais fazia referência em seu discurso e aos quais desejava ser igual, falava de um de seus irmãos:

? “*Meu irmão do meio, admiro a forma dele viver, sempre buscando as coisas para ele e conseguindo... Sinto inveja dele, gostaria de ser ele, ter a vida dele... Já usamos drogas juntos, mas ele conseguiu saber sair dessa numa boa. Nunca consegui ter as coisas que ele tem...*”

[O que ele tem?]

? “*É casado, tem sua casa, seu carro, sua família...*”

E então, outra surpresa. *Guilherme* já havia contado a respeito do casamento que se desfizera, das coisas que havia construído e perdido em razão do uso de drogas. O que será, então, que seu irmão tinha e ele não? Esse “nunca” soou de maneira radical.

[Nunca?]

? “*Já tive, mas não dou valor... não dou valor para as coisas que tenho, que faço, para o que sou... não sei dar valor... nunca estou contente com nada... quando tenho as coisas fico satisfeito por um tempo, depois quero mais*”

“Querer mais” novamente aparece no seu discurso: “*quer mais que aquilo que tem*”. Essa afirmação poderia ser contraditória a outra, quando diz:

? “*Não tenho nada.*”

Matematicamente falando, duas negativas resultam numa afirmativa. Trazendo isso para este contexto, “não” e “nada” poderia resultar em “ter”. A idéia que surge é que, para *Guilherme*, “ser” e “ter” se confundiam. Ou melhor, para “ser”, “tem que”. Talvez estejamos próximos do imperativo:

? “*Parecia que eu tinha que... usar drogas... eu faço tudo por obrigação, mas quem me obriga?... Eu me obrigo, crio-me obrigações.*”

Considerando-se que o ser humano é habitado pela pulsão, uma força constante que nunca cessa de representar-se, e que as representações infalivelmente se repetem, estamos entrando num campo fora da ordem da necessidade, que, portanto, não

contempla satisfação. E são essas representações repetidas que nos permitem traduzir a história do sujeito, ou melhor, a partir destas abre-se a possibilidade de pensar o novo.

A pulsão não tem regra; precisa ser normatizada. A princípio recebe uma “cifra”, e, quando retorna em forma de representação, de desejo, impele o sujeito à busca de satisfação. O que interessa ao trabalho analítico são as representações, os objetos que imprimem o sujeito e constituem sua realidade, permitindo que sua história possa ser traduzida, ou seja, aquilo que se repete: “Querer mais...”.

Essa exigência, ou se deveria dizer urgência, que se lhe impõe, em “querer mais”, é direcionada a todos, como se todos esses outros a que fazia referência devessem estar sempre fazendo mais por ele. Na transferência não poderia ser diferente. Certa vez, quando sua sessão teve de ser cancelada, na seguinte veio dizendo, em alto e bom som, já no corredor que era necessário percorrer para chegar até à sala:

? *“Você me deixou sozinho!”*

Acolhendo essa demanda, o que aparece como associação é o insaciável, e então o uso da droga não mais como prazer, mas como algo da ordem do *“querer mais, e mais...”*.

? *“Quando falo em droga, penso em crack, eu sujo andando no meio do mato, sem tomar banho, bares, prostituição... eu me sinto uma droga!”*

Poderíamos pensar o *“ter que”* e *“querer mais”* como pertencendo a uma mesma cadeia significante, ou seja, que estes dois significantes estejam amarrados a uma mesma significação? Esse talvez fosse um bom caminho de investigação.

Guilherme dizia-se confuso, ficava confuso para se relacionar com as pessoas. Essa confusão aparecia quando era confrontado com idéias diferentes da sua, e então acabava “cedendo”, “abrindo mão”.

? “*Estou confuso...*”

[Com-fuso?]

? “*É, sinto-me como uma criança. Imagina um rolo de arame emaranhado... é essa a idéia. Fico confuso para me relacionar com as pessoas – Misturado... eu me misturo às pessoas, aos outros... vem a criança, daí começo a brincar e a conversa muda de rumo. Esse sou eu!*”

[Quem?]

? “*Não sei... ou talvez não queira falar. Quando me fez essa pergunta minha cabeça ficou vazia, deu vontade de chorar*”.

Estar misturado aos outros não é tão novo em seu discurso, ainda que tenha sido dito de maneira não tão explícita. Esses outros também apareciam como responsáveis pela decisão/obrigação em parar de usar, pois queria vê-los bem. Quando confrontado com essa questão, afirmava que tinha percebido que tomava decisões com base naquilo que os outros pensavam, e encontrava como justificativa para tal, que era uma forma de fugir das responsabilidades, pois caso desse errado a culpa seria dos outros, não dele.

Com essa racionalização, aquilo que aparecia como queixa, e que poderia se transformar em um “*sinto-mal*”¹, parecia se perder. Algo da transferência produziu uma suspensão da associação; é provável que alguma precipitação... Devemos então reiniciar

¹ Antonio Quinet propõe, em seu livro “As 4+1 condições da análise”, como uma das funções das entrevistas preliminares a “função sintomal (sinto-mal)”: “A analisabilidade do sintoma não é um atributo ou qualificativo deste, como algo que lhe seria próprio: ela deve ser buscada para que a análise se inicie, transformando o sintoma do qual o sujeito se queixa em sintoma analítico”(p.20).

o percurso. Como aparece em um texto de Lacan (1998), há “*o instante do olhar, o tempo para compreender e o momento de concluir*” (p.204). Precipitar-se neles pode por o trabalho a perder.

A investigação teve que ser retomada, então, mais uma vez: que outros? Ou deveria dizer que Outro?

Algumas idéias surgiram com relação a essa questão quando *Guilherme* declarou sua intencionalidade de atingir o outro, ou os outros, de prejudicar, de “*deixá-los mal*”, atrelado ao uso de droga, e que sentia prazer nisso.

É perceptível que existe alguma questão com esse Outro, e o que foi possível pensar é que, porquanto invasivo, deve ser rechaçado. Essa invasão faz o sujeito sentir-se impotente diante da própria vida, e esse ataque que produz é uma tentativa de afastá-lo, já que se sente impossibilitado de efetivar a separação... Torna-se um “dependente”.

Certo dia, lendo um artigo, uma luz veio ao encontro dessas impressões que nos afetavam e não sabíamos muito bem como traduzi-las, ou melhor, parecia-nos uma grande viagem! Entre outras coisas, a autora dizia: *Nesse contexto, o Outro está degradado em sua dimensão simbólica e reduzido ao semelhante, podendo ser tomado como objeto de gozo* (Pacheco, 2003, p.36).

Guilherme recebeu alta da internação e, diferentemente de outras vezes, manifestou o desejo de dar continuidade ao tratamento psicanalítico e perguntou-nos se poderíamos atendê-lo em nosso consultório. Demos-lhe um cartão. Uma semana depois, telefonou. Deixou um recado com a secretária solicitando um horário e se disponibilizando para qualquer horário. Retornamos sua ligação e marcamos um horário para aquele dia mesmo, o que lhe causou certo espanto:

? “*Hoje??!*” ? e concordou.

Compareceu no horário marcado, já fora dos efeitos repressivos que uma internação pode operar, imaginamos! Ao ser chamado para entrar na sala, veio caminhando de maneira bem debochada e pôs-se a falar já na sala de espera, não se importando com “os outros” que ali se encontravam esperando. A clínica contava com oito consultórios e, portanto, havia vários “outros” à espera de serem chamados.

? *“Nossa, que assustador! Parece que estou indo para um abatedouro!”*

Aquela atitude parecia um tanto quanto curiosa considerando-se que *Guilherme*, por várias vezes, queixara-se de sua dificuldade em falar de si, em “*expor*” suas emoções, e via isso “*como um problema para sua recuperação*”.

Já no consultório, continuou:

? *“Na hora em que você abriu a porta, e veio caminhando, me deu medo... Sabe quando somos criança, que vamos ao dentista?! Eu tinha medo de ir ao dentista...medo de sentir dor...”..*

Dizer dessa dor desdobrou em muitos significados...

? *“Não consigo definir quem sou eu. Fui percebendo que sou uma pessoa diferente em cada lugar em que estou; visto uma máscara... e isso, não sou eu. Quando era criança, comprava meus amigos, dava-lhes doces para ser aceito, para que gostassem de mim. Tenho medo de ser rejeitado. Sentia-me rejeitado pelo meu pai,*

achava que ele não gostava de mim. Sempre tive medo dele... Acho que associo à sensação do abatedouro.”

ABATER: deixar ou fazer cair; lançar por terra; tornar triste, melancólico; abalar... Abatedouro, a quais dessas significações *Guilherme* era remetido? Provavelmente a nenhuma delas; afinal, a função do significante é criar alguma coisa no código da língua que nunca existiu e nunca existirá, e é isso que especifica o sujeito. Deve-se buscar a originalidade desse sofrimento na história do sujeito.

[Quando falas “abatedouro”, o que te vem à cabeça?]

? *“Abatedouro de animais, aonde vacas vão para morrer. Talvez seja isso mesmo, morrer o velho Guilherme para nascer o novo”.*

[Quem é o velho *Guilherme*?]

? *“Não sei... talvez não tenha existido.”*

Quem é esse pai ao qual *Guilherme* se referia? Quem era esse pai que aparece na transferência? De que demanda se tratava? Como escreve Lacan (1998): *“Demandar: o sujeito nunca fez outra coisa, só pôde viver por isso, e nós entramos na seqüência”* (p.623).

Guilherme parecia demandar ao trabalho analítico aquilo que demandava do pai, e provavelmente aquilo que o fazia dizer:

? *“Nunca tive pai.”*

Bem como o que o levava a afirmar:

? “*Culpei meu pai a vida inteira por ser assim como sou.*”

[Como?]

? “*Por ter usado drogas, por ser pobre, achava que ele podia fazer mais...*”

É possível continuar a frase “*assim como sou...*” com a palavra “*dependente*”. Caminhando com essa afirmação, “*nunca ter tido pai*” faz sentido naquilo em que o pai possibilita a separação do Outro materno.

Pacheco (2003), ao se referir a uma paciente que se encontra abstêmia, assinala: “*ela pode reafirmar sua posição de que não fuma mais, descolando-se, portanto, da idéia de que precisava estar colada a algo que a separasse do Outro materno.*” (p.38)

Não viver a separação do Outro materno implica uma condição de submissão a este e uma incapacidade para não se submeter: cria-se a ilusão de não conseguir viver sem. E era possível ouvir justamente isso no discurso de *Guilherme* quando, exaltado, dizia:

? “*Não consigo conduzir minha vida sozinho!! Até hoje tenho a casa de minha mãe como um porto seguro. Mesmo querendo, não consigo sair de lá.*”

Diante da demanda que *Guilherme* apresentava naquela primeira entrevista após a internação, decidimos por investigá-la para situar o vagão ao qual encarrilhava a análise. O que nunca havia tido, o que buscava ali?

Em princípio, e isso parece se tornar lugar comum, o que aparece é a busca por conhecer-se melhor, que é justificada por fazer coisas sem saber o porquê. Nesse ponto

já era possível antever algum estranhamento. Mas, como antever está na mesma ordem que antecipar, deixemos *Guilherme* falar:

? “*Eu não quero mais usar drogas, então eu tenho que mudar; não posso mais fazer o que eu fazia, por isso eu tenho que fazer terapia.*”

Mais uma vez o “ter que” se apresentava, e agora com relação ao trabalho de análise. Existiam duas formas de ouvir aquela afirmação. Por um lado, o trabalho entrou em suas redes de significações, um passo importante para que se pudesse prosseguir-lo. Por outro lado, ainda estava longe de ser uma demanda de análise, de ser uma questão. Não devia ser à toa que *Guilherme* se referia a ele como “terapia”.

As entrevistas continuaram, e o trabalho que almejávamos era transformar a afirmação em interrogação, pois apostávamos que assim seria possível abrir algum espaço entre *Guilherme* e o “imperativo”.

Novamente falou de sua família, e desta vez ocupando o lugar de vítima. Dizia que, desde criança, sentia-se excluído, como se não pertencesse àquela família, que seu dinheiro (pois todos trabalhavam desde que o pai fora embora) não servia para nada. Essas declarações se contrapunham às de que ficava sempre buscando ser uma pessoa perfeita, ainda que discursasse que ninguém é perfeito e que devíamos aprender com nossos erros. Tinha medo de se expor e de as pessoas perceberem que era falho, inclusive naquele espaço.

Certa vez, levantando uma bandeira de seus “defeitos de caráter”, disse que vivia se esquivando, pois não queria que nós percebêssemos que ele não era perfeito. Essa afirmação saltou aos nossos ouvidos; afinal, o que vinha contando de sua história até

então dizia respeito à criação de uma imagem de alguém que “*é uma droga*”, como comumente ele dizia.

O uso de drogas aparecia, em alguns momentos, atrelado a uma posição de comodismo, porquanto fazia o que queria e ninguém dizia nada:

? “*No dia seguinte estava tudo bem.*”

Em outros momentos, como sendo algo mais fácil do que pensar em ser filho, em ser irmão, como uma forma de fugir das responsabilidades e também como uma forma de agredir os outros.

Um dia, quando *Guilherme* falava mais uma vez (e isso é muito importante) a respeito do uso de drogas, enfatizando que talvez fosse uma forma de se excluir, como se sentia quando criança, um pensamento novo o surpreendeu e o intrigou. Então comunicou:

? “*Ou será que é uma forma de me incluir?*”

Na sessão seguinte chegou ao consultório aparentemente bastante nervoso e começou a dizer que andara sentindo algumas coisas muito ruins e que, conversando com um amigo, que era psicólogo, ele lhe dissera que estava com síndrome do pânico. Ficou esperando que nós lhe disséssemos algo. Demos-lhe nosso silêncio, pois em pensamento queríamos acreditar que uma abertura estava surgindo, e a possibilidade do novo estaria próxima.

Guilherme seguiu dizendo que talvez tivessem relação, aquelas sensações, com uma idéia que tivera, de que poderia ter contraído Aids quando usava droga injetável,

pois um amigo que usava junto havia morrido com o vírus. Em seguida, descartou essa possibilidade, pois já havia feito, e refeito, exames, que deram negativos.

Ficamos intrigada com uma idéia que nos ocorreu, fugidamente, e nos sugeria autodestruição. Outrora *Guilherme* havia afirmado:

? *“Nasci para me autodestruir”.*

Continuando aquela afirmação, dizia que se destruía para mostrar que existia. A suposição que surgiu foi a de que ele estava tentando existir. Seria um sintoma produzido pela análise?

Algumas sessões se passaram, aquelas queixas continuavam, e sua vida também. Arrumara um emprego, estava namorando, e a possibilidade de sair da casa da mãe começava a ser cogitada. Certo dia deitou-se no divã e disse:

? *“Ah! É tão bom ficar à vontade, sem ter que vestir máscara. Não sei por que tenho tanto medo de vir aqui.”*

O medo não parecia impedi-lo de comparecer... e de falar. Provavelmente o “pânico”, como seu amigo nomeara, era somente um medo intenso traduzido no corpo e que, transitando pela fala, fazia que ele não se paralisasse.

Numa das associações que fazia com relação ao “medo”, disse:

? *“Tenho lembrança de ter sentido vontade de transar com a minha mãe, e também com pessoas do mesmo sexo. Não sei o limite. Tenho medo de descobrir que sou homossexual, medo de não barrar...”*

Essa lembrança remete novamente à questão do pai. Essas duas afirmativas ? “nunca tive pai” / “sempre tive medo do meu pai” ? que trazem uma aparência de contradição, carregam alguma significação.

Guilherme trazia algo novo: estava muito incomodado pelo fato de duvidar. Duvidar não era novo, pois dizia que sempre duvidava de tudo e de todos, principalmente de si. O novo era o incômodo.

? “*Sempre vivo sendo uma pessoa que não sou. Quero ter alguma certeza sobre mim. A única certeza que tenho é que não posso beber.*”

Após essa demanda, *Guilherme* faltou na sessão seguinte. Compareceu depois ao consultório para pagar pela sua falta e dizer que iria interromper as sessões por um tempo.

Até o momento em que foi possível ouvir *Guilherme*, seu discurso apontava para uma maneira (às vezes mais, outras menos) neurótica de articular-se na vida. A idéia que sempre nos ocorria, porém, era a de um ser errante. Ocorreu-nos um sentido duplo: aquele que faz tudo errado achando que está fazendo o certo, como dizia *Guilherme*, mas também ? e isso podia ser o mais importante ? aquele que vagueia por não encontrar uma ancoragem.

Esses discursos do paciente, trazidos na narrativa de sua história que tem como engodo o uso e o abuso das drogas (considerando também o álcool nessa categoria) ? ou melhor, em que a dependência química aparece como central encarrilhando todos os outros ? , em muitos momentos culminou na interrogação com relação à sua imagem de homem e também na percepção de que esta sofria “abalos” em repetidos momentos.

E os “issos” que se repetiam na narrativa da história é que produziam inquietações.

Traduzir as inquietações era a idéia: como fazer?

Ouvi-las é um primeiro passo, para então torná-las palavra. Havia uma que despontava com a suspeita de a repetição estar para além do repetitivo ato de consumo de drogas e de internações. O ato parece responder a um imperativo, e este se repete insistentemente, como todo imperativo. O abuso de drogas tem como pano de fundo uma história, a história do sofrimento de um sujeito, o que o diferencia no discurso estereotipado, e é esta que suscita inquietações: o que dessa história encaminhou o sujeito nessa trilha em que resta muito pouco espaço para um fazer diferente? O que (ou quem) se impõe a ele?

O fenômeno da toxicomania seria o problema ou a solução? O começo ou o fim? A finalidade? Ou, ainda, o meio? O objeto *droga* pode circular por todos esses lugares, sem que com isso seja contraditório. Parece que ela (droga) responde de todos esses lugares, mas o sujeito responde repetidas vezes de um mesmo lugar: um lugar marcado pela dependência. Permeia uma sensação de aprisionamento... O sujeito parece fadado à autodestruição; o sujeito ataca seu próprio corpo quando o submete a substâncias que, tanto quanto lhe proporcionam bem-estar, no excesso o põem à prova: à prova de resistência, à prova de sanidade, à prova de tolerância, à prova de abstinência, à prova de (morte)? O que será que queres provar? Será que queres provar algo?

“Fugir” e “aliviar” são adjetivos constantemente articulados com o uso abusivo dessas substâncias: fuga e alívio do quê? Dos problemas. Resta saber: quais são os problemas que de fato provocam o *pathos* do sujeito submetido ao imperativo da dependência química? O que afeta esse sujeito? O que estrutura seu sintoma ? seu “sinto-mal”? Provavelmente é desse mal-estar que foge e busca alívio.

Toxicomania: qual trabalho possível à psicanálise? Uma escuta que possibilite ao sujeito dizer de seu “sinto-mal” pode ser uma via possível ao trabalho psicanalítico: do que sofre esse sujeito?

Desenvolver essa interrogação parece ser um caminho profícuo para uma abordagem do fenômeno das toxicomanias; afinal, de que dependência fala um sujeito que se apresenta como um “dependente químico”?

Qual era a dependência de *Guilherme*? Do que *Guilherme* dependia?

III - COMPULSÃO NA NEUROSE OBSESSIVA

Uma vez que a proposta desta pesquisa, entre outras coisas, implica discutir “o que é sintoma na toxicomania”, “o que é sintoma num sujeito que sofre com a toxicomania”, faz-se necessário precisar compulsão na neurose obsessiva e também compulsão nas toxicomanias: São o mesmo sintoma?

Para tanto, trazemos um recorte do caso clínico, apresentado no capítulo precedente, que pode servir de guia neste percurso. Sessão após sessão, *Guilherme* parecia empenhado no propósito de livrar-se de sua dependência, fazia planos ? “pós-internação” ? relacionados à retomada da vida: voltar a trabalhar, participar de grupos terapêuticos, mudar de atitude nos relacionamentos, talvez realizar algum trabalho que pudesse ajudar pessoas que também sofriam com a dependência química, enfim, parecia buscar “novos caminhos”. A alta esteve próxima, e a recaída também... Após seis meses da alta *Guilherme* retornou à internação. O motivo da recaída? Sua mãe ter duvidado de sua abstinência:

? *“Ela duvidou de mim, e então fui lá e bebi mesmo, só de bronca e a compulsão retornou!”*

E assim ocorrera também nas outras recaídas. Não sabia ao certo se era uma desculpa para recair, mas algo o “*tomava*” e, na hora em que percebia, já estava “*mergulhado*” de novo.

? *“Quando ela duvida, provoca algo em mim...”*

É possível pensar que, para *Guilherme*, o fato de sua mãe ter posto em dúvida seu comportamento o remeteu a uma condição de falta, apontando uma demanda não-satisfeita e para ele insuportável. Aos ouvidos de *Guilherme*, do que teria ela duvidado? Ou seria melhor dizer: do que *Guilherme* duvidava?

Bem se sabe, à luz da teoria freudiana, que ao neurótico obsessivo é insuportável ver-se com a demanda do outro, pois isso implica que ele não a está satisfazendo; sua servidão ao outro não é para “ter” o falo que supõe a este, mas pra “ser” o que supõe que o outro necessite. Com isso é possível observar, na dinâmica obsessiva, um sujeito extremamente servil às demandas alheias implicando o adiamento das que lhes são próprias e a passividade, no sentido de ter sido aprisionado pelo desejo do outro. Do que então duvidava?

Freud (1909) escreve: *Uma outra necessidade mental, também compartilhada pelos neuróticos obsessivos (...) é a necessidade de incertezas em suas vidas, ou de dúvida* (p.201). Seguindo nesse texto, Freud adverte sobre a necessidade de retornar às causas precipitadoras do ficar doente quando adulto e quando criança, caso haja desejo de compreensão das forças psíquicas que formou essa neurose, e destaca como uma das forças a relação entre o amor e o ódio, uma das características mais marcantes, freqüentes e importantes da neurose obsessiva:

Se a um amor intenso se opõe um ódio de força quase equivalente e que, ao mesmo tempo, esteja inseparavelmente vinculado a ele, as conseqüências imediatas serão certamente uma paralisia parcial da vontade e uma incapacidade de se chegar a uma decisão a respeito de qualquer uma das ações para as quais o amor deve suprir a força motivadora. (...) a paralisia de seus poderes de decisão vai-se gradualmente estendendo por todo o terreno do comportamento do paciente. (ibid., p.208) .

Como uma tentativa de compensação pela dúvida e de correção das intoleráveis condições de inibição das quais a dúvida apresenta testemunho, vem a compulsão. Esta,

associada a uma espécie de regressão, é que caracteriza, segundo Freud assinala neste texto, os verdadeiros atos obsessivos:

Por conseguinte, nessa forma da neurose, os atos de amor são executados a despeito do que quer que seja e apenas com o auxílio de um novo tipo de regressão; porque tais atos já não mais se referem a uma outra pessoa, o objeto de amor e ódio, mas são atos auto-eróticos tais como ocorrem na tenra infância. (ibid., p.211)

Considerando essas afirmações de Freud é possível pensar na neurose obsessiva como uma regressão do agir para o pensar, o que, em consequência de uma inibição, produz um ato substitutivo em que uma protelação da ação é substituída por um persistir dos pensamentos: *um pensamento obsessivo ou compulsivo é aquele cuja função está em representar um ato regressivamente* (p.212). Os pensamentos, por sua vez, sofrem deformações antes de se tornarem conscientes e são removidos, quase sempre, da situação na qual se originaram, com o objetivo de torná-la mais facilmente incompreendida, bem como obstruir qualquer investigação consciente de suas *conexões causais* (ibid., p.213). Daí encontrarmos um intervalo de tempo entre a situação patogênica e a obsessão que dela emerge.

Entre outras características da neurose obsessiva, observamos a compulsão como uma defesa ao retorno do recaiado, ao que Freud (1896) assinala: *Sempre que uma obsessão neurótica emerge na esfera psíquica, ela provém do recalçamento* (p.171). Também em pessoas que sofrem com a dependência química é comum observar comportamentos compulsivos, assim como ouvir destas relatos que se referem a uma sensação “compulsiva”, normalmente despertada após a primeira dose e que implica uma das maiores dificuldades em manter um limite de consumo, em conseguir usar e parar “quando quiser”.

Pensando na função dessas compulsões em cada uma das circunstâncias, é possível afirmar que são a mesma? Ou será que isso que impera em casos de dependência química nada tem que ver com o retorno do recalcado, mas antes com aquilo que, pela impossibilidade de retorno, impera sem que o sujeito possa buscar formas de defesa? Sabe-se que, nas neuroses obsessivas, a compulsão atua como tentativa de compensação pela dúvida. No caso relatado, a recaída sobreveio num momento em que *Guilherme* foi afrontado com uma dúvida relativa à sua abstinência.

(...) é por intermédio da dúvida que evita a certeza da angústia, sinal de um gozo estranho ao eu. A dúvida leva o sujeito à incerteza com respeito às suas medidas protetoras e a uma contínua repetição delas com o objetivo de expulsar a incerteza. É ela que faz com que seus próprios atos sejam impossíveis de se realizarem. (BERLINCK, 2005, p.44)

Já em 1895, Freud, no texto “*Obsessões e fobias*”, destaca a dúvida como um estado emocional associado às obsessões, assim como o remorso ou a raiva, que acompanham uma representação que se impõe ao sujeito. Esses “estados emocionais” são tidos como os componentes que permanecem constantes para o sujeito, enquanto a representação é alterada. Nessas características reside a marca patológica:

(1) o estado emocional persiste indefinidamente e (2) a representação associada não é mais a representação apropriada original, relacionada com a etiologia da obsessão, mas uma representação que a substitui, um sucedâneo dela. (op.cit., p.80)

Seguindo a concepção freudiana, nos casos de neurose obsessiva é possível encontrar na história do sujeito uma representação original que foi substituída por outra e que marcou o início da obsessão. *As idéias obsessivas são, invariavelmente, auto-acusações transformadas que reemergiram do recalçamento e que sempre se*

relacionam com algum ato sexual praticado com prazer na infância (FREUD, 1896, p. 169).

Essas auto-acusações, fruto das lembranças reativadas — que sempre aparecem na consciência alteradas com relação ao conteúdo original — substituem este último de duas formas: *primeiro alguma coisa contemporânea toma o lugar de algo do passado, em segundo, alguma coisa sexual é substituída por algo não sexual que lhe é análogo* (ibid., p. 170). Mas, também as auto-acusações podem ser vítimas do recalçamento, e nessas circunstâncias manifesta-se outro tipo da neurose obsessiva. O que então força a barreira do recalçamento já não é a lembrança do ato, mas o afeto auto-acusador ligado a ele. A essa manifestação Freud denomina “*afetos obsessivos*” (ibid., p.171), que são representados por qualquer afeto, que, por meio de uma transformação mental, substitui o recalçado. Após esse processo, que consiste num drible no recalçamento, o afeto fica livre para manifestar-se.

Esses são processos que ocorrem fora da consciência, e, por essa característica, muitas vezes, senão na maioria delas, o resultado deles é visto com muita estranheza, uma vez que a representação consciente parece não justificar o afeto produzido. De fato, tal afeto...

(...) pode-se utilizar qualquer representação que, por sua natureza, possa unir-se a um afeto da qualidade em questão, ou que tenha com a representação incompatível certas relações que a façam parecer adequada como substituta dela. (FREUD, 1894 , p. 61)

Citando o caso clínico de uma mulher que lavava as mãos constantemente, no texto de 1895 Freud afirma: *A lavagem era simbólica, destinada a substituir pela pureza física a pureza moral que ela lastimava ter perdido* (op.cit., p. 83). E continua salientando que uma *predisposição mental específica herdada* é encontrada com

bastante freqüência nos casos obsessivos, e mais, que as substituições se dão como um *ato de defesa do ego contra a representação incompatível* e que, como consequência do próprio ato de substituição, o estado emocional persiste.

“*Predisposição mental específica herdada*” (supra) poderia ser traduzida por algo que afeta as descendências por várias gerações constituindo um ‘mito familiar’, o qual é constituinte de um ‘mito individual’, possível de ser lido na história de cada sujeito, ou melhor, de todo sujeito.

Em 1896, porém, Freud, ao considerar a hereditariedade na etiologia das neuroses, acrescentou que esta não rege a escolha do distúrbio nervoso, mas antes há uma *etiologia específica desta ou daquela afecção* (ibid., p.145). Nesse mesmo livro, indica quatro fatores que estariam envolvidos na etiologia das neuroses, que se articulam e variam em quantidade ou qualidade, mas que devem estar presentes para o desenvolvimento da patologia. Postulando os seguintes conceitos ? “precondição, causa específica, causas concorrentes e causa precipitante ou desencadeante” ? oferece um quadro da situação etiológica que prevalece na patologia das neuroses, o qual podemos apresentar da seguinte forma:

(A) *Precondição: são aqueles em cuja ausência o efeito nunca se manifestaria, mas que são incapazes de produzi-lo por si mesmos, não importando em que quantidades estejam presentes, pois falta ainda a causa específica;*

(B) *Causa específica: aquela que nunca está ausente em todos os casos em que o efeito se dá e que, além disso, quando presente na quantidade ou intensidade requerida, é suficiente para produzir o efeito, desde que as precondições também sejam cumpridas;*

(C) *Causas concorrentes: os fatores que não necessariamente estão presentes todas as vezes, nem podem, qualquer que seja sua quantidade, produzir o efeito por si mesmo, mas que operam em conjunto com as precondições e a causa específica para satisfazer a equação etiológica;*

(D) *Causa precipitante ou desencadeante: aquela que aparece por último na equação, de modo que precede imediatamente a emergência do efeito (...) e o fator que desempenha esse papel pode mudar dentro da mesma combinação etiológica. (FREUD, 1895, p.134/135)*

Assim, “*predisposição mental específica herdada*” seria a precondição para que a neurose acontecesse. A causa específica, a qual, estando ausente, não se constituirá uma neurose, pode variar na sua quantidade, e essa variação está vinculada à precondição. Ou seja, esses dois fatores necessariamente interagem para o desenvolvimento de uma neurose e podem um substituir o outro no que tange à quantidade:

(...) que o mesmo efeito patológico é produzido pela coincidência de uma etiologia específica muito grave com uma predisposição moderada, ou de uma hereditariedade nervosa intensamente carregada com uma leve influência específica. (FREUD, 1896, p. 147)

Uma variação quantitativa na causa específica também pode ser substituída pelas causas concorrentes, mas nunca totalmente. Estas podem, associadas à etiologia específica, tornar manifesta uma neurose latente. No que tange às causas específicas, Freud as relaciona sempre com algum evento da vida sexual que tenha ocorrido antes que o sujeito tivesse condições psíquicas para significá-lo, ou seja, antes da puberdade. Em se tratando especificamente da neurose obsessiva, tal evento estaria caracterizado como uma experiência em que o sujeito participou ativamente e na qual tenha havido prazer.

Destaca, então, a importância do elemento ativo na vida sexual para a etiologia das neuroses obsessivas, em contraponto com a passividade sexual para a histeria:

Todas as representações substituídas têm atributos comuns, elas correspondem a experiências realmente penosas na vida sexual do sujeito, que ele esforça por esquecer. Consegue meramente substituir a representação incompatível por uma outra, mal adaptada para se associar com o estado emocional, o qual permanece inalterado. É essa mésalliance entre o estado emocional e a representação associada que explica os disparates tão característicos das obsessões. (FREUD, 1895[1894], p. 80)

Quanto à hereditariedade, a semelhança parece evidente dentre as compulsões aqui relatadas, uma vez que a hereditariedade desempenha papel importante na constituição de todo sujeito, no desenvolvimento de qualquer afecção.

Após esse percurso pela etiologia da neurose obsessiva, é importante retomar a questão de suas manifestações. Uma delas, já citada, aparece na forma de *pensamentos obsessivos*: trata-se da substituição de uma representação incompatível com a consciência, são representações novas associadas ao afeto que ficou livre da representação original por ação do recalque e que exercem a função de defesa contra o retorno do recalcado; outra, os *afetos obsessivos*, também constituídos a partir do retorno do recalcado, mas desta vez tendo o recalque recaído sobre o afeto, além da representação, os quais também serão substituídos.

Outra forma de substituição, e, conseqüentemente, outra forma de manifestação é, em vez de a representação original ser substituída por outra representação, ser aquela substituída por atos. Mas esta última não é tão direta quanto aparenta. Primeiramente ocorre um processo denominado por Freud (1896) de *defesas secundárias*, que consiste num mecanismo diferente dos anteriores. Não se trata de sintomas de compromisso, como os pensamentos e afetos obsessivos são caracterizados, mas antes de uma criação de outros sintomas, realizada pelo ego, com o intuito de rechaçar as representações e os afetos substitutivos, servindo de *medidas protetoras*. Essa outra forma, então, diz respeito a uma transformação destas últimas, que, uma vez tendo realizado, com sucesso, sua função protetora do ego, é transformada em obsessão – criando-se os *atos obsessivos*.

Uma das defesas secundárias contra as representações obsessivas seria um violento desvio do conteúdo do pensamento para o seu contrário, ou ainda uma tentativa de controle, por meio de um trabalho lógico, realizado pelo próprio sujeito de maneira

consciente, que produza ações obsessivas. Quanto às defesas secundárias realizadas contra os afetos obsessivos...

(...) leva(m) a um conjunto ainda mais vasto de medidas protetoras passíveis de se transformarem em atos obsessivos. Estes podem ser agrupados de acordo com seu objetivo; medidas penitenciais (cerimoniais opressivos, observação de números); medidas de precaução (toda sorte de fobias, superstição, minuciosidade, aumento do sintoma primário de conscienciosidade); medidas relacionadas com o medo de delatar-se (colecciona pedaços de papel, isolar-se), ou medidas para assegurar o entorpecimento [da mente] (dipsomania)². (ibid., p.173)

É possível concluir, com base nas considerações freudianas com relação aos atos obsessivos, que, originalmente, eles se constituíam apenas como medida de proteção, mas que, ao associar-se a um estado emocional, que continua inalterado, assumem essa outra função e tornam-se justificáveis pelas mesmas razões que estiveram presentes quando da origem deste estado emocional.

Considerando-se que a compulsão sentida por *Guilherme*, após a primeira dose, estivesse associada à experiência da dúvida, surgia um indicativo de que era possível haver relação entre um estado obsessivo e um estado de dependência. O que não bastava para responder à seguinte questão: a compulsão, por exemplo, em lavar as mãos constantemente era da mesma ordem da compulsão vivida por *Guilherme* após tomar a primeira dose?

Na neurose obsessiva, os atos compulsivos são caracterizados por substituições realizadas mediante processos de condensação e deslocamento, portanto por meio de processos que implicam um registro simbólico; mas, também, ainda que ocorra uma substituição de ordem simbólica, a compulsão se caracteriza por algo da ordem

² *DIPSOMANIA: impulso mórbido periódico e irresistível que leva a ingerir grande porção de bebidas alcoólicas – fonte: Dic. Novo Aurélio, p. 173*

imaginária, visto que se trata de uma ação egóica e *o ego não pode, em caso algum, ser outra coisa senão uma função imaginária, mesmo que num certo nível determine a estruturação do sujeito* (LACAN, 1985, p.72).

O ego, portanto, assume a tarefa defensiva na tentativa de transformar a representação incompatível. Tanto o traço mnêmico quanto o afeto, porém, que estão ligados à representação, não podem ser apagados, pois sua tarefa será de “separar” o afeto, ao qual Freud chama de *a soma de excitação*, da representação: *o eu transforma essa representação poderosa numa representação fraca, retirando-lhe o afeto ? a soma de excitação ? do qual está carregada* (FREUD, 1894, p.56). A consequência desse processo é que a representação se torna fraca, pois já não exerce nenhuma influência no processo de associação, porém a energia que ficou livre deve ser utilizada de outra forma. Esse trabalho que o ego realiza é considerado como o ponto inicial de qualquer neurose; daí em diante é que os caminhos irão divergir.

Resumindo: *O ego assume então a defensiva, nega aos instintos sexuais a satisfação que almejam e força-os pelos caminhos estreitos da satisfação substitutiva, que se tornam manifestos como sintomas nervosos* (FREUD, 1917, p.148).

Quando Freud diz que *a lavagem é simbólica* (supra) é possível deduzir que esse ato compulsivo simboliza outra coisa. Ele assinala também algumas questões fundamentais para que se entenda o processo de substituição, que podemos citar da seguinte forma:

(1) *Como se produz a substituição?*
Parece ser expressão de uma pré-disposição herdada. (FREUD, 1895[1894], p.83)

(2) *Qual o motivo da substituição?*
Um ato de defesa do ego contra a representação incompatível.
(ibid., p.84)

(3) *Por que o estado emocional associado com a representação obsessiva persiste indefinidamente? (id.) Parece que essas lembranças correspondem a traumas que não foram suficientemente ab-reagidos. (FREUD, 1893, p.45)*

Outro mecanismo que também participa ativamente na construção dos sintomas obsessivos concomitantemente às substituições é a regressão da libido, também característico das outras doenças mentais. No caso da neurose obsessiva, o que se evidencia é a regressão ao estágio pré-genital, mais precisamente à fase de desenvolvimento da libido chamada por Freud de fase anal.

Em 1913, no texto “*A disposição à neurose obsessiva*”, Freud escreve, fazendo referência à formação do caráter: *Podemos ver que esta alteração de caráter corresponde a uma regressão da vida sexual ao estágio pré-genital sádico e anal-erótico, na qual descobrimos a disposição à neurose obsessiva (p. 347).*

Nesse mesmo texto, faz uma distinção entre o desenvolvimento do caráter e da neurose: na neurose encontram-se o fracasso da repressão e o retorno do reprimido, o que não faz parte na formação do caráter. Mas salienta que, em ambos, entram em ação as mesmas forças institucionais, que sejam, o erotismo anal, ou melhor, ocorre uma regressão à fase anal do desenvolvimento da vida sexual.

Quando se trata do caráter anal-erótico, é possível encontrar nas pessoas que possuem esse traço de caráter uma combinação de três características: a ordem, a parcimônia e a obstinação. A estas, Freud associa uma sublimação do erotismo anal:

(...) o erotismo anal é um dos componentes do instinto [sexual] que, no decurso do desenvolvimento e de acordo com a educação que a nossa atual civilização exige, se tornarão inúteis para os fins sexuais. Portanto, é plausível a suposição de que esses traços de caráter – a ordem, a parcimônia e a obstinação –, com frequência relevantes nos indivíduos que anteriormente eram anal-eróticos, sejam os primeiros e mais constantes resultados da sublimação do erotismo anal. (FREUD, 1908, p.161)

Na neurose obsessiva, a regressão a essa etapa do desenvolvimento produzirá como consequência não somente essas características do traço de caráter, mas também outras que, sem terem passado pelo processo de sublimação, continuam produzindo efeito a partir de seu sentido original, ainda que aparentem sentido figurado. A atitude ambivalente, que aparece nos quadros de neurose obsessiva, é um desses efeitos que podem ser relacionados aos impulsos com objetivo passivo e com objetivo ativo que estão presentes na fase privilegiada pela regressão.

Outros fenômenos podem ser observados como característicos na neurose obsessiva, e estes, quando analisados, terão raízes “anal-eróticas”, ou como resultado da sublimação dessas pulsões, ou como formação reativa ou ainda como uma defesa frente à falha na repressão.

Destacando a importância dessa fase do desenvolvimento, Freud a assinala como a primeira experiência em que o sujeito terá que *decidir entre uma atitude narcísica e uma atitude de amor objetal* (FREUD, 1917, p.139). E essas escolhas estão estritamente relacionadas ao momento de treino com relação ao controle esfinteriano. Karl Abraham (1921) assinala, com relação a isso, que *o treinamento da criança expõe o narcisismo dela a um primeiro e severo teste* (BERLINCK, 2005, p. 21).

O resultado pode ser a transformação da necessidade em virtude; dessa forma, *o dano primário ao seu narcisismo é compensado e o sentimento original de auto-satisfação é substituído pela satisfação em seu feito, em ser “boa”, em merecer elogio de seus pais* (ibid., p. 22); portanto, o sentimento que em princípio está ligado ao narcisismo é transferido ao objeto, e a pulsão pode encaminhar-se para a sublimação, como, por exemplo, transformar o prazer primário pela defecação e pelas fezes no prazer em pintar, em modelar ou em atividades similares.

O resultado desse processo, porém, também pode ser danoso, com conseqüências para a vida adulta do sujeito. Abraham (op.cit.) escreve a respeito dos danos causados muito cedo ao narcisismo da criança: *sua resistência interior persistirá e a libido continuará numa fixação narcísica tenaz: resultará disso uma perturbação permanente da capacidade de amar* (ibid., p.23). Esse autor destaca alguns “traços caracterológicos”, como, por exemplo, a obstinação ao seu próprio sistema de fazer as coisas, recusando-se a qualquer sistema imposto de fora, evidenciando não só o amor pela ordem, mas seu amor pelo poder, como resultado da transformação do sadismo; quando esses sujeitos têm que se submeter, procuram dar a isso a aparência de uma decisão pessoal.

O elemento sádico, que na vida emocional de um homem normal é de grande importância, desde que sofra uma transformação apropriada através da sublimação, aparece com intensidade especial no caráter obsessivo, mas torna-se mais ou menos paralisado em conseqüência da ambivalência da vida instintiva de tais pessoas. (ibid., p. 28)

Assim, o deslocamento regressivo da libido traz como conseqüências diversas formas de inibição neurótica e tem como uma marca constante a ambivalência, que pode tornar a vida desses sujeitos extremamente contraproducente. Outros traços caracterológicos são amplamente analisados por Abraham no texto citado: a determinação presente na fase anal pode transformar-se em isolamento e teimosia, ou então em perseverança e meticulosidade, que podem ser produtivas desde que não em excesso; a tendência, freqüentemente obstinada, de adiar qualquer ação, o que se relaciona ao prazer, presente nessa fase, em reter e eliminar as excreções (*A tendência a reter as fezes representa uma forma especial de aderência ao prazer antecipado...* ibid., nota p. 29); o deslocamento da avareza ou do valor do dinheiro para o tempo, economizando-o por um lado e desperdiçando-o de outro; o prazer antecipado em

elaborar um plano, muito maior do que executá-lo; as condutas contraditórias tanto com relação à ordem e à limpeza quanto com relação ao dinheiro.

Freud (1913) também destaca o sadismo, presente nessa fase do desenvolvimento ? que se caracteriza pela preponderância dos instintos anais e sádicos ? , como a raiz do instinto do conhecimento, sendo este último considerado uma *ramificação sublimada do instinto de domínio, exaltado em algo intelectual, e seu repúdio sob a forma de dúvida desempenha grande papel no quadro da neurose obsessiva* (p.348). O que nos remete novamente à questão da “dúvida” e ao nosso caso.

No texto de Abraham (op. cit.) encontramos a seguinte afirmação: *Sua atividade intelectual era, assim, substituída por um remoer neurótico* (p. 30).

Nas compulsões despertadas pelo uso de alguma substância tóxica ? considerando “tóxica” toda substância que outrora servira à ordem da necessidade ou do prazer e tenha se transformado em algo nocivo ao sujeito? , uma substituição fica evidente: o valor do objeto é substituído. Isso indica a possibilidade de a compulsão representar, além da substituição de uma representação original, uma busca incessante de satisfação motivada por um objeto que se apresenta ao sujeito com atributos precisos tanto quanto ilimitados.

A descrição desse processo de substituição, porém, parece pouco para explicitar a relação de dependência que o sujeito estabelece com tal substância, pois há que considerar a possibilidade de essa substância ter sofrido transformação e passado da ordem do prazer para a ordem do nocivo, justamente para ocupar lugar numa relação de dependência vivida pelo sujeito. E, então, a substituição no valor desse objeto seria secundária, pois seria precedida pela do objeto da representação original.

Numa primeira hipótese, um objeto que servia a uma necessidade, por estar atrelado a um prazer outrora recalcado, necessita de substituição. Tendo sofrido

transformação em seu oposto, possibilita um drible no recalque, liberando o ego para usufruir deste como forma de satisfação substituta. A dependência se estabelece como consequência não só dos agentes químicos presentes nas substâncias que fazem efeito no organismo, mas também por uma deliberação do próprio organismo, que outorga como uma satisfação o consumo de tal substância em detrimento de um sofrimento, ou seja, uma punição. A compulsão serve como garantia de punição, como defesa diante do retorno do recalcado. Esse paradoxo justificaria um percurso na neurose obsessiva para algum entendimento das toxicomanias.

Podemos indagar, guiados pela afirmação: *Evitando-se a angústia pelo viés do psíquico, o sintoma obsessivo presentifica uma satisfação pulsional difícil de ser abandonada pelo sujeito* (BERLINCK, 2005, p.42) – isso tem a ver com as toxicomanias?

Mas é possível outra hipótese... Um sujeito estabelece com seus objetos relações de dependência, e aquele que deveria servir à necessidade acaba por encadear-se na sucessão das relações objetais e, por estar o sujeito numa posição de assujeitamento ao objeto, este cumpre uma função nociva. A repetição está na forma de relação, e a substituição do objeto libera a compulsão, uma vez que este já não aparece como proibido, mas também não produz satisfação. Pela via do fenômeno, o ato compulsivo de consumo de uma substância tóxica provoca o entorpecimento do sujeito, produz um apagamento do sujeito.

Teria o objeto, após sofrer transformação, despertado a relação de dependência no sujeito, ou teria sofrido transformações para ocupar lugar numa relação de dependência já vivida pelo sujeito?

IV - MANIA COMO TIPO CLÍNICO

Ao considerarmos o ato compulsivo de consumo de uma substância tóxica pela via do fenômeno, uma hipótese desponta: uma vez que a substância tóxica provoca o entorpecimento do sujeito, parece que, antes de representar a substituição de alguma representação psíquica, esse ato produz um apagamento do sujeito.

Para pensarmos a toxicomania, a palavra exige um percurso pela mania ? “tóxico-mania” ? e também a hipótese antes apontada, visto que uma das referências que Freud faz a esta, como contraponto à melancolia, nos possibilita pensar justamente nesse aspecto de “apagamento do sujeito” quando diz: *a sombra do objeto caiu sobre o ego* (FREUD, 1917, p.254).

No “*Novo Dicionário Aurélio*”, ‘mania’ recebe as seguintes definições:

1. síndrome mental caracterizada por exaltação eufórica do humor, excitação psíquica, hiperatividade, insônia, etc, e, em certos casos agitação motora em grau variável; 2. uma das duas fases alternativas da psicose maníaco-depressiva; 3. excentricidade, extravagância, esquisitice; 4. gosto exagerado ou imoderado por alguma coisa; obcecação resultante de desejo imoderado; 5. o alvo desse gosto ou desejo; 6. mau costume; hábito prejudicial; vício; 7. idéia fixa doentia; obsessão.(p.413)

Iniciando as articulações com base nessas definições, o que se encontra é um leque amplo de possibilidades agrupadas num mesmo nome. A mania está implicada desde o estado alterado de humor, passando pelos quadros de psicose, até chegar a ser considerada obsessão, o que a inclui na neurose. Diante dessa definição tão ampla, dizer algo conclusivo acerca dessa “apresentação” torna-se cada vez menos possível.

Um ponto de partida, nessa tentativa, que não se pretende conclusiva, é dizer melhor a respeito da referência à mania como “apresentação”. Esta palavra carrega consigo uma conotação de algo que se põe diante de, que se põe à vista, que se expressa,

se manifesta, se expõe, mostra-se a público, ou seja, uma forma de ser presente, de comparecer. Ainda no *‘Novo Dicionário Aurélio’*, encontramos como definição para “apresentar”, entre outras, que se trata de *identificar-se, nomear-se* (p.54). Trocando o “algo” por sujeito e considerando a mania como forma de apresentação, entende-se que é uma forma que o sujeito encontra para mostrar-se a público, para nomear-se.

No *“Dicionário Enciclopédico de Psicanálise”*, de Kaufmann(1996), lemos que *‘mania’ é evocada o mais das vezes a propósito da psicose maníaco-depressiva e da melancolia; a mania constituiria a fase inversa dessas duas doenças...* (p.317). Ao contrário do que ocorre no estado de depressão, o sujeito em mania interessa-se, aparentemente, por tudo que se passa ao seu redor; no entanto, não se fixa em nada, tem dificuldade em concentrar-se, deixa-se invadir por idéias e é levado de uma a outra com rapidez e sem distinção.

Berlinck (2003) apresenta a seguinte definição:

A mania, ou crise de mania, ou episódio maníaco, é definida como um período ou estado psíquico durante o qual existe um humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável. A perturbação do humor deve incluir auto-estima inflada ou grandiosidade, necessidade de sono diminuída, pressão por falar, fuga de idéias, distratibilidade, maior envolvimento em atividades dirigidas a objetivos ou agitação psicomotora e envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para conseqüências dolorosas. (p.06)

Continuando nesse texto, o autor nos traz algumas reflexões acerca da origem dessas manifestações ao estabelecer um paralelo entre as manifestações maníacas e as primeiras manifestações grupais, chamadas de “horda”, no que tange ao júbilo sentido durante essas manifestações e aquele sentido pelos membros do grupo ao matarem e devorarem o chefe da horda – *uma figura sábia, forte e brutal* (ibid., p.07). E, então, conclui:

Compreende-se, então, que a mania – e o júbilo que a acompanha – é uma repetição desse primeiro grande esforço no sentido de assegurar a liberdade dos dominados pelo chefe do grupo. Encena-se, na mania, uma luta, o assassinato e devoração do chefe acompanhada de júbilo. (id.)

Freud (1917[1915]) faz referência à mania ao analisar a distinção existente entre o luto e a melancolia. Observa que, com freqüência e de maneira notável, ainda que não em todo caso, a melancolia tende a transformar-se em mania ao apresentar um estado que se caracteriza como o oposto daquele. Mas ressalta que, com relação ao conteúdo, a mania em nada difere da melancolia: *ambas as desordens lutam com o mesmo complexo* (p.259). Na melancolia, o complexo sucumbe o ego; na mania é o ego quem o domina ou o põe de lado. É como se um grande dispêndio de energia psíquica, por alguma razão, se tornasse livre ou disponível para numerosas possibilidades de descarga. Para exemplificar essa experiência da energia que se torna livre, esse autor traz-nos a idéia de um *pobre miserável que, ganhando uma grande soma de dinheiro, fica subitamente aliviado da preocupação crônica com seu pão de cada dia* (id.). É possível imaginar a euforia que tomará conta desse sujeito e a sensação de triunfo sobre a condição que lhe parecia crônica até então. O paralelo que traça é de que na mania parece haver um triunfo desse tipo, porém o ego permanece no desconhecimento, sem saber sobre o que está triunfando, e acrescenta algo que pode ser de valia para este trabalho:

A embriaguez alcoólica, que pertence à mesma classe de estados, pode (na medida em que é de exaltação) ser explicada da mesma maneira; aqui provavelmente, ocorre uma suspensão, produzida por toxinas, de dispêndios de energia na repressão. (id.)

Retomando o que Freud assinala com relação ao conteúdo desses estados: estão relacionados à perda do objeto e, de forma resumida, pode-se dizer que, tendo o ego

superado a perda do objeto, terá à sua disposição toda a energia que outrora havida sido atraída pelo sofrimento melancólico, e esta, no indivíduo maníaco, encontra-se voraz em busca de novas catexias.

Rascovsky y Liberman (1979) assinalam que, *Freud (...) assim como estabeleceu uma relação entre os estados normais de luto em comparação com a melancolia, tomou também os estados normais de humor, exaltação e triunfo para compreender a patologia da mania* (p.12)³.

Esses autores assinalam ainda que o processo maníaco, com o avanço das investigações, passou a ser circunscrito ora como enfermidade, ora como reação, estado ou defesa, aos mesmos moldes que os fenômenos normais, como o dormir e o carnaval. E destacam a regressão como o processo assinalado por quase todos os autores quando se referem aos mecanismos da mania. Consideram a posição maníaca a mais primitiva organização psíquica, localizando-a como vigente já na vida fetal, anterior aos esforços do *self* para adaptar-se à realidade externa após o nascimento.

Com relação ao processo de regressão, optamos por considerar, conforme a concepção freudiana, que este se dá à fase do narcisismo, por acreditar que, ainda que algum registro possa ocorrer na vida fetal, não é possível fazer referência a processos mentais nesse período.

Berlinck (2006), em artigo intitulado “*Maconha e Melancolia*”, faz a seguinte afirmação: (...) *a mania é a impossibilidade de reconhecer o estado de melancolia que nos afeta*. Essa afirmação nos remete a uma fala de *Guilherme*, o caso relatado em capítulo precedente:

³ Todas as citações referentes a esse livro são traduções da autora.

? *“Quando bebo sinto-me aliviado, esqueço dos problemas, torno-me corajoso, não tenho medo de nada, mas quando passa a bebedeira, os problemas continuam ali, muitas vezes até pioraram, e os medos aumentam, então corro para o bar em busca de alívio, inclusive para o tremor”.*

Essa fala de *Guilherme* indica que “tremor” e “temor” parecem buscar a mesma saída. E indica também outra questão que provavelmente tenha muita importância nesta investigação: temos inúmeros testemunhos dos estados que acometem os sujeitos quando fazem uso de alguma substância que os intoxique; importante também dar relevância, nos testemunhos, aos “estados” desses sujeitos anteriores ao uso. É possível observar um estado de mania associada ao uso de drogas, como a cocaína, por exemplo. E antes do uso? O estado de dependência, que está presente naqueles que sofrem por uma dependência química, pode ser considerado uma mania? Mania em depender? Ou depender da mania? E aqui é possível completar esta interrogação com... para sobreviver?!

Nas palavras de *Guilherme*:

? *“Às vezes parece que sou um dependente, sempre dependo de alguém ou alguma coisa...”*

Essas palavras permitem alguma articulação com o que afirma Berlinck (supra) quando este se refere à mania como impossibilidade de reconhecer o estado de melancolia: provocado pela impossibilidade em reconhecer a melancolia que nos é própria, produzida na claudicação do sujeito, este é lançado a uma época bastante primitiva da sua constituição, àquela onde o sujeito “ex-sistia” com base em outro, ou

seja, dependia de um outro para lhe dar existência ? é a essa fase que a afirmação pode nos remeter. O sujeito não está pronto a comparecer a todas as situações às quais é convocado, e é possível pensar que a melancolia sobrevém justamente em razão da nostalgia de um tempo do qual seu registro contempla uma existência sem claudicação, ou melhor, quando as vivências ainda estão constituindo essa condição para o sujeito, que é a única para o ser humano ? e o que predomina é a ilusão da onipotência. E, nesse sentido, a melancolia é tratada não como patológica, mas como condição do ser, ainda que possa encaminhar-se para tal.

*(...) compreendemos também a ocorrência **essencial** entre forma de vida maníaca e depressiva. (...) Quando a vida celebra suas festas, a morte está sempre a cercando* (BINSWANGER, 1973, p. 419 – grifo nosso) ⁴. Temos então essas ocorrências contidas na essência do humano.

Mas na mania também há exaltação, extravagância, euforia! E esses parecem estados um tanto quanto paradoxais aos já citados e mais primitivos.

No que tange à questão da extravagância, Binswanger apresenta-nos algumas conceituações. No texto “*Sobre el sentido antropológico de la exageración*”, de 1961, inicia dizendo: *a existência humana está envolta essencialmente pela possibilidade em exagerar-se* (BINSWANGER, 1973, p.398). E mais, fala também de uma distinção entre extravagância como estado psicopatológico e mania:

Desde aqui cai luz sobre aquele modo de desproporção entre largura e altura que serve de base para a possibilidade da ‘ocorrência maníaca’. Veremos em seguida que esta desproporção se diferencia tanto daquela outra da extravagância que não nos está permitido falar aqui, em absoluto, de uma ocorrência “exagerada”, senão, melhor de uma ocorrência por “fuga de idéias” (ibid., p.401).

⁴ Todas as citações referentes a este livro são traduções da autora.

Analisando-os antropologicamente, Binswanger os caracteriza como produtos de uma desproporção entre a visão de conjunto e perspicácia com relação ao funcionamento do mundo exterior e interior e a forma de apropriar-se dele que o sujeito utiliza para ser no mundo. E o que diferencia esses “modos de ser”, o da extravagância e o da mania, encontra-se na medida da desproporção: *A desproporção de altura e largura, que caracteriza o ser-no-mundo ‘com fugas de idéias’, é totalmente distinta da desproporção no sentido da extravagância* (id.).

Para falar da desproporção na forma de vida maníaca, esse mesmo autor assinala que esta tem que ver com a fugacidade que observamos nessa forma de vida, a qual *significa, precisamente, impossibilidade de apoiar os pés na escalada da problemática humana* (ibid., p.402). O que é possível entender é que esse sujeito, que construiu sua forma de ser no mundo aos moldes da *forma de vida maníaca*, não encontra recursos internos para resolver os impasses da existência humana a ponto de se constituir como ser autônomo, como alguém que tem capacidade para decisões próprias: *a forma de vida maníaca se impulsiona, a si mesma, a uma altura de vertigem, na qual não é possível encontrar um ponto de apoio, uma decisão ‘autônoma’* (id.).

Na leitura desse autor, podemos acompanhar uma distinção entre os conceitos de extravagância e mania bem como certa aproximação destes quando cita a análise da palavra alemã *Verstiegen-heit*, traduzida por extravagância.

*O particípio passado desse verbo é **verstiegen**, que, usado como adjetivo, podemos traduzir como “extravagante, exagerado. Exaltado. Excessivo, atrevido, excêntrico, maluco, maníaco”. O adjetivo tanto pode qualificar as opiniões, idéias, planos, propostas, estilo, etc. de uma pessoa, como a própria pessoa. (BISWANGER, 1977, p. 13)*

Binswanger (op.cit.) ressalta como essenciais para a medida da desproporção, quando faz referência à desproporção que contemplamos na extravagância, dois elementos: a *amplidão da experiência* e a *elevação da problemática* da existência humana. São esses que se encontram discrepantes quando analisamos os sujeitos que passam pela experiência da extravagância. Isso significa que se faz importante analisar a extravagância não como *desproporção de qualidades* que encontramos numa pessoa, ou seja, por características constatáveis, ou por uma *qualidade do caráter*, nem mesmo como *sintoma psicológico ou psicopatológico*, mas essencialmente como possibilidade existencial, e que neste caso implica um elevar-se, nas decisões, a um nível que não condiz com as experiências vividas. E aqui é importante destacar o que Binswanger chama de *decidir-se: esse apropriar-se do mundo no sentido de vir-a-ser e realizar-se a si mesmo* (ibid. p.17).

Retomando a distinção que faz entre a desproporção na forma de vida maníaca e na extravagância, como acima citado, o autor ressalta que a desproporção *própria do ser-no-mundo com fuga de idéias* tem a ver com uma substituição do caminhar na amplitude da experiência, *por um saltar por cima 'ao infinito'*, mas não se eleva além de sua experiência, como no caso da extravagância, senão *arrebata-se* por desejos e fantasias, que o impedem de construir uma *visão de conjunto*, e tampouco alguma que tenha a ver com uma situação específica, *tornando-se assim impossível chegar a uma decisão envolvendo uma tomada de posição* (ibid., p.18). Observa ainda que o discurso maníaco não passa de mera justaposição de frases e nota que os sujeitos acometidos por esse discurso não suportam que o contradigam ou que limitem sua liberdade de movimentos, pois acreditam que no seu mundo não existem barreiras nem obstáculos. E mais: que esse discurso expressa muito pouco do sujeito, visto que o pensar, nessas circunstâncias, está assolado pela fuga das idéias.

A psicopatologia tem razão quando fala de um impulso do maníaco a falar e não de um impulso a pensar. Os enfermos, lingüisticamente, dizem muito, porém conceitualmente pouco expressam. (...) Em correspondência com isto, o pensar não é continuado senão a saltos ou, como diz a psicopatologia, com fugas de idéias. (BINSWANGER, 1973, p.417)

Quando Binswanger fala em forma ou estilo de vida, fala de modo e maneira de estarmos no mundo; e, nesse sentido, de um modo de ser no mundo, para o enfermo maníaco, de festa constante, ou seja, de uma existência sem problemas, de uma existência malograda que se coloca para além da problemática da vida e, malograda, pela possibilidade de essa festa ser levada à vertigem, ao estado de exageração. Mas, destaca também, essa “*alegria existencial festiva*”, característica da mania, numa conotação positiva, como forma natural de afirmação da existência, como humor da existência, onde tudo é natural.

Também Freud, e em concordância Rascovsky, consideraram algumas expressões da existência, tão naturalmente executadas por todos, como “expressões regressivas maníacas”, destacando, entre elas, o dormir. E ainda: *o fenômeno religioso, que inclui situações culminantes como o êxtase, e dentro de outra perspectiva, o fenômeno do espetáculo em todas as suas variações, ao que recorreremos em nossas incursões regressivas habituais. (RASCOVSKY y LIBERMAN, 1979, p.46)*

Berlinck (2003), em seu artigo “*Mania de festas*”, destaca algumas ocorrências frenéticas que podem ser consideradas maníacas, como o carnaval ou o futebol, ou ainda as festas, como um *modelo que o humano criou para o seu prazer*. Estas, porém, são precedidas de um *aumento da tensão levando à atividade frenética exigindo esforço e cuidado e implicando numa auto-estimulação crescente concluída, eventualmente, no júbilo associado à descarga motora (p.07)*. Mas, na *forma repetitiva e padronizada da mania*, não encontramos descarga nem satisfação:

Na mania, ainda que haja uma crescente tensão expressa por uma frenética atividade corporal e momento de júbilo, não há satisfação, ou seja, ela não é acompanhada por um período de relaxamento e uma sensação de prazer alterando todo ritmo da vida, como no orgasmo. (op.cit. p. 08)

E são essas expressões maníacas que afetam esta escrita. Essas nas quais o que se apresenta não são expressões em concordância com as respostas de um sujeito na elaboração de seu modo de obtenção de prazer, mas a própria claudicação do sujeito, ali onde ele “manca”, e o que obtém não atinge a ordem do prazer, mas sim a do sofrimento, ainda que com júbilo.

Conforme já citado, a mania é corriqueiramente evocada a propósito da psicose maníaco-depressiva. É a mania, também, a fase inversa da depressão, ou ainda da melancolia.

Os irmãos da horda primitiva criam masoquisticamente seu superego com o mesmo ato maníaco de assassinato canibalístico de seu pai. Nestes e noutros comportamentos similares a mania antecede a melancolia... (RASCOVISKY Y LIBERMAN, 1979, p.58)

Neste sentido, parece importante destacar que *a mania antecede a melancolia*, o que talvez implique uma diferença dos quadros melancólicos, nos quais, como afirma Freud (1917[1915]), *a característica mais notável (...) e aquela que mais precisa de explicação é sua tendência a se transformar em mania (...) [mas] isso não ocorre a toda melancolia* (p.258). Parece que, quando uma mania é precedida pela melancolia, estamos diante de uma psicose maníaco-depressiva. Mas, quando a mania precede, trata-se de outra estruturação psíquica. Assim, é possível traçar distinções entre os estados patológicos da mania e da melancolia e não apenas entender a mania como um contraponto da melancolia:

As diferenças provem de que o melancólico não renuncia as suas satisfações libidinosas; está espiando suas culpas, mas a espera de poder voltar a gozar. Em compensação, o maníaco renuncia mais definitivamente seus objetos libidinosos, o que encobre com aparentes satisfações vitais que, na realidade, são acatamentos às ordens de seu superego. (RASCOVISCK Y LIBERMAN, 1979, p.58)

Nas expressões maníacas, ainda que o que se observa seja da ordem do triunfo, nas entrelinhas encontramos uma submissão masoquista aos imperativos do superego. *O comportamento masoquista do indivíduo (...) parece ser um componente essencial de seu triunfo maníaco (ibid. p.67).*

Continuando o desenvolvimento dessas idéias, esses autores (supra) destacam características presentes no triunfo maníaco, como a hiperatividade, a hiperautoestima, a onipotência e a alegria, que têm como conteúdo fundamental um tipo de comportamento que implica um submetimento masoquista do ego ao superego, mas que aparenta, de maneira enganosa, a liberação ou a satisfação de instintos vitais. A hiperatividade também é vista como conseqüência do esforço do ego para obedecer a essa instância, que, aos moldes do “pai da horda”, assemelha-se a uma *figura sábia, forte e brutal* (BERLINCK, 2003, p.07). Pela reação masoquista, o ego fica mascarado pela alegria de desfrutar dessa posição aparentemente sem conflitos. *O maníaco sente um bem-estar masoquista (...) É o tipo de bem-estar que se atribui aos mártires religiosos ou políticos antes de morrer* (RASCOVISCK Y LIBERMAN, 1979, p.59).

Esses autores (supra) assinalam a ingestão de medicamentos analgésicos com uma finalidade masoquista, uma vez que proporcionam um bem-estar enganoso e dão espaço para aceitação de agressões ambientais ou superegóicas, caracterizando-as como *expressões regressivas menores* presentes no cotidiano e que funcionam como *uma licença para ausentar-se da realidade como também do superego* (ibid., p.46). Os mesmos autores estendem essas considerações também a diversos outros hábitos

tóxicos, tais como *tabagismo, pequeno hábito alcoólico, ingestão habitual de analgésicos ou tranqüilizantes, etc...* (id.).

Concluem então que o triunfo maníaco não contempla um cessar do domínio do superego, mas, ao contrário, um submetimento do ego ao cruel do superego, que exige sofrimento e renúncia por parte deste ego, mas que contempla com alegria. *A renúncia instintiva, por obediência frente ao superego, exalta e deixa orgulhoso, (ou seja) maníaco, ao ego* (ibid., p.72). E, ainda, indicam uma distinção, de maneira muito precisa, entre uma regressão maníaca a serviço do ego e uma regressão maníaca a serviço do superego. Destacam da regressão a serviço do ego uma atitude controlada, flexível, útil, que geralmente termina em favor do incremento a um instinto de vida, como o dormir. Já na regressão a serviço do superego o que se observa é da ordem da estereotipia, da compulsão, e termina por incrementar um instinto de morte: *leva enganosamente o indivíduo a entregar-se masoquisticamente (...), impulsionado por seu superego (o que ocorre também nas psicopatias, perversões e toxicomanias)* (ibid., p.64- grifo nosso).

Em Freud (1923), é possível encontrar referências à renúncia instintiva por obediência ao superego, mas ele acrescenta que esta traz consigo também uma ganância prazerosa, que faz as vezes de uma satisfação substitutiva.

Em se tratando de satisfação substitutiva, retornamos, então, a uma hipótese anteriormente citada: trata-se de um sintoma? Neste caso, um sintoma que contempla uma satisfação, em substituição a uma satisfação instintual, que reúne submissão e prazer em obediência ao superego. Essa observação encaminha-nos ao próximo capítulo: “Articulações acerca do superego”.

V - ARTICULAÇÕES ACERCA DO SUPEREGO

Durante um trabalho em grupo realizado com pacientes que sofrem com a dependência química, um deles disse:

? “*Quando bebo, meu superego se dilui.*”

A que se refere quando fala “superego”? A uma instância psíquica, aquela que constitui uma das instâncias definidas por Freud em seu modelo de aparelho psíquico? É possível que sim, uma vez que cita que havia lido algo a respeito em um artigo (não disse qual). Ele, porém, se presentifica nessa fala, nomeia-se por ela; provavelmente esse sujeito referia-se a algo que se passava com ele muito antes dessa leitura a respeito do superego; ele dizia de si, e não do artigo. Aquilo que leu no artigo deu “nome” a seu sofrimento.

Quando indagado [o que quer dizer isso?], responde: “*é algo para além do ego; muito mais que o ego, é o superego que é afetado*”. Que dimensão é essa que é afetada? O que faz esse superego, que se dilui quando do uso de álcool? Estaria essa dimensão implicada na propriedade de dependência, na situação de consumo abusivo de álcool e de outras drogas, ou melhor, de outras substâncias quaisquer que impliquem alguma relação de dependência?

Esse fragmento de um encontro clínico nos remete a outro, por nós vivenciado, que nos permite articulações acerca dos “imperativos do superego”, e por isso o relatamos. Certa vez, atendemos individualmente um paciente que se internava pela 10ª vez para tratar do consumo abusivo de álcool, ocasião na qual esta história foi colhida. Na época com 30 anos, *Rafael* contava que, aos 24 anos, estava para casar-se, mas sua

noiva morreu às vésperas do casamento. Associava a essa situação a intensificação de certo retraimento que o acompanhava desde a infância, o qual apresentava como queixa. Retraimento muitas vezes nomeado por timidez, outras por depressão, outras por indiferença. Certa vez *Rafael* nomeou-o “inibição”. Era justamente esta a palavra, para dizer em uma palavra, o que sua imagem transmitia: “inibição”. Caminhava quase sem movimentar o resto do corpo, senão o suficiente para o deslocamento: parecia que se encontrava submetido a um processo de inibição. Para expressar emoção ruborizava-se; para comunicar-se, poucas palavras. Queixava-se também de dificuldade em relacionar-se, o que julgava ter que ver com sua timidez. Relacionava também insônia e interrupções constantes no sono à sua depressão. O uso de álcool era uma saída para a timidez, uma vez que produzia um efeito de des-inibição. *Rafael* considerava-se um homem de poucos amigos, que diminuiram após perder a noiva, e assim as bebedeiras aumentaram. Durante a internação, iniciava a cada sessão com um “*Tudo igual da semana passada!*”. Quando indagado: “*Tudo?*”, as diferenças surgiam, porém suas respostas eram quase sempre muito reticentes.

Lacan, no “*Seminário 10 ? A Angústia*”, ao falar da inibição a situa na dimensão do movimento, sublinhando que Freud introduzira esse termo por meio da locomoção; mas também a compreende num sentido mais amplo, como um movimento presente a toda função, mesmo que não seja locomotora. *Ele existe pelo menos metaforicamente, e na inibição é da paralisação do movimento que se trata* (LACAN, 2000, p.18). E por que não falar em inibição num sentido de impedimento? Lacan sugere que pensemos o “estar impedido” como um sintoma. *O que é a inibição, senão a introdução numa função ? talvez não qualquer uma (...) a introdução de quê? De um outro desejo diferente daquele que a função satisfaz naturalmente.* (op.cit. 359)

E ainda salienta que um ato se define não somente pelo aspecto contemplado num plano real, mas pode-se considerar ato toda ação que tenha caráter de manifestação significativa, ou seja, o ato de inibir-se contempla uma ação, ainda que a leitura que se pode fazer do efeito observado seja de não-ação, de paralisação, mas há aí manifestação de um desejo que se impõe como inibição, e, portanto, por conter um caráter de manifestação significativa pode ser nomeado “ato”.

Este fundamento da noção, da função do ato na sua relação com a inibição, é aí, e somente aí, que pode se encontrar justificado que chamemos ato coisas que, em princípio, têm pouquíssima relação com o que se pode chamar, no sentido pleno, ético da palavra, um ato. (op. cit., p.361)

O que fazia *Rafael* naquele espaço? O que o conduzia a cada sessão? Em que o tratamento poderia ajudá-lo? Eram questionamentos constantes, uma vez que quase nunca trazia queixas e quase sempre dizia: “*tudo igual da semana passada*”. Parecia que aquele trabalho não produzia diferenças. A ousadia em perguntar-lhe obteve como resposta:

? “*Acho que pode me ajudar, pois você me faz falar.*”

Entender essa ação de *Rafael* com base nesse conceito de ato elaborado por Lacan talvez tivesse contribuído para alguma direção de cura. O prosseguir das sessões foi se tornando, porém, progressivamente, extremamente fatigante, extremamente embriagante. Quanto a *Rafael*, este falava, entretanto, não trazia dados que pudessem indicar que algo novo se produzia, mas até mesmo o contrário: encontrava-se cada vez mais isolado no ambiente institucional, a depressão persistia, e as noites mal dormidas com sonhos confusos que provocavam o despertar tornavam-se constantes.

Havia um grande esforço em fazê-lo falar, o que teve como consequência uma inibição na escuta que pôde ser observada em supervisão: *“Por que achas que tens que fazê-lo falar?”*, questionou a supervisora. E aqui então contemplamos o processo da inibição atuando do outro lado, do lado do analista.

Responder a essa questão trouxe a possibilidade de rever a posição até então adotada. Esta parecia corresponder muito mais a um imperativo ? *“Faça-o falar!”* ? que a uma direção de cura. Os ouvidos tamparam-se para o paciente, e a escuta pareceu restringir-se ao “imperativo”. A função de escuta foi inibida, e o imperativo, exacerbado! De fato, o trabalho não produzia diferenças no modo de operar: *“Fale!”*. Mais um imperativo que atuava em sua vida que o fazia falar, mas que, em não sendo ouvido, ficou uma fala vazia, vazia de *Rafael* e vazia de um terceiro que pudesse operar restituindo-lhe um sentido e produzindo uma diferença.

Nesse recorte de um caso clínico, analista e paciente parecem embriagados pela mesma substância, que produz o mesmo efeito: inibição. É possível pensar no superego, ou talvez no imperativo superegóico ? *“Goze!”* ? sendo essa substância embriagante?

(...) na neurose, mediante os desfiladeiros do desejo, o sujeito pode escapar na demanda, que diminui em alto grau o aspecto intrusivo do mandato. É um privilégio do neurótico poder, a partir da dialética do desejo, regatear com o superego. A negociação sintoma-superego é um exemplo; quando sua formulação é possível, ela produz a invocação ao Outro, que, sem dúvida, gera uma boa dose de pacificação. (GEREZ-AMBERTÍN, 2003, P. 237)

Embriaguez como efeito de “fora de si”, na situação analítica, indica fora do lugar de analista, onde a regra fundamental da atenção flutuante, ou, se é possível dizer, da “escuta flutuante” é quebrada: o analista não se encontra abster-se. Nessa situação, capturado pelo “gozo” em fazê-lo falar, o desejo de analista ? “escutar” ? foi

sobrepujado, ou seja, inibido. Aquilo que visa ao trabalho analítico, “*a cura pela fala*”, que num plano real e talvez ideal estaria representado pela cena em conseguir fazê-lo falar, considerando o caso de um sujeito que se encontrava inibido e que quase não falava, foi usurpado pelo superego num acordo entre a demanda correspondida ? “*Fale!*” ? e o gozo que o imperativo impõe. Sendo possível esse acordo, a cena se constituiu como se tudo o que se espera de um paciente que se queixa de dificuldade em relacionar-se ? e isso centralizado na fala, pois este em questão dizia que, quando ia falar, dava-lhe um “branco” como se as palavras sumissem de seu pensamento e então se emudecia ? é que ele fale. Então, o ideal estava realizado... Não estava? Que excelente analista!

Ironias à parte, esse recorte de caso exemplifica a articulação da demanda ao superego, e a direção da cura pelo viés da demanda, que traz como produtos a inibição da escuta e do tratamento e o reforço desta no paciente, ainda que este testemunhasse um produto que aparentava uma ação que não era da ordem da inibição quando dizia: “*Você me faz falar!*” E mais: retrata aquilo que foi citado, em referência a Lacan, de que um ato é toda ação que possui caráter de manifestação significativa, o que permite também o pensamento inverso: uma ação só representa um ato se implica uma manifestação significativa. Vazia de significação, a ação de *Rafael*, ou seja, falar no espaço analítico, não produzia ato, não produzia cura, uma vez que a significação deveria ser restituída pelo retorno da mensagem, que ficou inibida na escuta.

‘Para qual recurso, então, é possível apelar na clínica psicanalítica em face dos imperativos cruéis do superego? É essa, exatamente, a pergunta que sobrevoa cada um dos casos e que procuramos responder desde o trabalho analítico com eles’. (GEREZ-AMBERTÍN, 2006, p.22)

Na apresentação ao livro de Marta Gerez-Ambertín ? “*Imperativos do supereu*” (Ed. Escuta, 2006) ? Ana Maria Rudge escreve:

Passeando pelos impasses da clínica psicanalítica ante os ditames do supereu, Marta não se limita a situá-los nas estruturas da vida cotidiana, nos atos falhos sacrificiais cujas conseqüências são freqüentemente atribuídas ao acaso, e que, na realidade, nos mostram o peso da culpa no sofrimento humano. (p.12)

Ambertín, então, nos apresenta uma lista de múltiplas conseqüências, observáveis, que têm que ver com os imperativos do superego e que na clínica aparecem sob diferentes nomes:

(...) fracasso, neurose de destino, piora na cura ou reação terapêutica negativa, culpas ridículas que precipitam na autopunição ou no suicídio, “delírio de ser notado” na paranóia, “delírio de insignificância” na melancolia, traços de caráter, sonhos autopunitivos e pesadelos, hiper-reprovação e hiperculpa na obsessão, submissão sacrificial na histeria, “debilidade do supereu” nas mulheres, satisfação masoquista na perversão, necessidade de castigo, compulsão à repetição, lutos não feitos (impedidos, congelados, patológicos), submissões, crimes insensatos, humor negro etc. -, mas fundamentalmente lhe cabe um nome: avesso do desejo. (GEREZ-AMBERTÍN, 2006, p.22/ 23)

Essas referências, assim, nos revelam uma variedade de acontecimentos, norteados pelo superego, que perpassam os sujeitos nos mais variados estados, desde uma aparição corriqueira, que geralmente é atribuída ao acaso, até expressões consideradas mais patológicas; em algo, porém, especificamente não se diferem: todas elas, em um grau ou outro, têm que ver com o avesso do desejo.

No fragmento de caso citado, a inibição, operando como um imperativo, circunscreveu a cena analítica em um e noutro sujeito envolvidos nesta. Considerando que uma não produz a outra, há que considerar também que estas se dinamizam num enlace que produz certa sustentação da cena. Isso para dizer de algumas nuances da

experiência com o superego em que seu efeito, intensamente atuante, é sempre de imperativo.

Assim, sessão após sessão, *Rafael* apresentava-se: “*Tudo igual...*”; e a pressa em atender ao imperativo? “*Faça-o falar!*”? impedia o analista de interrogá-lo sobre que *tudo* era esse ao qual se referia. Essa situação repetiu-se, aos moldes de uma compulsão, e, ainda que o fizéssemos falar, a fala de *Rafael* não barrava a compulsão, uma vez que não era ouvida, daí “*fala vazia*”. O analista esvaziava-se a cada sessão e embriagava-se? excesso de gozo e falta de desejo? , fora de si.

Tal como a criança esteve um dia sob a compulsão de obedecer aos pais, assim o ego se submete ao imperativo categórico do superego (FREUD, 1923, p.61). Com essa afirmação aproximamos compulsão e superego. E mais à frente, neste texto, encontramos que a fonte do caráter compulsivo se manifesta sob a forma de um imperativo categórico, e a proporção deste encontra-se diretamente relacionada à rapidez com que o complexo de Édipo sucumbiu à repressão, ou seja, quanto mais rapidamente o complexo de Édipo sucumbiu à repressão *mais severa será posteriormente a dominação do superego sobre o ego sob a forma de consciência ou, talvez, de um sentimento inconsciente de culpa* (FREUD, 1923, p.47).

A pulsão que estaria impelida à satisfação na função da escuta e, portanto, atrelada ao desejo do analista, é subtraída desta uma vez que se encontra inibida, pela ação do superego, em sua finalidade. Por princípio, a pulsão nunca se satisfaz; sofre vicissitudes. Uma delas pode ser estar atrelada a um sujeito que, pela via da sublimação, encaminha sua pulsão na realização de um desejo. Outra, que parece ir pela via oposta, é justamente essa que aparece na experiência relatada: a pulsão encontra-se em um sujeito, dominado pelo imperativo do superego, que o deixa “fora de si” e pela via do gozo encaminha sua pulsão à compulsão. Talvez toda pulsão se comporte dessa forma, e

os destinos que encontra em cada sujeito é que fazem barra a essa “compulsão” ou não. De qualquer forma, parece ser necessário um outro, um código, que faça marca e encaminhe a pulsão. Quando o que impera é o superego, o código é “Goze!”. O gozo não produz satisfação, produz exaustão, o que talvez possa ser um efeito que faz barra ao gozo.

Foi justamente pela exaustão que o caso *Rafael* foi levado à supervisão, e esta operou como um terceiro, fazendo barra ao gozo em “fazê-lo falar”, que podia abrir espaço para que surgisse o desejo do analista ? “escutar”. Escutar o quê? Escutar os significantes que aparecem em seu discurso e carregam significações singulares constituídas ao longo de sua história. A análise visa a um re-significar dessa história, por isso é impossível mudá-la ou livrar-se dela.

Retomando a afirmação citada inicialmente ? “Quando bebo meu superego se dilui!” ? , como pensar “o embriagar-se” como um imperativo superegótico? Ou ainda, como algo que produz des-inibição, já que havia pouco dizia justamente do efeito contrário? Atender ao imperativo produz um efeito de apaziguamento na tirania do superego, o que pode produzir o efeito de o “superego ter se diluído”, mas a busca de mais um copo é a prova de que houve apenas um apaziguamento momentâneo e que o gozo não encontra satisfação. A questão continua em aberto: estaria o superego implicado na dependência que caracteriza os consumidores abusivos de drogas?

Uma resposta possível a esta questão nos concede Gerez-Ambertín (2006):

Enfim, os traços de caráter manifestam fielmente a incidência do superego. Em conseqüência, dever-se-ia traçar na clínica, muito nitidamente, as diferenças entre eles e os obstáculos à transferência nos tipos clínicos das neuroses (histeria, obsessão, fobia). Confundi-los pode precipitar ao fracasso no tratamento e, quiçá, na vida. (GEREZ-AMBERTÍN, 2003, p. 86)

Nas palavras de Freud, obtemos a seguinte:

Seguindo nosso ponto de vista sobre o sadismo, diríamos que o componente destrutivo entrincheirou-se no superego e voltou-se contra o ego. O que está influenciando agora o superego é, por assim dizer, uma cultura pura do instinto de morte e, de fato, ela com bastante frequência obtém êxito em impulsionar o ego à morte, se aquele não afasta seu tirano a tempo, através da mudança para a mania. (FREUD, 1923, p.65 e 66)

É possível pensar, com base em tais referências, que o superego incide nos diferentes tipos clínicos das neuroses e produz diferentes obstáculos à transferência. E ainda que o estado de dependência caracterizaria a *mudança para a mania* (op. cit) para livrar este ego da morte, o qual se encontra mortificado por um superego avassalador que lhe impõe ser nada ou não conseguir ser alguém. Essa hipótese vem ao encontro da escuta do significante ? “*Não consigo...*” ? que, ousamos afirmar, está presente no discurso de todos (e por isso dizemos em ousadia) os que se dizem portadores de um sofrimento por conta da dependência química.

Acerca da neurose obsessiva, Freud (1923) assinala, com relação ao sentimento de culpa, que não pode se justificar para o ego, mas é possível descobrir os impulsos reprimidos que se acham por trás do sentimento de culpa. Os que ficam em questão são precisamente aqueles censuráveis e exteriores ao ego. Já na melancolia, o objeto ao qual se aplica a ira do superego foi incluído no ego por identificação, e o que resta ao ego é não fazer objeções, mas admitir sua culpa e submeter-se ao castigo. Com relação ao ego histérico, ele defende-se de seu superego, às críticas que o ameaçam, por meio da repressão, e então o sentimento de culpa permanece inconsciente: *Na neurose obsessiva, como sabemos, predominam os fenômenos de formação reativa, mas aqui [na histeria] o ego alcança êxito apenas em manter á distância o material a que o sentimento de culpa se refere. (FREUD, 1923, p.64)*

E por que sentimento de culpa? Por que dar destaque, neste capítulo, ao sentimento de culpa? Porque este se encontra na própria estruturação do superego. Ou melhor, o próprio sentimento de culpa cria o superego. E então há que perguntar: culpa de quê? E esta nos remete a uma história bem primitiva, à qual Freud faz referência no texto *“Totem e tabu”*, de 1913, onde traça concordâncias entre o funcionamento mental dos selvagens e o dos neuróticos. *Na causalidade da culpa, sempre se revela o nó edipiano de incesto e parricídio* (GEREZ-AMBERTÍN, 2003, p.47).

Muito resumidamente, o que encontramos no texto de Freud (supra) são referências que ele faz a alguns autores que estudaram o surgimento do totemismo, e então propõe uma articulação entre alguns desses relatos. Ele parte da referência ao totemismo na horda primeva de Darwin, onde havia um chefe, ou melhor, um pai todopoderoso e extremamente brutal, que tomava em sacrifício todo aquele que não lhe obedecesse. E uma das ordens que ditava e perdurava na tribo era que todas as fêmeas lhe pertenciam, sendo os filhos expulsos à medida que cresciam. Esses machos que estavam submetidos ao pai rebelaram-se, retornaram à tribo, o mataram e o devoraram. Com isso, cada um desses que temiam este pai e, ao mesmo tempo, o invejavam, ao devorá-lo *realizava a identificação com ele, cada um deles adquirindo uma parte de sua força* (FREUD, 1913, p.145). Depois disso, o remorso tomou-lhes conta; afinal, a afeição por esse pai, após terem satisfeito seu ódio e o desejo de identificação, fez-se sentir, e então surgiu o sentimento de culpa. Para aliviá-lo, criavam um totem, em substituição ao pai morto, que passava a ser considerado sagrado e proibido de ser morto. E mais: para conseguir alguma organização nessa tribo, que então se encontrava sem pai e sem lei, criavam a proibição do incesto, já que naquelas circunstâncias todos os machos cobiçavam ocupar o lugar do pai, e, caso não se estabelecesse alguma nova ordenação, tudo retornaria ao processo inicial.

Esse mito, grosseiramente aqui relatado, permite-nos trilhar o surgimento da proibição do parricídio e do incesto, que *correspondem inevitavelmente aos dois desejos reprimidos do complexo de Édipo* (op. cit., p.147), heranças constituintes do superego.

Berlinck (2003) escreve: (...) *após o júbilo, sobrevém a tristeza, a culpa, a auto-recriminação, o apequenamento do ego. Depois do assassinato e da devoração do chefe, uma nova instância psíquica se manifesta nos jovens assassinos: o superego* (p.07).

Ao superego cabe, então, a incumbência de dominação, que a realiza mediante imperativos, que sejam, significantes que ecoam como imposição e definem um “tipo” de funcionamento a fim de estabelecer um modo ou maneira de ser no mundo. O sentimento de culpa necessita, de alguma forma, ser expiado, e acusação e castigo compõem uma boa estratégia que *conferem um nome à ‘obscura culpa’... um nome falso que permite à verdadeira razão passar despercebida* (infra., p.83). A verdade da culpa fica impune, e a satisfação que o castigo produz valida a expiação da culpa:

(...) é nos pecados do pai que se encontra a resposta à interrogação edípica: ‘Onde encontrar o traço da antiga culpa?’. As falhas do pai remetem, a partir da culpa de sangue, a um pecado original irreparável... e é o resto irreparável que convoca as ‘vozes do supereu’: há uma dívida impossível de se saldar! Hipoteca fatal do parricídio. (GEREZ-AMBERTÍN, 2003, p. 67)

Numa época em que ainda usava ideal de ego e superego como sinônimos, Freud fala da neurose obsessiva e da melancolia como “estados” e refere-se à atitude do “ideal do ego” como demonstração de severidade e ira, imputados sobre o ego, com o sentimento de culpa aparecendo de maneira interessantemente consciente. E mais: assinala como de extrema importância que examinemos as diferentes condições sob as quais o sentimento de culpa se manifesta, que têm que ver com a atitude do “ideal do ego”, pois é justamente esse elemento da situação que irá determinar a gravidade de

uma doença neurótica. O sentimento de culpa, então, encontra satisfação na doença, uma vez que, pela punição, pelo sofrimento, alivia-se. E assim o superego reúne para si a capacidade de manter-se à parte do ego e de dominá-lo, tornando presente em sua lembrança a antiga fraqueza e a dependência, e, assim, mesmo um ego maduro continua sujeito à sua dominação.

O superego, segundo nossa hipótese, originou-se, em realidade, das experiências que levaram ao totemismo. (...) As experiências do ego parecem, a princípio, estar perdidas para a herança; mas, quando se repetem com bastante frequência e com intensidade suficiente em muitos indivíduos, em gerações sucessivas, transforma-se, por assim dizer, em experiências do id, cujas impressões são preservadas por herança. Dessa maneira, no id, que é capaz de ser herdado, acham-se abrigados resíduos das existências de incontáveis egos; e quando o ego forma o seu superego a partir do id, pode talvez estar apenas revivendo formas de antigos egos e ressuscitando-as. (FREUD, 1923, p.50 e 51)

Anteriormente, nesse mesmo texto, Freud faz referência à constituição do superego com base nos resíduos das primitivas escolhas objetais do id, mas também, e sobretudo, como uma formação reativa contra essas escolhas, e fundamentalmente que deve sua existência a um “evento revolucionário” ao qual nomeia *repressão do complexo de Édipo* (op.cit.).

Com relação à cultura dos instintos de morte, nas palavras freudianas encontramos que eles são “tratados” de diversas maneiras:

(...) em parte são tornados inócuos por sua fusão com componentes eróticos; em parte são desviados para o mundo externo sob a forma de agressividade; enquanto que em grande parte continuam, sem dúvida, seu trabalho interno sem estorvo. (FREUD, 1923, p.66)

Se o ego se constitui de identificações e da história das escolhas de objetos, *por um processo de assimilação e substituição*, o superego é *uma marca intrusiva*,

inassimilável, traumática e adesiva (GEREZ-AMBERTÍN, 2003, p.110). Ou seja, essa marca se dá a partir da incorporação e não da assimilação, que podemos entender como algo que não passa pela mediação do outro, visto que seus precursores, ou seja, a identificação primária, acontece num tempo em que o sujeito ainda não perambulava pela linguagem a ponto de fazer mediações no seu enlace com o outro:

Qual é a condição de sua inscrição? ‘Desamparo’, ‘dependência’ e ‘complexo edípico’, dirá Freud. Daí a possibilidade da instauração do supereu, daí sua gênese: ‘(...) por trás dele (o supereu) se esconde a identificação primeira e de maior valência do indivíduo: a identificação com o pai da pré-história pessoal (...) mais precoce do que qualquer investimento de objeto’. (GEREZ-AMBERTÍN, 2003, p.110/111)

Assim, dominado, aos moldes de um prestador de serviços escravo, o ego vive prestando-se ora aos ditames do mundo externo, ora à libido do id, ora à severidade do superego, que, como citado, carrega boa porção do instinto de morte.

Dito isso, finalizamos este capítulo trazendo novamente a questão: o superego está implicado na relação de dependência que caracteriza os consumidores abusivos de droga? E o encerramos com uma frase de Gerez-Ambertín (2003) que nos serviu de norte para a discussão:

Foram necessários vários anos e trabalhos (desde “O ego e o id” até “O mal-estar na civilização”) para Freud reconhecer que linguagem, desamparo e dependência configuram a base do supereu, que, como alheio, está excluído mas dentro da praça central do sujeito, como sua mais íntima exterioridade. (p.39)

DISCUSSÃO

Iniciar a discussão deste trabalho dizendo que toxicomania é uma mania em intoxicar-se, a princípio soa um tanto quanto óbvio. Já articular essa afirmação com os conceitos desenvolvidos pode permitir um trânsito menos óbvio no que tange ao fenômeno da toxicomania.

Considerando que o germe deste projeto surgiu de um trabalho desenvolvido com homens, que estavam sob internação, para tratar da dependência por alguma substância tóxica, uma das primeiras inquietações que insistentemente sitiava nossos pensamentos foi: o que fazia aqueles homens buscarem por aquele tipo de tratamento, e mais, o que os fazia retornarem muito seguidamente?

Devemos esclarecer melhor, um tipo de tratamento que implica reclusão, num sentido de afastamento do cotidiano, pois em qualquer que seja a instituição que se interne, seja ela hospitalar, prisional, escolar (desconhecemos se ainda hoje existem), fazendas aos moldes de um *spa*, enfim, o processo de internação sempre implica um corte com a realidade. Essa expressão ‘corte com a realidade’ pode parecer um pouco pesada, mas, se a considerarmos como significado daquilo que rompe com o cotidiano, dá sentido a essas situações. Esses homens se recolhem em busca de tratar um mal-estar, isolam-se do convívio diário em todos os aspectos, ou seja, das famílias, quando as têm, do trabalho, quando ainda não o perderam, de amigos, enquanto o ciclo permanece, etc.

No discurso desses pacientes encontra-se uma distinção de dois mundos: “*a vida aqui dentro e lá fora*”. Ou seja, há uma distinção espacial, e arriscamo-nos a dizer que também é temporal. Muitos se internam para ‘*dar um tempo*’, o que cabe uma interrogação: de quê? De quem?

O intervalo entre as internações e as recaídas variava, mas espaços curtos entre elas eram quase sempre muito freqüentes. O que é isso? O que leva um sujeito a

perambular por esses espaços de tempos em tempos? Às vezes com intervalos curtos, outras nem tanto, mas quase sempre retornavam... O que vinham buscar de novo? Novamente? Ou ainda, buscavam algo novo? Apostando na hipótese de que interrogando o novo seria possível alguma abertura para recontar o velho, o antigo, é que este trabalho se norteou. Recontar o velho a partir daquilo que se interroga na repetição do novo enquanto se apresenta como algo diferente, mas que implica a reprodução daquilo que já existe.

Importante destacar quais as fantasias que também sitiavam estas questões. Ficamos imaginando que não deve ser fácil colocar-se nessa posição de clausura, governado por normas e regras que sucumbem quaisquer possibilidades de escolha diante da própria rotina, naquilo que há de mais básico nesta como o dormir e o comer, os cuidados de higiene, enfim, tudo isso sendo determinado por outro. Com isso entramos numa questão importantíssima quando tratamos de uma pesquisa que contempla o método clínico, ou melhor, a construção do caso clínico. Fica evidente que o que o norteia é sempre algo que afeta ao pesquisador, pois o caso é construído a partir daquilo que assumi um valor de *pathos* para este, ou seja, daquilo que *vem de longe e de fora e toma o corpo fazendo-o sofrer* (BERLINCK, 2000, p.23). E então, a construção do caso clínico implica *tirar proveito do 'pathos' (...), transformá-lo em experiência, ou seja, não só considerar 'pathos' como estado transitório, mas também como algo que alarga e enriquece o pensamento* (op.cit., p.20). E é nessa direção que esta pesquisa se encaminhou.

Na tentativa de tirar proveito desta interrogação que nos afetava, resolvemos formalizá-la. Um primeiro passo foi acreditar que algum sentido, para além do que já ouvíramos dizer ? de que quem sofre com a dependência química necessita de um período de internação para desintoxicar-se ? haveria de existir. A princípio, pudemos

pensar que buscavam aquilo que não encontravam em si próprios, buscavam conter alguma coisa que de outra forma não conseguiam.

Apostando que esse algo não era o consumo de substâncias, supusemos que buscavam barra justamente para aquilo que tentavam barrar com o uso, e o abuso, de alguma substância. E esta nos apontava para a repetição do novo.

É comum ouvir os pacientes que sofrem por uma relação de dependência que estabeleceram com alguma substância ? que, por conta da forma de relação estabelecida, torna-se tóxica ? , queixarem-se de ‘timidez’, mesmo naqueles que aparentam desenvoltura no trato com os outros. E mais: que o início dessa relação foi marcado pelo vislumbre da possibilidade de aplacá-la. Na adolescência descobriram a possibilidade de driblar a timidez com alguma substância que lhes conferisse desinibição, e então tudo começou. Interrogá-los sobre o que chamam de timidez faz-se necessário a fim de que esse substantivo possa ser articulado ao particular de cada um.

Articulando timidez com inibição, remetemo-nos à inibição dos instintos, ou melhor, da pulsão, e então ao texto de Freud “*Inibição, sintoma e angustia*”, de 1926[1924]. Nesse texto vemos que inibição tanto pode representar um sintoma como não, mas essencialmente implica a restrição de uma função. E esse autor sugere empregar a *palavra ‘inibição’ quando há uma simples redução da função, e ‘sintoma’ quando uma função passou por alguma modificação inusitada ou quando uma nova manifestação surgiu desta* (op.cit., p.91). Com isso, depreendemos que devemos investigar em que contexto, e em que grau, isso a que o paciente chama de timidez encontra-se presente na sua vida. A partir de então será possível atribuí-la a um processo de inibição ou a uma formação de sintoma. De qualquer forma, esse processo parece de extrema importância na constituição dos quadros de toxicomanias. Analisando por esse enfoque, aproximamos a toxicomania da neurose obsessiva, em que

podemos entender que a inibição de uma função encontra-se presente para anular uma ação, ou ainda que impor uma restrição resguardaria o indivíduo do perigo de ceder *a seus desejos eróticos, pois se o fizesse, o perigo de ser castrado, ou algum perigo semelhante, mais uma vez seria evocado (...)* (op.cit., p.126).

Ainda nesse texto, Freud faz referência ao ‘tabu de tocar’, como presente na neurose obsessiva, assinalando que *o toque ou o contato físico são a finalidade imediata das catexias objetivas agressivas e amorosas* (op.cit., p.122), o que parece corresponder a esses estados relatados por esses sujeitos. No entanto, essas aproximações não bastam para situar o fenômeno da toxicomania, ou melhor, uma forma de estar no mundo que contempla o fenômeno da toxicomania, visto que essa forma de apresentar-se, aos moldes da neurose obsessiva, não contempla o que nos parece central neste tipo de apresentação: a dependência, ou melhor, o sofrimento por conta de uma dependência.

Depender de outro é uma condição ordinária a todo ser humano por conta da prematuridade que nos é fatídica ao nascermos. Necessitamos de outro que nos alimente, e aqui não nos referimos apenas à comida, mas a tudo que se encontra em jogo nesse encontro com o outro para que possamos sobreviver. Caso não tivéssemos tido um outro vindo em nosso socorro, fatalmente não teríamos sobrevivido. Como saímos dessa condição? Podemos afirmar que esses sujeitos que se apresentam sofrendo por conta de uma condição de dependência encontraram alguma dificuldade para se desvencilhar desta condição?

Tocamos então numa outra questão importante, a da constituição de um sujeito.

Perambulando pelos escritos de Lacan, não em um texto especificamente, mas naqueles em que contempla a constituição do sujeito, os tempos do Édipo e as relações de objeto, podemos dizer que o sujeito é submetido, na relação com o objeto que exerce

a função materna no desenrolar de sua constituição, a três processos que irão culminar na produção de uma estrutura psíquica: frustração, privação e castração. Esses processos dizem respeito à falta de objeto, que é inerente à entrada do ser na cultura e, portanto, são estruturantes.

Quando se fala em frustração, o que está em jogo é justamente a alternância entre ausência e presença do objeto que produz satisfação, com o qual desde muito cedo o ser se depara, uma vez que esse objeto, ainda que possa ser alucinado pelo ‘serzinho’ em constituição, e de fato o é, minimamente realiza esse movimento. Ainda que o objeto se esforce por ser onipresente, um mínimo de abertura há de ocorrer, pois a característica da onipresença não lhe compete.

Isso nos remete à seguinte fala de alguns pacientes que se deparam com o fenômeno da toxicomania como característico no seu ‘tipo’ de ser: *‘Não suporte frustração’*. E então entramos no segundo processo, o da privação, que efetivamente dará suporte a essa frustração experimentada tão precocemente. A privação está no objeto ‘mãe’, que está implicada nesta relação, e entenda-se ‘mãe’ como ‘função’, aquele objeto que desempenha a função materna. Não tomar seu produto, esse ser em constituição, como seu falo, ou seja, privar-se de ter seu filho como falo, como aquilo que produz completude. Isso implicará uma abertura para novas possibilidades a esse sujeito, uma vez que essa posição materna sinaliza que existe outro nessa relação. A mensagem que está se constituindo é de que nem eu (objeto de satisfação, função materna) sou tudo para você, nem você (filho) é tudo para mim, ou seja, a privação implica o fato de a mãe privar-se e com isso transmitir a mensagem da não-completude que compõe cada ser humano.

O desfecho desse percurso implica o processo de castração, outorgado simbolicamente pelo pai, que vem selar este e liberar o sujeito para estabelecer novas

relações, balizadas pelo falo como objeto simbólico que poderá produzir satisfação à medida que engendrar a relação do sujeito com seus novos objetos, na busca de tê-lo, para outro alguém, ou de tê-lo em outro alguém, imaginariamente.

Trazemos esta exposição de maneira bem resumida justamente para explicitar uma hipótese que nos parece plausível neste contexto da pesquisa. Não pretendemos nos aprofundar nesta questão da constituição do sujeito psíquico, pois acreditamos que isso exigiria um novo e longo percurso; o que nos interessa é especificamente o processo de privação. Esses sujeitos nos pareciam não-privados do objeto, daí a relação de dependência. Esses sujeitos apresentavam-se sempre dependendo de outro, e talvez a mania venha como uma defesa diante da constatação dessa verdade, e que acaba por reproduzi-la. Esses sujeitos encontravam na mania uma forma de sobreviver, passavam a depender da mania para poder ser, ou estar, no mundo.

Uma vez, ouvindo a mãe de um adolescente que se encontrava nesse embate com as drogas, ela situava como causa do problema de seu filho o fato de que, quando era criança, moravam na casa da avó, e que quando este pensava em chorar para mamar, a avó já se apresentava com a mamadeira pronta. Dizia ela:

? *“Ele nem precisava chorar para mamar, e isto foi fazendo com que ele não aceite ouvir não, não aceite proibições ou limites!”*

Parece evidente que essa causação esteja implicada nos casos em que nos deparamos com a relação de dependência de um sujeito, produzindo conseqüências ao longo de sua vida.

O processo de privação, em que um sujeito deve receber a mensagem de que não lhe é próprio o lugar que acreditava ser, o do falo, faz-nos antecipar uma questão

que nos é central nessas situações. Um significante especificamente ecoava em meus ouvidos: '*Não consigo*'.

'*Não consigo*' também nos produziu *pathos*. O quê é que não consegue? A essa interrogação, os sujeitos compareciam com as mais variadas respostas, mas de qualquer forma, aos nossos ouvidos, sempre diziam de uma condição. E esta condição implica algo do insuportável que, por esta qualidade, necessita ser barrado.

No caso relatado neste trabalho, parece evidente que *Guilherme* buscava fazer barra, de forma artificial, ao '*não consigo*'. Esse '*não consigo*', que poderia ser traduzido por '*não conseguirei prover a própria vida*', parecia impor-se a ele como imperativo. O que nos abre para uma nova questão: como entender esse imperativo?

Em se tratando de um caso de neurose, pela forma de apresentação desse sujeito, que vacila, mas que principalmente está sempre se pondo em dúvida, uma vez que procura, nessa forma de ser, corresponder ao que 'os outros' demandam dele, e sendo isso sempre bem variado e discordante, ele não encontra uma forma que lhe seja própria e definitiva. Está sempre duvidando sobre quem ser para que o outro lhe queira. Articulando essa posição com a falha no processo de privação, é possível pensar que, não sendo totalmente privado do lugar de ser o falo ? e dizemos totalmente porque, em se tratando de uma neurose, o processo de castração se instaurou, ainda que não de forma satisfatória, mas o suficiente para lhe conceder outro lugar ? a idéia é de que, imaginariamente, esse lugar ainda seja sustentado. A falta de privação, que contempla o registro real do objeto, produz a ilusão da completude, mas o registro da castração, que nos remete ao simbólico e então ao que define a estrutura, coloca o sujeito numa posição de proibição, e então se cria uma ambivalência. Completa, mas não completa. Consegue, mas 'não consegue'. Como é possível essa vivência?

Por mais paradoxal que possa parecer, e nossa constituição comporta os paradoxos, deparamo-nos com um sujeito ao qual lhe é concedido ocupar um lugar privilegiado desde que seja como impotente. Uma vez que a castração proíbe definitivamente ao sujeito aceder ao lugar do pai, uma concessão lhe é feita para que tenha um lugar privilegiado junto à mãe, mas, ao mesmo tempo, não corra o risco do descumprimento da lei da proibição do incesto. Essa concessão o conduz a ocupar uma posição de *'não consigo'*. Ou seja, a mensagem não fica clara. Em vez de se haver com a castração e então com a proibição ? *'Você não pode!'* ? fica o equívoco de que é ele que *'não consegue'*. E este então passará a fazer parte na constituição de seu superego, naquilo que tange a seus imperativos, tanto como auto-acusação quanto como autopunição diante da culpa por destituir o pai de seu lugar de falo.

Chegamos aos imperativos! E o que encontramos é um sujeito, regido pelo imperativo superegóico do *'não consigo'*, que o remete à condição de sempre depender. Uma condição insuportável, mas a saída pela mania possibilita a esse sujeito apagar essa lembrança, assim como a saída para a intoxicação promove a *'diluição'* desse imperativo ao mesmo tempo em que sucumbe a ele.

A partir dessas elucubrações, que se encontram apoiadas na vivência desta analista, que, ao ouvir um paciente que se declara portador de um sofrimento por conta de uma dependência, foi atingida por um *pathos* e pelo desejo em tirar proveito deste, transformando-o em experiência, arriscamo-nos a dizer que se trata de uma neurose obsessiva que faz parceria com a mania, e que, por não privilegiar a descarga para o acúmulo de excitação, torna-se tóxica.

CONCLUSÃO

O primeiro título que havíamos dado a este trabalho foi *‘Toxicomania e psicanálise: um trabalho possível?’* No desenrolar deste, esse título foi perdendo o sentido principalmente diante de uma fala de nosso orientador, que disse: *‘quando fazemos uma pergunta, já temos a resposta!’* De fato, quando nos propusemos adentrar nesse percurso já apostávamos que seria possível ao trabalho psicanalítico um fazer-frente a esse sofrimento.

Tentar delinear de que sofrimento se tratava nos pareceu importante, e essa tentativa exigiu a construção do caso clínico. Para tal norteamo-nos pelos pressupostos da Psicopatologia Fundamental, que implica um posicionar-se, por parte do pesquisador, a partir do *pathos*. E então a vivência foi transformada em experiência. O que pudemos apreender com essa experiência é que se tratava de um sofrimento em que um sujeito encontrava como suporte estrutural a neurose obsessiva, mas que, não encontrando nesta estrutura a defesa necessária contra esse sofrimento, precisou fazer uso de outro mecanismo de defesa, a mania. Acreditamos, então, que a condição de dependência que marca esse sofrimento, caracterizado como tal por uma declaração do sujeito, precede o estabelecimento de uma relação de dependência com alguma substância. E mais: a propriedade de ser tóxica não é determinada pela substância em si, senão pelo estabelecimento dessa relação. A substância pode ou não trazer prazer àquele que a consome, e se o fará depende da maneira como é utilizada, por isso pode ser qualquer substância. A título de ilustração, porque não pretendemos nos aprofundar nesta questão, podemos pensar na relação que alguns sujeitos estabelecem com a comida, a qual, porquanto vital para todo ser, transforma-se em uma substância tóxica

naqueles que se encontram sofrendo com a obesidade, ou melhor, por conta da relação que estabeleceram com esta.

O que propor como direção de tratamento, já que apostamos na possibilidade de algum fazer psicanalítico diante desse sofrimento?

Nos textos de Marta Gerez-Ambertín encontramos uma resposta para essa interrogação, ou melhor, uma proposta para realização de um trabalho diante desse ‘tipo’ de paciente. Apreciamos a referência a ‘tipo’, pois essa palavra comporta a idéia de uma forma que o sujeito foi desenvolvendo para conseguir estar no mundo, e também a possibilidade de mobilidade neste, uma vez que, quando nos referimos a um sujeito de forma a classificá-lo (*‘ele é’*), fica difícil propor-lhe novas possibilidades. Com isso queremos salientar que um primeiro passo nessa direção de cura é tentar traçar qual a forma que esse sujeito estabelece para ser no mundo, de que forma ele se apresenta em público, e também o que contempla no privado. E isto talvez seja bem importante. De que forma encontra-se consigo mesmo, o que muitas vezes revela a não-possibilidade de encontro.

Guiada pela crença de que há um imperativo agindo de forma brutal na vida desses sujeitos, deparamo-nos com o sentimento de culpa, que, porquanto constituinte em todo sujeito, pode encaminhar-se nas vias do patológico. E então encontramos uma orientação no tocante aos registros da culpa: *Registros que, se se consegue diferenciar, irão marcar uma importante direção para os caminhos em que se pode interrogar a culpabilidade na psicanálise.* (GEREZ-AMBERTÍN, 2003, p.273).

Esta afirmação abre caminho para uma direção no tratamento, bem como pode indicar uma justificativa para as diversas ‘toxicomanias’. É provável que, interrogando esses registros da culpa, encontremos as mais variadas formas de apresentação de um sujeito diante desta; e elas, então, podem justificar as mais variadas formas de

intoxicação que observamos. Estas podem variar de maneira temporal, espacial e substancial, ou seja, a periodicidade que o sujeito estabelece para seu intoxicar, a substância que elege e o espaço privilegiado para tal. Sendo assim, fazer referência à toxicomania deve estar sempre atrelado ao plural, e mais, ao particular de quem a administra, ainda que seja sob forma de perda de controle.

O que é do particular deste trabalho é que a referência à toxicomania encontra-se articulada à relação de dependência que um sujeito estabelece com uma substância ou com várias. Quando falamos em ‘fenômeno da toxicomania’ fazemos referência a uma relação de dependência que produz intoxicação, e, essencialmente, tenha sido apresentada pelo sujeito como sofrimento.

A direção que propomos para o tratamento desse sofrimento é interroga-lo pelos registros da culpa, que na neurose obsessiva apresenta-se de maneira muito freqüente, ainda que com os mais variados disfarces. Com relação ao caso que serviu de suporte para a experiência, levantamos a hipótese de que os registros da culpa não foram bem investigados, ou melhor, não receberam a acolhida necessária para dar sustentação ao trabalho, e não por acaso *Guilherme* abandonou o tratamento após ter trazido para a sessão a lembrança de sentir desejos eróticos pela mãe, que fora encoberta pelo desejo por pessoas do mesmo sexo, e pelo medo de não conseguir barrá-lo. Considerando o medo como o avesso do desejo, o resto dessa equação faz-se culpa. Porquanto insuportável, e não encontrando o suporte necessário para que pudesse haver-se com ela, o sujeito retorna à posição de não querer saber.

Esta proposta de interrogar a culpa não tem como prerrogativa liquidá-la, visto que a consideramos como inerente a todo ser humano; no entanto, visa dar-lhe outra significação, ou seja, resignificá-la a ponto de torná-la inócua, o que nem sempre é possível. (...) *‘ali onde o supereu estava, o desejo possa advir’*. Porém, devo advertir...

nem sempre é possível. Sem essa observação, aquela premissa poderia se tornar um novo mandato supereuóico (GEREZ-AMBERTÍN, 2003, p. 23).

Para encerrar este percurso na tentativa de transmitir esta experiência e com isso produzir abertura, e não fechamento, para a questão das toxicomanias, apresentamos novas inquietações que talvez encaminhem o início de outro percurso.

Caberia a toxicomania, da forma que é apresentada neste trabalho pelo viés da dependência, também a outros tipos clínicos? Ou seja, será que esta forma de relação, marcada pela dependência, ‘cola’ na histeria? Na psicose? Na perversão? E, como *‘quando fazemos uma pergunta, já temos a resposta’*, arriscamo-nos a sugerir que não. É, porém, uma hipótese a ser investigada, porquanto se encontra apenas no patamar de suposição. A hipótese é de que a mania por intoxicar-se como forma de autopunição ou castigo, ainda que pela aparência do triunfo, parece-nos comportar à neurose obsessiva. E, mais uma vez, acreditamos que, interrogando os registros da culpa, talvez seja possível a investigação dessa hipótese, a partir de uma vivência clínica, com a qual ainda não tivemos a oportunidade de nos deparar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROSO, S. F. Sobre o caso clínico: uma contribuição à metodologia de pesquisa em Psicanálise. In: *Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental*. Belo Horizonte: Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais, 2003, ano 6, n.9, p.19-24.

BERLINCK, Manoel T. Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Ed. Escuta, 2000

_____.(org.). Obsessiva Neurose. São Paulo: Escuta, 2005.

_____. O fundamental da Psicopatologia Fundamental. Trabalho apresentado no Laboratório de Psicopatologia Fundamental, PUC-SP, 2004.

_____. Maconha e melancolia. In: Psychiatry on line Brazil, fev. 2006.

BINSWANGER, L. Três formas de existência malograda. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977.

_____. Artículos y conferencias escogidas. Madrid: Editorial Guedes, 1973.

BUCHER, R. Drogas e drogadição no Brasil. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

FILHO, D. X. da SILVEIRA; GORGULHO, M. (orgs). Dependência: Compreensão e assistência às toxicomanias (uma experiência do PROAD). São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

FARIA, M. W. S. É a lei do supereu que o toxicômano conhece. In: www.cmt.mg.gov.br. Minas Gerais: Centro Mineiro de Toxicomanias, 2004.

FERREIRA, A. B. H. Novo Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira Ed., 1988.

FREUD, S. Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar. In: Obras Completas, v.II, 1893, p.39-270. Ed Standard brasileira da Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. As neuropsicoses de defesa. In: Obras Completas, v.III, 1894, p.51-72. Ed Standard brasileira da Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Obsessões e fobias: seu mecanismo psíquico e sua etiologia. In: Obras Completas, v.III, 1895[1894], p.73-88. Ed Standard brasileira da Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. A hereditariedade e a etiologia das neuroses. In: Obras Completas, v.III, 1896, p.141-158. Ed Standard brasileira da Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa. In: Obras Completas, v.III, 1896, p.159-183. Ed Standard brasileira da Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Caráter e erotismo anal. In: Obras Completas, v.IX, 1908, p.157-166. Ed Standard brasileira da Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Notas sobre um caso de neurose obsessiva. In: Obras Completas, v.X, 1909, p.137-215. Ed Standard brasileira da Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. “Totem e tabu”. In: Obras Completas, v.XIII, 1913-1914, p.13-169. Ed Standard brasileira da Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Luto e Melancolia. In: Obras Completas, v.XIV,1917[1915], p.245-263. Ed. Standard brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Conferência XXIII. In: Obras completas, v.XVI, 1917 [1916-17], p.361-378. Ed. Standard brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. As transformações do instinto exemplificadas no erotismo anal. In: Obras completas, v.XVII, 1917, p.133-144. Ed. Standard brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. O ego e o id. In: Obras Completas, v.XIX, 1923-1925, p.15-80. Ed Standard brasileira da Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro:Imago,1996.

_____. Inibições, sintomas e ansiedade. In: Obras completas, v.XX, 1926[1925], p.79-171. Ed. Standard brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. O mal-estar na civilização. In: Obras Completas, v.XXI, 1930[1929], p.66-148. Ed Standard brasileira da Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GEREZ-AMBERTÍN, M. Imperativos do supereu – testemunhos clínicos. São Paulo: Escuta, 2006.

_____. As vozes do supereu: na clínica psicanalítica e no mal-estar na civilização. São Paulo: Cultura Editores Associados; Rio Grande do Sul: EDUCS, 2003.

GURFINKEL, D. A pulsão e seu Objeto-Droga: Estudo Psicanalítico sobre a Toxicomania. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

KAUFMANN, P. Dicionário Enciclopédico de Psicanálise – o legado de Freud e Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

LACAN, J. A angústia – Seminário 1962-1963. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife, 2000, 4ª ed. ver.

_____. A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p.591-652.

_____. O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p.197-213.

_____. O avesso da psicanálise - O Seminário, livro 17. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1992.

_____. A tópica do imaginário. In: Os escritos técnicos de Freud - O Seminário, livro 1, 1953-1954, p.89-106. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1986.

_____. O eu na teoria de Freud e na técnica psicanalítica – O Seminário, livro 2, [1954-1955] . Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1985.

MELMAN, Charles. Cap. 10 – Sobre o alcoolismo. In: Estrutura Lacaniana das Psicoses, p.107-117. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1991.

NASIO, Juan-David. Cap. 04 – A Fantasia. In: Cinco lições sobre a Teoria de Jacques Lacan, p. 119-141. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1993.

NIKOS, A. M. I. Estudo de caso, construção do caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. In: Pulsional Revista de Psicanálise. São Paulo: Editora Escuta, 2000, ano XIII, n.140/141, p.69-76.

PACHECO, L. V. Considerações sobre a construção do caso clínico das toxicomanias. In: Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental. Belo Horizonte: Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais, 2003, ano 6, n.9, p.35-39.

PEREIRA, M. E. C. Pierre fedida e o Campo da Psicopatologia Fundamental.

Trabalho apresentado no Laboratório de Psicopatologia Fundamental,
PUC-SP, 2004.

QUINET, A. As 4+1 Condições da Análise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar
Ed., 1991, 4ed.

RASCOVSKY, A.; LIBERMAN, D. Psicoanálisis de la mania y la
psicopatía. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1979.

SANTIAGO,J. A Droga do Toxicômano; uma parceria cínica na era da
ciência. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

SOUZA, A. Os discursos da psicanálise. Rio de Janeiro: Companhia de
Freud, 2003.

VENÂNCIO, R. P.; CARNEIRO, H. (orgs). Álcool e drogas na história do
Brasil. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: Editora PUCMinas, 2005.

VERGARA, Rodrigo. Coleção para saber mais: Drogas. São Paulo: Ed.
Abril,2003.

_____. Drogas, o que fazer a respeito. In: Super-
interessante, n.172, jan. 2002, p.40-50.