

Considerações finais

O desenlace das toxicomanias

Uma das fórmulas repetidas entre companheiros de salas de mútua ajuda – que detêm resultados favoráveis quanto à meta de abstinência – é a de que a dependência química constitui *uma doença progressiva, incurável e de determinação fatal, que mata desmoralizando*. Esta frase tem um peso muito forte e harmoniza-se com o discurso popular de que a dependência química designa não apenas uma doença incurável, mas ainda de cunho moral. Diferentemente dos bebedores sociais, que tomam uma cervejinha após um longo dia de trabalho e alguns *drinks* em eventos comemorativos, os toxicômanos abusam do consumo da substância, a ponto de causar constrangimento a si mesmos e aos outros. É por esta razão que estes últimos não circulam impunemente pela cultura. Ao contrário, são vistos como moralmente desprezíveis e rotulados como delinqüentes.

Logo, é importante levar em consideração o valor de identidade das toxicomanias, especialmente para refletir sobre a direção do tratamento. O reforço da dependência química enquanto identidade cristaliza ainda mais o indivíduo nesta posição. Faz-se necessário, portanto, apontar para outros modos de inserção no social. Visto que a droga cumpre a função de encobrir precisamente o embaraço do sujeito de dar um destino ao seu desejo, será a partir da escuta sobre a sua relação com a droga que torna possível conferir uma direção ao tratamento.

Olivieri (1998) sintetiza da seguinte forma o fenômeno das toxicomanias:

Antes de mais nada, não se trata de uma estrutura clínica por não satisfazer a mais básica condição de uma estrutura, a de recorrer ao registro simbólico. Tampouco é um sintoma, pois rompe com o gozo fálico; também não pode ser reduzida à perversão, porque não é mediada pela fantasia. Esses fatores são inerentes aos fenômenos toxicômanos: não recorrência ao simbólico, ruptura com o gozo fálico e não mediação da fantasia. (p. 173)

Torna-se crucial, portanto, interrogar o lugar que a droga ocupa na economia libidinal do sujeito. Como profere Olivieri (1998), a droga “aponta para além de uma mera fuga da realidade, tratando-se mais exatamente de uma solução encontrada por esses sujeitos para velar a castração” (p. 174). Segundo o autor, a proposta da psicanálise nas toxicomanias é a desintoxicação do significante droga,

e não uma desintoxicação química, pois a dependência não é puramente de fundo orgânico.

Logo, o foco principal no tratamento das toxicomanias consiste em propiciar a emergência do sujeito que se oculta na droga.

É por essa razão que autores como Melman (1992) preconizam que a abstinência não deve ser considerada como uma condição para o tratamento:

Em todo caso, quando um toxicômano chega dizendo: “eu queria fazer uma análise para tentar sair desta” e que ele escuta uma resposta: “comece por sair desta e você vai fazer análise em seguida”, é um procedimento que não me parece deontologicamente completamente correto. Dispomos de um saber tal que nos permite de saída dizermos: “não, você não tem o direito!”? Não é legítimo que, se ele demanda uma chance, nos a tentemos com ele? (p. 86)

A concepção da abstinência como meta e não como condição para a entrada em tratamento consiste em um dos principais preceitos da estratégia de Redução de Danos. Em 1926, na Inglaterra, uma comissão interministerial presidida pelo Ministro da Saúde elaborou o Relatório de Rolleston, que determinou o direito dos médicos ingleses de prescreverem opiáceos aos dependentes desta droga, a fim de amenizar a síndrome de abstinência. Este foi o primeiro passo para a efetivação da estratégia de Redução de Danos, como alternativa para os casos em que a exigência de abstinência absoluta não mostrava resultados. Ou ainda quando houvesse indícios de que a prescrição de uma dose mínima da droga permitiria ao usuário a manutenção da sua vida normal e produtiva, e a permanência no tratamento (Manual de Redução de Danos, 2001).

Os programas de Redução de Danos foram implantados em vários países, como Bélgica, Austrália, Alemanha, Suíça, França, Canadá e Brasil. Concomitantemente, outras questões eram discutidas, como a regulamentação do uso de drogas em *coffee-shops* – o que envolveu a definição dos locais, horários e tipos de drogas permitidas –, “além da prescrição médica de metadona ou heroína, implantação de abrigos, centros de urgência, narcossalas, máquinas que fornecem seringas e auxílio na busca de emprego” (Conte, 2003, p. 27). No Brasil, a Redução de Danos chegou em 1989, por orientação do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça. Sua implantação, financiada pelo Banco Mundial, ocorreu somente em 1995, em Salvador.

A proposta da Redução de Danos incentiva o questionamento dos preconceitos que permeiam o uso de drogas. Existe um forte julgamento moral em relação às substâncias psicoativas, embora raramente se atente para o que possa estar encoberto no uso abusivo de drogas. Não obstante, a procura por substâncias que regulem o estado de humor faz parte do nosso cotidiano, como a cafeína, parente da cocaína, que é encontrada no cafezinho e no chocolate. É possível atestar, inclusive, que a sociedade atual requer o uso de substâncias psicoativas para um melhor desempenho.

Não se pretende, com isso, minimizar o consumo abusivo de drogas, porém chamar a atenção para os impasses que o julgamento moral das toxicomanias causam sobre o modo como são abordadas socialmente e na clínica.

De início, a Redução de Danos era identificada unicamente como uma estratégia de prevenção contra a transmissão de doenças entre usuários de drogas injetáveis, pois garantia a distribuição de seringas descartáveis. Embora ainda seja avaliada como controversa, a Redução de Danos tem sido reconhecida como um modo de intervenção que privilegia o indivíduo e a forma de abordá-lo.

Como aponta Marcelo Cruz (2007)⁵, as estratégias de Redução de Danos possuem três características principais: pragmatismo, pois não exige a abstinência como condição para o tratamento; tolerância, por não haver julgamento, punição ou exclusão daqueles que não estão abstinentes; e diversidade, posto que propõe a construção de *planos de ação terapêuticos* singulares, de acordo com as possibilidades de cada indivíduo. Marcelo Cruz (2007) defende, ainda, que a concepção da abstinência como meta e não como condição para o tratamento é uma grande contribuição da estratégia de Redução de Danos, tendo em vista que a exigência de abstinência como ponto de partida para o tratamento não é possível para muitos pacientes.

Na visão de Olievenstein (1984), a abstinência como condição para dar início ao tratamento é uma técnica inútil e imbecil: “Assim como não se pode exigir que um fóbico largue suas manias do dia para a noite, também não se pode exigir, jamais, que um toxicômano interrompa seu consumo de tóxicos” (p. 123). Com isso, pretende-se facilitar o acesso do dependente químico ao tratamento.

⁵ Palestra ministrada no I Fórum Álcool e Outras Drogas Secretaria Municipal da saúde de Nova Iguaçu – SEMUS. Programa de Saúde Mental – PSM – CAPS ad Vanderlei Marins. Tema: *A direção do tratamento na clínica das toxicomanias*.

Devido às dificuldades infligidas ao manejo clínico, a produção psicanalítica dirigida à especificidade das toxicomanias é ainda recente. Como constata Birman (2005), até poucas décadas atrás “a farmacologia e a psiquiatria eram as disciplinas que detinham a hegemonia teórica no universo das drogas” (p. 219), enquanto a psicanálise inseria-se timidamente. Segundo o autor, a necessidade de reestruturação teórica no campo das drogas ocorreu devido a uma urgência social e política, na medida em que foi observada a insuficiência das medidas de interdição, assim como a farmacologia e a psiquiatria mostraram-se limitadas em suas intervenções. Nesta medida, a inserção da psicanálise teve como papel fundamental “a *escuta* do funcionamento psíquico dos drogados como condição *sine qua non* para seu manejo terapêutico” (p. 220, grifo do autor).

Conte (2003) ressalta um avanço em busca da interdisciplinaridade na abordagem das toxicomanias, que promove uma maior visibilidade do sujeito toxicômano. Neste campo, a psicanálise tem contribuído para a investigação das origens do conflito toxicomaniaco e dos imperativos sociais de consumo.

Uma forte influência da psicanálise neste campo auxilia a problematizar práticas de anulamento subjetivo, questionar os ideais de abstinência e as formas de abordar as toxicomanias que agravam o sofrimento psíquico e aumentam a vulnerabilidade frente ao gozo do Outro que aprisiona. Ao falar-se de abstinência na perspectiva psicanalítica, para a clínica das toxicomanias, trata-se de remeter à posição que o próprio analista ocupa e que coloca em jogo na direção do tratamento. (p. 26)

A autora destaca que o investimento no usuário é fundamental para a promoção do laço, pois a entrada de um terceiro rompe com a relação dual e mortífera com as drogas.

Como expressa Nogueira Filho (1999), as toxicomanias carregam a insígnia da incurabilidade: “Uma vez toxicômano, toxicômano por toda a eternidade. E, interessante, passa a existir a toxicomania ‘sem drogas’” (p. 59). Em contrapartida às abordagens que apregoam o “nunca mais às drogas” como única possibilidade de cura, a psicanálise pretende a *escuta* da singularidade: “E vai investigar as condições da toxicomania naquele sujeito singular, sem antecipar o resultado, sem punir as recaídas e sem gratificar as abstinências” (Idem.).

Como foi visto no capítulo anterior, a identificação está na base do laço social e o ideal constitui o regulador das relações. Logo, ao assinalar para a fragilidade da instância ideal enquanto reguladora das relações, as toxicomanias revelam a inabilidade do sujeito em formar laços sociais. Nesta medida, a droga se apresenta como um artifício que previne o embaraço do encontro com o outro. Na impossibilidade de se firmar enquanto sujeito desejante, o toxicômano mantém sua própria existência em suspenso. Nas palavras de Grossi (1993), “o encontro com o desejo do Outro gera angústia, e a droga é o que vai evitar os efeitos desse encontro no sujeito” (p. 120).

Santiago (2001) escreve que “o uso de drogas é, usualmente, interpretado como uma saída para a angústia decorrente de todo encontro do sujeito com o desejo do Outro, a fim de se afastar dele” (p. 156). E é na medida em que o gozo toxicomaniaco prescinde do Outro que ele pode ser referido como um gozo cínico. Assim, é como um tratamento médico que o toxicômano se previne contra a incidência do Outro: “Sua parceria cínica com a droga consiste mais na vontade de curto-circuitar os efeitos do Outro, por crer que ela pode lhe trazer a conformidade entre o gozo e o corpo” (p. 160). Como expressa Lacan (1946), a intoxicação visa um ideal de auto-suficiência, enquanto reduz os efeitos do Outro do significativo, diminuindo a discordância entre o eu e seu ideal.

De acordo com Santiago (2001), as toxicomanias servem como um ponto de identificação, pois é através delas que o sujeito se apresenta e nomeia seu sintoma.

Para mim, uma luz sobre essa especificidade localiza-se na tese de que a toxicomania se fabrica como um substituto puramente artificial às formas usuais do sintoma neurótico, como um substituto de sua incapacidade em responder ao sofrimento. (p. 154)

Assim, frente à instabilidade da satisfação substitutiva do sintoma, as toxicomanias são concebidas como “uma espécie de construção substitutiva e auxiliar do sintoma, considerado na sua acepção mais clássica de retorno do recalçado” (Idem.). Em função do sucesso da droga como uma tentativa de remediar a insuficiência do sintoma, seu método pode se transformar em um ponto de identificação, como sugere Santiago (2001).

Essa ancoragem identitária constitui um efeito do discurso da ciência, o qual produz um esvaziamento de toda significação imaginária, na medida em que o objeto do qual o sujeito se apropria comporta uma significação pronta e compartilhada. O discurso da ciência provoca tanto fascínio precisamente por captar algo do gozo do corpo, uma vez que seus produtos impõem-se “como próteses suscetíveis de anular a relação singular do humano com o desejo” (p. 161).

O gozo do toxicômano assinala, portanto, para um gozo solitário – próprio da pós-modernidade – revelando a falência dos valores e ideais. Nas palavras de Lemos (2004), o sujeito drogado “rompe com as relações sociais e casa com a droga” (p. 54). Logo, o sucesso da droga na pós-modernidade se deve ao declínio da função do pai simbólico, uma vez que reflete a relação do sujeito contemporâneo com a lei.

O toxicômano é um sujeito que recusa o gozo fálico. Ele é um sujeito que não se submete ao gozo universalizado da civilização. O gozo fálico é o que se sustenta nas relações de poder, de competição social e nas relações de trabalho, que envolvem dinheiro, produção e poder. O toxicômano é aquele que se recusa a participar dessas relações, colocando-se à margem delas. É um demissionário do falo. Se ele recusa o gozo fálico, seu gozo é um gozo mortífero. O que equivale dizer: o significante mestre do toxicômano é a morte.

Freitas (2002) ressalta que a ausência do exercício da lei pela família é um dos grandes facilitadores para a incidência de diferentes formas de adicção. Com a falência da função paterna, o supereu como a instância portadora das interdições e dos ideais é comprometida. Segundo o autor, a falta de amor e o abandono estão na origem da drogadicção, pois impossibilitam que o sujeito seja capaz de construir recursos para lidar com a frustração.

É comum que anúncios de bebidas e cigarros venham sempre associados a sucesso, dinheiro, felicidade no amor, através de belos homens e mulheres. É a vida de sucesso, de felicidade plena, ou seja: *sem frustrações – o ideal maníaco da felicidade eterna e ininterrupta!* Contudo, essa não é a forma como o ser humano vive; a angústia irrompe e com ela temos que nos haver – nem todos suportam isso, daí os *anestésicos* sob a forma do uso continuado de drogas, as mais diferentes. (p. 43, grifos do autor).

Na medida em que não há um investimento do Outro, não é possível ao toxicômano inscrever-se na troca simbólica. Por isso seu embaraço diante do

encontro com o outro e o sucesso de sua parceria com a droga, que lhe promove uma suspensão diante do mal-estar.

Segundo Bittencourt (2003), historiadores, sociólogos, juristas e psicanalistas concordam que há um declínio gradativo da figura paterna na sociedade atual. Como resultado, testemunhamos na clínica um aumento do apelo a uma autoridade paterna, o que se faz evidente nas toxicomanias.

Além do mais, o que são os atos marginais senão o sinal de um apelo à intervenção de uma autoridade incontestável, indiscutível! Afinal, quando tudo vai mal, só um verdadeiro mestre pode salvar. (p. 97)

Bittencourt (2003) destaca que é a partir da figura paterna que se estabelecem as necessárias identificações e idealizações do indivíduo, fazendo surgir novas figuras imaginárias de identificação ao lado do Outro social. Isto provoca uma “reviravolta nas encarnações imaginárias do Outro” (p. 98), o que exige do sujeito dar uma nova consistência a este Outro, para que lhe seja possível encontrar um modo de inscrição no Outro social. É desta forma que a idealização funciona como suporte do laço social.

Uma das fontes do sofrimento humano destacada por Freud em 1930 refere-se ao relacionamento com os outros homens. Por conseguinte, como expressa Quinet (2006), o “mal-estar na civilização é o mal-estar dos laços sociais” (p. 17), que designam as formas dos indivíduos se relacionarem entre si. Segundo o autor, o mal-estar da civilização de hoje está relacionado ao discurso capitalista, movido pelos valores científicos. Este discurso não faz laço social, visto que promove laços descartáveis, excluindo o outro do laço social. Logo, o discurso do capitalista é regido pela forclusão da sexualidade e da diferença entre os sexos. Deste modo, não constitui um laço social que regulariza. Ao contrário, ele é segregador.

A única via de tratar as diferenças em nossa sociedade científica capitalista é a segregação determinada pelo mercado: os que têm ou não acesso aos produtos da ciência. Trata-se, portanto, de um discurso que não forma propriamente laço social, mas segrega. (p. 41)

Regidos pelo consumo, os homens não se cercam mais de outros homens, mas de objetos, escreve Baudrillard (1995). Vivemos, portanto, no tempo dos objetos e sob a lei do valor de troca.

O conjunto das suas relações sociais já não é tanto o laço com seus semelhantes quanto, no plano estatístico segundo uma curva ascendente, a recepção e a manipulação de bens e de mensagens, desde a organização doméstica muito complexa e com suas dezenas de escravos técnicos até ao “mobiliário urbano” e toda maquinaria material das comunicações e das atividades profissionais, até ao espetáculo permanente da celebração do objeto da publicidade e as centenas de mensagens diárias emitidas pelos “*mass media*”. (p. 15)

Bentes (1997) escreve que ao contrário do que o ideal científico propõe como harmonia do corpo, o corpo pulsional, atravessado pela linguagem, não pode gozar de harmonia: “Se para a medicina o sintoma fala de uma desarmonia, para a psicanálise ele é harmônico à castração, à falta estrutural da qual resulta o gozo” (p. 261). Assim, ao medicar a sua dor, o sujeito suprime uma parte de si próprio, privando-se do saber que pode advir do seu sofrimento. Ao excluir o pulsional, a abordagem científica entra na urgência da cultura contemporânea e atropela o sujeito.

As toxicomanias revelam, portanto, uma manifestação do sujeito às voltas com seu mal-estar, imerso em uma cultura do consumismo desenfreado. O discurso da ciência suprime a linguagem como registro do furo, do mal-estendido, fazendo desaparecer o sujeito do inconsciente. Desta forma, não há espaço para o “passo vacilante que é a neurose” (p. 265), escreve Bentes (1997).

A Ciência e seus objetos fazem supor ao sujeito que ele pode prescindir do Outro. Tal maneira de buscar a satisfação é subsidiária da pulsão de morte em resposta ao imperativo: “Goza!” Trata-se de um saber que artificializa uma unidade com um objeto que não é resto de uma operação. Objeto consistente, às vezes de ação rápida, outras de ação prolongada, que subverte o tempo cronológico e anula o tempo lógico. (p. 266).

Ao romper com o significante fálico, o toxicômano revela uma recusa do inconsciente. Deste modo, ele se anula enquanto sujeito e dedica sua vida à servidão à droga. Assim, um dos desafios da clínica com toxicômanos é ultrapassar o discurso sustentado pelo sujeito de impotência perante a droga, a fim de promover a emergência daquilo que as toxicomanias ocultam.

Imerso na civilização que é um mal-estar, o toxicômano é aquele que foge a qualquer tentativa de elaboração psíquica, e de consumidor passa a ser consumido pela droga. Desta forma, podemos dizer que a queixa inicial do toxicômano não é uma queixa sintomática, mas uma escravidão a um objeto. A droga se apresenta no discurso do sujeito como um vazio que mascara o sintoma, impedindo que este seja transformado em enigma. Assim, a droga revela uma fuga da própria existência, uma defesa que mascara o sintoma. É por esta razão que Santiago (1994) atesta que a drogadicção está mais próxima de uma “tentativa de suprir a insuficiência do sintoma” (p. 34). Ao recusar as técnicas sublimatórias da civilização e se lançar nas toxicomanias, o sujeito assinala para uma tentativa de tratamento médico de seu mal-estar, porém em detrimento de sua própria existência. Logo, o artifício da droga detém a função de prótese reparadora do embaraço do indivíduo de reconhecer o seu lugar enquanto sujeito desejanete.

Segundo Lacan (1983), “não há nenhuma outra definição da droga que não seja esta: o que permite romper o casamento com o peruzinho” (p. 117). Ao romper com o significante fálico, o toxicômano rompe com o seu desejo, permanecendo na posição de sujeito alienado ao desejo do Outro.

A cristalização do toxicômano assinala para o sucesso dessa posição como uma marca identificatória, que designa ao sujeito um lugar. Assistimos na cultura contemporânea um empobrecimento dos ideais e dos laços identificatórios, o que conduz à busca por algum artifício que garanta o sentimento de pertencimento. É nesta busca que o toxicômano encontra, em sua parceria com a droga, uma forma de existir, ainda que às custas de seu isolamento e de sua própria destituição enquanto sujeito.

Logo, uma das direções para o trabalho com toxicômanos é suscitar um questionamento acerca do papel que a droga ocupa para o sujeito: em que momento a necessidade da droga se impõe? Do que o sujeito pretende se resguardar no uso da substância? De que forma a posição de dependente químico lhe favorece? A partir disso, é possível fazer emergir os conflitos que impedem o sujeito de desvencilhar-se do artifício da droga. Não obstante, realizar esse trabalho é um grande desafio, uma vez que as toxicomanias conferem uma identidade e um recurso eficaz para lidar com o sofrimento. Contudo, oferecer um espaço de escuta para que o sujeito fale sobre sua relação com a droga possibilita que ele expresse onde esta relação se mostra infiel. Afinal, a droga também

fracassa. Do contrário, o toxicômano não procuraria atendimento. Ainda que o paciente seja levado por terceiros, sua permanência no tratamento depende apenas dele. Logo, é a partir da abertura de um espaço onde o sujeito seja capaz de produzir um saber sobre a sua relação com a droga e o que o sustenta na posição de toxicômano, que viabiliza o tratamento nas toxicomanias.