

A clínica institucional com toxicômanos: uma perspectiva psicanalítica

Marta Conte

Este artigo aborda o tema da clínica institucional com toxicômanos, referenciada na orientação psicanalítica. Apresenta um dispositivo de leitura e intervenção utilizado no processo de tratamento de tal forma que respeita um tempo subjetivo e lógico, viabilizando as condições para um sujeito desejar. Aponta para a potencialidade deste recurso tanto na abordagem individual quanto na institucional, tornando evidente seu alcance terapêutico e indicando a possibilidade de associar estas duas abordagens. Os quadros toxicomânicos foram considerados como “operações de farmakon” e não estruturas clínicas, auxiliando, assim, a esclarecer a situação psicopatológica do paciente e a intervir clinicamente nas toxicomanias graves e naquelas menos graves.

Palavras-chave: Toxicomanias, psicanálise, clínica institucional, sintoma social, drogas

Introdução

O tema central deste artigo é a clínica das toxicomanias, enfocada, especialmente, pela experiência no enquadre institucional, referenciada pela orientação psicanalítica. Com os pressupostos da psicanálise e da psicopatologia fundamental encontrei um campo referencial para o trabalho clínico, que me incitou a ocupar uma posição ética enquanto pesquisadora psicanalítica, auxiliando-me a refletir sobre essa prática tão complexa na busca de proposições e avanços teóricos. Pretendo demonstrar a potencialidade de um dispositivo de leitura e intervenção, que denomino de “Corte & Costura”, que pode servir como um recurso essencial tanto na abordagem individual quanto na abordagem institucional. A utilização desse dispositivo em um programa de tratamento permite que se respeite um tempo subjetivo e lógico, viabilizando as condições para um sujeito desejar; situa clinicamente as necessidades terapêuticas de cada paciente; indica intervenções que visem o resgate subjetivo; e permite acompanhar a trajetória no tratamento ao longo dos eixos da “necessidade”¹ – demanda – desejo, conforme as formulações de Lacan (1999) de 1958.

O trabalho institucional pesquisado denomina-se Comunidade Terapêutica (COTE), da Cruz Vermelha Brasileira/RS, onde ocupei a função de coordenadora, por um tempo e, depois, trabalhei como supervisora da equipe. Os pacientes eram acompanhados por uma equipe interdisciplinar de referência, composta por profissionais e estagiários de diferentes áreas. O programa de tratamento era

1. Necessidade, aqui, é colocada entre aspas para diferenciar da necessidade primária, que formula Freud. Este eixo conceituado por Lacan em *Formações do Inconsciente* (1999) e *Relação de Objeto* (1995) serve aqui de analogia para o percurso do que ocorre em um tratamento analítico com toxicômanos.

composto por atividades diversificadas: arte, cultura, esporte, entre outras, priorizando um espaço de fala em todas as atividades, bem como em um lugar privilegiado designado por grupos terapêuticos.

A pesquisa realizada toma como referência dois conceitos formulados por Le Poulichet (1990) denominados de toxicomanias de suplência e de suplemento, constatados também na minha prática clínica privada e institucional. São montagens toxicomaniacas, ou *operações de farmakon*, e não estruturas clínicas, que nos auxiliam a pensar no que ocorre do ponto de vista psicopatológico nas toxicomanias graves e naquelas menos graves.

Para introduzir alguns conceitos, considero as toxicomanias como um quadro clínico, transitório, que por meio da *operação de farmakon* transforma a droga em “tóxico”, isto é, em uma função com determinada significação para a vida psíquica do toxicômano. Uma das características do *farmakon* é a de encobrir a estrutura clínica já anteriormente constituída, tornando-se uma alternativa única e exclusiva de conservação da subjetividade.

As toxicomanias de suplência são aquelas que se definem por testemunhar a falência do Outro como referência e alteridade. Conseqüentemente desde esta posição o “tóxico” exerce uma função de defesa primária, como suporte do Outro e exige, além de uma abordagem mais continente, um analista ou equipe de referência mais presente e intervenções que evidenciem a recolocação em cena de um olhar que possa ser constituinte de um sujeito.

Já as toxicomanias de suplemento testemunham uma fragilidade da instância terceira, nas quais o “tóxico” exerce uma função de defesa secundária, isto é, como forma de enfrentar-se com a castração. Trabalha-se, nesses quadros, no sentido de recuperar a eficácia simbólica da função paterna, reconstruindo com o paciente os significantes paternos ou os “Nomes-do-pai”.

Esses aspectos citados auxiliam-nos na orientação ao trabalho com toxicômanos, para definir intervenções terapêuticas e dar sustentação ao dispositivo de leitura e intervenção que se segue. É essencial, para tornar a escuta eficaz, prescindir dos estereótipos que “rotulam” as toxicomanias e os toxicômanos.

As marcas deixadas pela *operação de farmakon* inventam um corpo desconsiderando, temporariamente, as antigas marcas, tais como a memória e as inscrições significantes. Cabe diferenciar a estratégia de apagamento de marcas (como ocorre nas toxicomanias de suplência, tratando-se da tentativa de aniquilá-las para, em seu lugar, criar algo alucinatoriamente novo) da estratégia que busca novas marcas recorrendo às antigas, a partir do recalque, para elaborar um corpo diferente. É o que ocorre nas toxicomanias de suplemento. Podemos encontrar, entre os toxicômanos, uma maioria que apresenta o corpo revestido de novas marcas, resultado do uso intensivo de drogas: abscessos, cicatrizes, entre outros. Nestes casos, o aniquilamento de marcas não toma somente as do corpo, mas pode levar à despersonificação, ao

não-reconhecimento de um eu e de um corpo próprio, no momento em que a dependência às drogas cronifica uma função na vida psíquica do toxicômano. Neste contexto, as marcas que historiavam um corpo e um sujeito desvanecem-se.

O grupo, modalidade enfatizada no programa de tratamento pesquisado, quando acompanhado da intervenção de uma equipe, pode oferecer aos pacientes uma multiplicidade de identificações secundárias que ocorrem entre os membros. Essas identificações, quando não excluem a identificação fundadora, são essenciais para permitir a diversificação das escolhas singulares em relação às quais o traço unário é insuficiente. A função fraterna, nessas condições, faz uma suplência para a função paterna, oferecendo uma maior consistência subjetiva ao eu (Kehl, 2000).

Compreendo o trabalho clínico com toxicômanos como um rastreamento através da escuta das pistas para decifrar o enigma e suas marcas, encobertas pela *operação de farmakon*, no tempo singular da elaboração psíquica e da transferência.

“Corte & Costura”: um dispositivo de leitura e intervenção das toxicomanias

Apresento um dispositivo utilizado ao longo de um percurso de tratamento institucional² com toxicômanos, definido no eixo necessidade-demanda-desejo, os três termos que articulam a transferência, condição *sine qua non* para um tratamento. Este dispositivo contribui para a leitura e intervenção clínica das toxicomanias, considerando os diferentes momentos de um programa terapêutico pelos quais passa o paciente e, conseqüentemente, as diversas intervenções que exigem tais momentos. Portanto, como decorrência de cada posição subjetiva na qual se encontram os toxicômanos, uma gama de recursos é lançada de acordo com a relação transferencial que cada um estabelece no enquadre institucional.

No processo de tratamento, há um período inicial em que o toxicômano evidencia a “necessidade” da droga, sem poder, no entanto, associá-la à sua história. A seguir, passa por uma transformação, qual seja, da exigência de gozo total, e do fracasso frente a este imperativo, pode emergir uma demanda de tratamento até chegar, posteriormente, a uma reorganização psíquica na qual possa ser possível falar em nome próprio, acedendo ao próprio desejo. O toxicômano se vê fragmentado, sem palavra própria, justamente porque é a droga que cumpre o objetivo de assegurar um enlaçamento entre o Real, o Imaginário e o Simbólico.

2. Considero que este dispositivo pode orientar qualquer trabalho terapêutico realizado com toxicômanos.

Como pude verificar no trabalho desenvolvido na COTE, muitos pacientes passam algum tempo do tratamento utilizando muitos recursos imaginários, fáceis de serem buscados, mais do que investem em decifrar o que os atos simbolizam. Frequentemente, outra manifestação de resistência se dá por meio do dormir durante o grupo terapêutico, precisar ir ao banheiro, ficar controlando o tempo do grupo no relógio e movimentar-se na cadeira de forma a distrair-se e aos outros do grupo. As pontuações indicam a posição subjetiva na qual o sujeito está sem, no entanto, reconhecer ou implicar-se com ela. Trata-se de provocar para que o sujeito se apresente. O paciente é, segundo Mannoni (1989), “convidado e empurrado a ser o sujeito do seu dizer, sujeito de sua palavra. Não um sujeito evanescente, mas que se ausenta e é reconvocato, acordado e interpelado” (p. 139).

Pelo fato de que a *operação de farmakon* suspende o tempo – aquele que poderia delimitar e definir um intervalo, marcando a castração – torna-se importante, nesta abordagem, recuperar a lógica de um tempo subjetivo.

O dispositivo de leitura e intervenção das toxicomanias que formulei surgiu do fato de que na COTE o tratamento era desenvolvido ao longo de três fases: Abstinência, Iniciante e Titular. Estas fases eram utilizadas para simbolizar junto ao paciente sua trajetória no tratamento. A partir desta experiência fui pesquisar o que ocorria em cada momento do tratamento, quais as regularidades, buscando transpor aos aspectos desenvolvidos por Lacan (1998) em relação ao tempo lógico, para fundamentar esta proposta teoricamente. Na COTE, o primeiro tempo de tratamento, chamado de “abstinência”, pode se referir ao *instante de olhar*, onde prioritariamente está em jogo o Olhar. O segundo momento, chamado de fase “iniciante” na COTE, pode referir-se ao *tempo de compreender*, quando ocorreria uma suspensão subjetiva, considerando os efeitos do momento anterior. E o terceiro pode referir-se ao *momento de concluir*, quando estariam dadas as condições para finalizar o tratamento, isto é, o paciente estaria engajado em suas questões subjetivas.

Operações metafóricas: imergindo nos três momentos

À medida que se constata que os três momentos do dispositivo não são estanques, o recurso lógico é buscado como metáfora que nos auxilia a analisar a dialética do que ocorre em um tratamento. O trabalho inicial com toxicômanos prioriza o acolhimento e o vínculo, assumindo-se a função de estabelecer um convite de inserção, de pertinência a um grupo. Pacientes e equipe da Comunidade Terapêutica se reúnem para receber o paciente recém-chegado, num espaço onde acontece a apresentação de cada um, são dadas as boas-vindas, e o paciente é informado sobre as combinações básicas que viabilizam o convívio entre eles e com a equipe de

referência. Faz-se necessário escutar como este novo integrante do grupo está vivendo a entrada na COTE, o que significa e o que mobiliza. O acompanhamento próximo de alguém da equipe e de um paciente é estruturante e indispensável.

A postura da equipe é móvel. Na transferência, não ocupará o lugar de “adulto normal, modelo identificatório exemplar e nem se fará de funcionário de um dispositivo cuja responsabilidade seria devolvida ao Outro” (Rassial, 1999). É essencial que a equipe ou o analista “se deixem mobilizar pelo paciente no mais próximo disto que se refere ao seu ser, não podendo se poupar da invenção, isto é, de colocar em ato seu estilo como significante de sua relação com seu desejo de analista, ao mesmo tempo que deve evitar pretender fundar, como novo mestre, uma consistência enfim sólida do Outro”, como propõe Rassial a propósito da clínica com adolescentes (p. 198). É possível aproximar a clínica com toxicômanos da clínica com adolescentes pelo fato de que, em ambas, o trabalho é sobre o tempo, no qual se acompanha o luto do objeto para sempre perdido, concluindo, então, sobre a castração. E isto se dá em um clima de muita turbulência, entre atos desmedidos e com pouca simbolização.

A equipe acompanha de perto o paciente e trata de reconhecer em relação a cada um deles quais as condições necessárias para a relação transferencial, promovendo seu estabelecimento. Além disso, acompanha, no cotidiano, a maior parte das atividades internas (grupos, abordagens individuais, oficina de arte, atividades laborativas, entre outras) ou externas (esporte, visitas a galerias e museus, entre outros), procurando não aguçar o silêncio, sendo perspicaz e utilizando-se de pontuações e construções na maioria de suas intervenções, em vez da interpretação.

A construção tem um papel central nas “costuras” propostas por este dispositivo: evocar os fragmentos que foram perdidos, para reencontrá-los e reuni-los aos restos conservados, nos termos sugeridos por Freud em “Construções em análise”, de 1937. Quanto à pontuação, pode-se considerá-la como uma intervenção que privilegia a função de “corte”. O conceito formulado por Mannoni (1989) dá um valor preciso a esta intervenção: “A pontuação num texto associativo é o que o determina mesmo: só ele elimina uma forma de ambigüidade que não pode continuar, pois o paciente nela encontraria refúgio e todas as escapatórias diante da verdade. Enfim, ela torna o texto simplesmente legível e lhe retira o caráter oculto, obscuro, falsamente mágico e sagrado. Ela é a luz da razão analítica” (p. 137).

Para dar maior consistência ao dispositivo em questão, busco nas proposições de Lacan do tempo lógico as conseqüências clínicas para um enquadre no campo das toxicomanias.

A partir do sofisma apresentado por Lacan (1998), em seu texto “O tempo lógico e asserção de certeza antecipada”, de 1940-1944, no qual o diretor de um presídio apresenta um problema de lógica a três presidiários para decidir, de acordo com a solução do problema, quem iria libertar, é discutida a modulação do tempo no

movimento do sofisma, a saber: o instante de olhar, o tempo de compreender e o momento de concluir.

No mesmo texto, Lacan propõe “... captar na modulação do tempo a própria função pela qual cada um desses momentos, na passagem para o seguinte, é reabsorvido, subsistindo apenas o último que os absorve; é restabelecer a sucessão real deles e compreender verdadeiramente sua gênese no movimento lógico” (p. 204).

Os fenômenos apresentados na discussão do sofisma evidenciam-se em qualquer clínica. Podemos identificar nas relações entre os pacientes, a colocação de impasses que interferem e auxiliam nos tempos de uma trajetória que é singular de cada paciente. O que caracteriza este primeiro momento, denominado de o *instante de olhar*, é o fato de o toxicômano não se ver por ter perdido o brilho do olhar do Outro e conseqüentemente sua auto-imagem. O primeiro tempo equivale ao momento do paciente apresentar-se aos outros e à equipe; o empreendimento principal é sobre o olhar: o que captura e em que é capturado: “é preciso haver o instante de olhar”, diz Lacan (1998, p. 205).

Visão não é olhar. Ver é ver o mundo dos objetos, olhar é fixar a visão em um detalhe, num aspecto particular daquilo que estamos vendo (Nasio, 1995), tal como deter-se em olhar um quadro que nos chama a atenção.

O olhar, para Freud (1918[1914]), é um ato, portanto, agarra, e a satisfação desse ato um é objeto pulsional. O olhar é necessário, pois, a partir da especularidade, o paciente captura deste olhar algo que vai compondo sua própria imagem e como ela se situa na relação com os outros.

Nasio (1995) elabora a função do olhar enquanto causa, definindo-o pelos limites que o circundam, um buraco. É interessante pensar no que é sentir-se olhado e olhar. Para esse autor, “Se alguém me cativa com seu olhar, não é simplesmente por um olhar com uma certa expressão nos olhos, é por esse raio de luz que vai até o olho dele e vem dos dele para mim. (...) que alguém me olhe, implica que se marque esse tipo de brilho. (...) é preciso que essa luz se reflita como um ponto brilhante na superfície da córnea” (p. 53).

Cabe retomar o sofisma de Lacan (1998), quando ele diz que estes momentos são significantes pelo tempo de parada ou os tempos de possibilidade. O instante de olhar define o que se expressa assim “só então se sabe que se é...” (p. 204).

Esta reafirmação que o sujeito obtém a partir deste instante é o motor fundamental da relação que virá a se estabelecer. Então, faz-se necessário a reconstituição do olhar de um Outro que auxilie o paciente a organizar o seu olhar. Ao reconhecer sua imagem no olhar do Outro, vê-se autenticado pelos que reafirmam o que olham. Neste momento, pode-se compreender esse processo como uma retomada identificatória, isto é, a transformação produzida em um sujeito quando ele assume uma imagem. O que se opera no instante de olhar se sustenta através da

função de espelho, na qual a equipe e os colegas tentam refletir a imagem do paciente da forma mais nítida possível.

A partir dos efeitos do olhar se define um lugar no desejo do Outro – quando se afirma o lugar do paciente no desejo da equipe e com relação aos colegas de tratamento, permitindo dar alguma consistência a sua estada na COTE. Esta enunciação de desejo da equipe não é nada tranqüila, uma vez que sempre pode ser demais para um toxicômano que se vê perseguido por um Outro sugador. Justamente por isso não só se devolve uma imagem, mas faz-se um reforço narcísico sobre o qual o paciente possa reconhecer-se ao ser reconhecido. É sempre um problema oferecer demais e produzir um “engessamento” da imagem, reduzindo a plasticidade significativa que pode auxiliar na construção de uma versão singular viável para o paciente, designando-lhe um lugar positivo, de valor fálico.

Ocorre, no episódio toxicomaniaco, uma redução da pulsão ao que é da ordem da “necessidade”, por um esforço em localizar um objeto determinado no lugar da falta de objeto que caracteriza a pulsão. O que permitirá transformar a “necessidade” da droga em pulsão é o olhar do Outro, que se interpõe na relação entre o sujeito e a droga, ressitua-o no desejo do Outro.

A presença quase constante da equipe neste momento pretende responder à necessária constância e à reafirmação de uma referência; acolhe-se as demandas de abordagens que o paciente vem a formular, sem maiores questionamentos, caracterizando, por meio deste suporte, a continência necessária para que o paciente tolere o desconforto (físico e psíquico) que produz a falta da droga, muitas vezes, representada pela sensação de dor e, posteriormente, pela vivência de angústia.

A rotina tem uma função estruturante de defesa frente ao caos subjetivo. Sendo assim, a rotina de horários, atividades, funções, reflexões, é fundamental nesta clínica. Cabe, também, à própria equipe de referência, respeitá-la e fazê-la valer. O que ocorre é que os pacientes facilmente tomam esta rotina como um imperativo e passam a cobrar da equipe cada minuto de atraso nas atividades programadas, ocorrendo, então, uma inversão de demanda levando ao enfraquecimento da função da equipe. Ou seja, tomam-se as falhas no sentido do que falta, não oferecendo ao paciente um modelo perfeito de identificação. Portanto, à medida que a equipe falha, associa-se às faltas no campo do Outro, transformando-se em uma maneira de trabalhar a castração e as exigências de perfeição em que os próprios pacientes se colocam frente às expectativas do Outro, ao preço da própria vida.

O *tempo de compreender*, para o sofisma discutido por Lacan (1998), refere-se a um tempo de meditação sobre o que o sujeito é para o outro. A objetividade do tempo vacila em seu limite. “O tempo de compreender pode reduzir-se ao instante de olhar, mas esse olhar, em seu instante, pode incluir todo o tempo necessário para compreender” (p. 205). É quando se caracteriza o reconhecimento mútuo.

Não basta saber que se é alguma coisa, se pode ser Deus ou um dejetivo. Este tempo situa a importância do outro como tal, pelo fato de que um só se reconhece no outro e só descobre o atributo que é seu na equivalência do tempo próprio de ambos.

É o momento, diz Lacan (1998), em que

O [eu], sujeito da asserção conclusiva, isola-se por uma *cadência de tempo* lógico do outro, isto é, numa relação de reciprocidade. Esse movimento de gênese lógica do eu por uma decantação de seu tempo lógico próprio é bem paralelo a seu nascimento psicológico. Da mesma forma que, para efetivamente recordá-lo, o [eu] psicológico destaca-se de um transitivismo especular indeterminado, (...) o eu de que se trata aqui define-se pela subjetivação de uma concorrência com o outro na função do tempo lógico. (p. 208)

Como vemos, neste tempo, advém um eu claramente separado de um outro. Isto acontece como consequência das tentativas de cavar buraco na margem estreita, onde a demanda se desgarrar da “necessidade” para que seja reafirmada, uma vez que o paciente se sente amparado para poder reabrir a experiência da falta, após um certo tempo de tentativa de abster-se da droga, renunciando assim à ilusão de complementaridade.

36

Quando ocorre o retorno a um senso crítico com relação à droga, o que seria um sinal de que ela está se desalojando de sua posição ideal, resta, apenas, a droga como uma reivindicação denegada do paciente sempre insatisfeito. Ainda lhe falta concluir que sua insatisfação não se resolve com ou sem a droga, e sim é consequência do mal-estar na cultura (lembrando Freud (1930[1929]), em “Mal-estar na civilização”), porque os modos de gozo são parciais e marcados por uma insatisfação permanente.

A apresentação corriqueira “sou toxicômano, dependente de tal substância” é uma forma de aceitar ser designado pela sua forma de gozo; é aceitar uma forma de segregação; é uma nomeação, enquanto falta de um traço simbólico de identificação. Ocorrendo uma alienação a um significante produzido pelo social, ele responde através daquilo que supõe que queiram dele.

Se o toxicômano não tem identificação senão com a droga, e essa está no lugar de um objeto ideal, em contraposição resta-lhe a posição de lixo, refugio, objeto caído, objeto perdido. O trabalho será o de resgatar os significantes depositados na droga, restituindo-os ao sujeito na ordem de sua própria subjetividade (Petit, 1990).

A sustentação subjetiva é recolocada no domínio do próprio paciente com o fato de ir dando consistência a sua palavra, pelo relançamento dos dizeres ao seu autor, reconhecendo a autoria. As intervenções acontecem no sentido de viabilizar ao paciente que se autorize frente ao que diz, remetendo-o a suas próprias palavras e apontando para o que evidencia de indícios de desejo.

O efeito conclusivo viria do trabalho de construção, como já foi assinalado. A construção pode ser uma intervenção útil do psicanalista, quando o trauma não é mediado por uma fantasmática, mas justamente torna-se um modo de acesso privilegiado, real, de uma relação com o Outro, privado da dimensão imaginária.

O toxicômano apresenta um empobrecimento do fantasma,³ da dimensão imaginária, que o impede de estruturar uma defesa eficaz na relação com a demanda Materna. Por isto, estaria impedido de “jogar” com seu fantasma e isto só ocorreria se estivesse amparado pelos “Nomes-do-pai”.⁴ Portanto, torna-se essencial o mapeamento com o paciente dos significantes (marcas identificatórias) que podem identificá-lo e dos quais possa obter reconhecimento. O leque de interesses do paciente vai se abrindo: artísticos, culturais, profissionalizantes, participação em movimentos sociais, políticos, grupos de auto-ajuda, associações, entre outros.

Ainda no momento de compreender, caberia aqui antever o que ocorre se o “tóxico” se encontra a serviço de um trabalho de luto e/ou de melancolia, nos termos propostos por Freud (1917[1915]) em “Luto e melancolia”. Se, no processo de tratamento, o toxicômano consegue entrar no trabalho de luto do lugar vazio deixado pelo “tóxico”, contornará esse “buraco” com uma série de significantes, demonstrados na descoberta ou na recuperação de interesses, sejam eles: familiares, amorosos, profissionais, esportivos, comunitários, políticos, artísticos, culturais, entre outros.

De outra parte, se este luto pelo “tóxico” não se realiza, constata-se um processo melancólico que tem como maior consequência a inibição, com perdas na vida pulsional, levando a um empobrecimento extensivo a todo psiquismo. O processo melancólico que desencadeou uma dependência de drogas reaparece no momento de fazer o luto do “tóxico”. Neste sentido, o que pode ocorrer frente a esse vazio é que o toxicômano não subtrai sua libido do “tóxico” e não a desloca para outro objeto. Para Freud (1910[1909]), a libido é retraída ao eu e estabelece uma identificação com o objeto perdido. No caso das toxicomanias, essa identificação não se refere ao objeto originalmente perdido, mas ao “tóxico” que está no seu lugar.

3. O conceito de fantasma, para Lacan, refere-se à relação do sujeito com o objeto, causa inconsciente de seu desejo. É uma superfície que inclui diversas representações do eu, do outro imaginário, da mãe originária, do ideal do eu e do objeto (Chemama, 1995, p. 70-1).
4. “Nomes-do-Pai” é um conceito que remete ao produto da Metáfora Paterna. Essa última caracteriza-se por atribuir à função paterna o efeito simbólico de puro significante, barrando o desejo Materno. O recalando do significante fálico simboliza-o com uma palavra ou nome, significa que o sujeito assume seu desejo de acordo com a lei do pai, isto é, a castração simbólica e as leis da linguagem. Consiste na regulação do sujeito com seu desejo em relação ao jogo de significantes que animam e constituem sua lei.

Através do incentivo à fala, o paciente passa a verbalizar suas fissuras, seus medos, fragilidades, necessidades e sonhos, abrindo um espaço de reflexão entre o pensamento e a ação. O paciente está convidado a posicionar-se pela palavra, seja para solicitar saídas, seja para solicitar a passagem de uma fase a outra. Sua palavra passa a ter valor, pois será lembrada pela equipe e pelo grupo, assim como o que aparece de desejo na fala de cada um será reafirmado pela equipe ou colegas.

A sustentação deste tempo de compreender se dá ao privilegiar a palavra, pontuando atos falhos, reforçando o que o paciente diz desejar, auxiliando no estabelecimento de limites e no suporte aos projetos pessoais de cada um.

O *momento de concluir*, diz Lacan (1998), refere-se a concluir o tempo de compreender, pois, de outro modo, esse tempo perderia seu sentido. Neste ponto, o da asserção sobre si, o paciente atinge uma verdade que será submetida à prova da dúvida, mas que ele não poderia verificar se não a atingisse, primeiramente, na certeza.

Lacan situa que o valor lógico dessa asserção conclusiva “está relacionado com a originalidade lógica do sujeito da *asserção subjetiva* (...) nela, o sujeito lógico não é outro senão a forma *pessoal* do sujeito do conhecimento, aquele que só pode ser exprimido por [eu]” (p. 207).

Não é fácil para os toxicômanos assumirem sua fala em primeira pessoa e, especialmente, concluírem suas idéias e projetos. “Por medo de errar”, “por ter que renunciar definitivamente a alguma coisa”, agregam-se muito mais impedimentos nesta falta a concluir do toxicômano do que simplesmente uma compulsão à repetição. Há, sim, uma denegação da realidade.

Especialmente nas toxicomanias de suplência, o momento de concluir torna-se complicado porque, pela suspensão do tempo, não há intervalo que permita concluir sobre o anterior. Basta observar os escritos dos pacientes que, ao relatar seu cotidiano, dificilmente utilizam pontos, passando de um assunto a outro sem anunciá-los, denotando a impulsividade e a impossibilidade de concluir um tema para iniciar outro.

As toxicomanias se sustentam na não-admissão pelo sujeito de que a droga é um objeto interdito de um gozo total – como podemos conceber qualquer outro “objeto” psicanaliticamente falando – o que significa que o sujeito estará barrado de seu gozo, mesmo usando-a.

Há, também, algo que permanece desta experiência como inesquecível: é o desejo que foi recalcado, no lugar onde aparece a vontade pela droga e, posteriormente, a “necessidade” da mesma. O “tóxico”, que por algum tempo será confundido com a droga, será sempre lembrado como tendo sido uma “necessidade”, trazendo consigo o traço de ter cumprido uma função de interdição. Pela tentativa de transformar o “tóxico” em um objeto, (não do desejo, mas da “necessidade” ou da satisfação), para o toxicômano, a saída desta posição implicará a recusa deste suposto objeto. É então que Petit (1990) vai dizer: o toxicômano resiste a concluir.

O essencial, no final do tratamento, é o trabalho de conclusão de um luto. Somente quando o “tóxico” é deslocado da posição de suposto objeto ideal na relação com o sujeito é que fica um “buraco”. Este trabalho consistirá em fazer vir para o lugar do buraco escavado no real o conjunto do sistema significante. Seria, então, uma introjeção do objeto perdido, enquanto impossível. O toxicômano, ao tornar sua experiência com a droga algo verdadeiramente inesquecível, teria elaborado essa experiência que ficaria inscrita em sua história e incorporada em sua vida (Petit, 1990).

O momento de concluir, em um tratamento, ocorrerá quando a lei simbólica se tornar efetiva não só no aspecto da interdição dos objetos (entre eles, a droga), mas também quando der acesso ao reconhecimento do desejo.

Deparamo-nos, então, com o momento de verificar que transformação ocorreu entre aquele pedido inicial de “livrar-se” de um sintoma (uso de drogas), deslizando para um sintoma propriamente analítico, que permita produzir questões sobre o sujeito, sua história, posição familiar. Somente assim a droga pode ir tomando um estatuto de significante simbólico.

Faz-se necessário trabalhar, também, sobre o narcisismo, no nível das relações de objeto. À medida que o paciente se autoriza a sustentar sua fala, já que tem quem o escute sem necessariamente ocupar um lugar superegóico, violento, torna-se viável uma série de novos investimentos subjetivos, assim como arriscar-se em suas escolhas.

Intercalado às “costuras” citadas, os “cortes” permitem elaborar separações, individualizações, que dêem consistência à trajetória singular do paciente. As intervenções que cumprem a função de “corte” visam reabrir a experiência da falta. Os “cortes” se fazem não respondendo a todo o tipo de demanda, mas silenciando, confrontando, pontuando, interpretando a posição que o paciente resiste reconhecer, responsabilizando-o por suas palavras e atos, entre outras intervenções. O próprio enquadre terapêutico, com regras e combinações, e o acompanhamento da equipe de referência cumprem a função de “corte”.

Os pacientes que passaram por este tipo de tratamento freqüentemente referem a experiência do tratamento como algo que marcou por ter possibilitado o resgate de referências, e guardam na lembrança os momentos que foram significativos para elaboração da toxicomania.

O espaço terapêutico, sustentado por uma equipe de referência, servirá para que o paciente formule questões sobre o seu ser que exercite determinadas posições, tal como fala Rassial (1999) para a abordagem do adolescente: “... o ‘ser adulto’, o ‘ser no mundo’, e o ‘ser só’, e mesmo questione-se sobre o desejo de ‘prosseguir’, de ‘perseverar’ e de viver no mundo com alguma inteligência” (p. 199).

Portanto, o momento de concluir não obedeceria a critérios estritamente objetiváveis. Poderíamos transpor ao fim do tratamento institucional com toxicômanos

o que propõe Rassial (1999), referindo-se ao fim da análise de adolescentes, “deveria conduzir o paciente a aceitar uma certa solidão, aquela que no ser humano lhe permite autorizar-se por si mesmo em suas escolhas de vida e, por outro lado, a manter com os outros uma relação um pouco menos presa a ideais imaginários e à busca desvairada de um gozo impossível” (p.199).

A instituição deve definir um plano terapêutico individual, assim como tomar o cuidado de avaliar o processo de alta, tendo como parâmetro todo o desenvolvimento do programa através do que o próprio paciente produz, além de sua evolução no relacionamento com os colegas, com a equipe, com a instituição e com sua família. A proposta é que a escuta analítica perpassasse todos os momentos do tratamento, até a avaliação dos critérios subjetivos e singulares para alta, bem como o pós-alta. Não há ideais a serem alcançados, uma vez que a medida a ser buscada na intervenção terapêutica de “Corte & Costura” é sempre individual.

Imaginemos uma peça de tecido com rasgos, sobre o qual se realizará uma costura, visando unir os pedaços do pano para integrá-lo. Somente depois se poderá desenhar e recortar o tecido de acordo com um molde singular. A costura, na abordagem do toxicômano, se dá pela presentificação da equipe, na sustentação de um olhar de reconhecimento, de uma possibilidade de desejo e na reafirmação da palavra. Isto se faz necessário pelo fato de o toxicômano ter que lidar com uma imagem fragmentada perante o Outro, por conta da posição de entrega que viveu na relação com a droga, um Outro absoluto, como já foi referido em relação ao tipo de fantasma vampírico que tenta invadi-lo ou que lhe permite um acesso fácil ao corpo do Outro. Portanto, é fundamental reconstruir uma imagem própria e, posteriormente, recuperar a palavra que faz mediação com o Outro.

No sentido de sistematizar o dispositivo exposto, considera-se pertinente fazer a leitura de cada passo, estabelecendo paralelos entre as operações metafóricas do “Corte & Costura” e as funções que as mesmas desempenham. Assim, *tirar as medidas* é reconhecer em cada paciente suas peculiaridades subjetivas; *alinhar o molde* é traçar sobre o tecido, dependendo de suas condições e de medidas singulares; *experimentar a roupa* é verificar as hipóteses de trabalho, aproximando-nos o mais possível da realidade subjetiva de cada paciente; *fazer cortes, acabamentos e as apostas* é intervir com limites respaldados pela escuta, oferecendo a recolocação em palavras das vivências desordenadas do mundo psíquico e investindo em novas versões subjetivas, sem “engessamentos” ou fechamento de sentido para o sintoma.

Sobre o trabalho terapêutico sustentado na transferência, encontro ressonância na prosa poética de Edith Derdyk (1997), artista plástica, que diz o seguinte: “Costurar supõe a condição de furar o material para logo depois juntar. De um tecido contínuo qualquer, de qualquer matéria maleável e flexível, passível de ser transpassada, será preciso furar, cutucar, romper, cortar para ligar este mesmo material numa outra configuração. Romper as malhas das tramas, das fibras encadeadas, das linhas

sobrepostas, uma a uma, num determinado ritmo e velocidade para novamente religá-las, numa outra sucessão” (p. 36).

Este texto é ilustrativo do alcance do trabalho terapêutico com toxicômanos, ou seja, que é de servir de ponte para que o paciente, ao efetivar um luto do objeto para sempre perdido, construa, modifique, transforme uma versão “viciada” e cristalizada de sua vida em direção a algo novo, para que a posição narrativa do sujeito se engaje em uma nova versão da história na qual está inserido. Como dizia Freud (1917[1915]) em “Luto e melancolia”, após o luto, o sujeito não volta a ser como antes, pois o luto trata de um ato criativo e não apenas de uma substituição. É pela re-configuração dos sintomas e não pela substituição de produtos que um estatuto subjetivo se precipita, como ato criativo, para aquele que um dia somente vislumbrava a possibilidade de ser um ex-toxicômano.

Não podemos deixar de constatar que é enriquecedor buscar os mais diversificados recursos (esporte, cultura, arte, teatro, dança, música, profissionalização) para compor um dispositivo de tratamento singular que cria tentáculos que se estendem para além do consultório ou da instituição e permitem a redescoberta de alguns significantes que recompõem “Nomes-do-Pai”.

Estas indicações podem servir para a formulação de dispositivos de tratamento referenciados na psicanálise que sejam viáveis de serem utilizados em enquadres diversificados (consultório, clínicas, centros de atenção psicossocial, comunidades terapêuticas, hospitais, entre outros), respeitando os objetivos, as necessidades, as possibilidades de cada paciente e os alcances terapêuticos de cada modalidade.

É fundamental que se utilize a inventividade e a criatividade, despojadas dos estereótipos que revestem os toxicômanos, para engajá-los em uma ética, ultrapassando os limites do que até agora já se fez.

Posso concluir que, no campo das toxicomanias, associar dois recursos, a análise individual e o tratamento institucional, norteados pela psicanálise delinea-se uma conjunção de fatores propícios para produzirem efeitos de deslizamento de uma relação dual do indivíduo com sua droga para uma relação onde haja espaço para uma alteridade, fundamental nesta clínica. Permite-nos, também, avanços teóricos mostrando-se não somente necessária a associação proposta, mas extremamente fecunda e potencializadora de intervenções analíticas e éticas.

Referências

- DERDYK, Edith. *Linha de costura*. São Paulo: Iluminuras, 1997.
FREUD, Sigmund (1910[1909]). Cinco lições de psicanálise. In: *E.S.B.* Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 11.

- ____ (1914). A história do movimento psicanalítico. In: *E.S.B.*, op. cit. v. 14.
- ____ (1917[1915]). Luto e melancolia. In: *E.S.B.*, op. cit. v. 14.
- ____ (1918[1914]). História de uma neurose infantil. In: *E.S.B.*, op. cit. v. 17.
- ____ (1927). O futuro de uma ilusão. In: *E.S.B.*, op. cit. v. 21.
- ____ (1930[1929]). O mal-estar na civilização. In: *E.S.B.*, op. cit. v. 21.
- ____ (1937). Construções em análise. In: *E.S.B.*, op. cit. v. 23.
- ____ (1938). Moisés e o monoteísmo. In: *E.S.B.*, op. cit. v. 23.
- KEHL, Maria Rita. *A função fraterna*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2000.
- LACAN, Jacques. (1958). *O seminário. Livro 5. As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- ____ (1966). *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- LE POULICHET, Sylvie. *Toxicomanías y psicoanálisis – Las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu, 1990.
- MANNONI, Maud. *Um saber que não se sabe*. São Paulo: Papirus, 1989.
- NASIO, Juan-David. *O olhar em psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.
- PETTIT, Patrick. Função paterna e toxicomania. In: OLIVENSTEIN, C. (org.). *A clínica do toxicômano*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- RASSIAL, Jean-Jacques. *O adolescente e o psicanalista*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

Resumos

Este artículo aborda el tema de la clínica institucional con toxicómanos, teniendo como base la orientación psicoanalítica. Presenta un dispositivo de lectura e intervención utilizado en el proceso de tratamiento que respeta un tiempo subjetivo y lógico, tornando posible las condiciones para un sujeto desear. Es señalada la potencialidad de este recurso, ya sea en el abordaje individual o en el institucional, tornando evidente su alcance terapéutico y sugiere la posibilidad de asociar ambos abordajes. Los cuadros toxicomaniacos fueron considerados como “operaciones de farmakon” y no como estructuras clínicas, ayudando de ese modo a aclarar la situación psicopatológica del paciente y a intervenir clínicamente en las toxicomanías graves y en las menos graves.

Palabras clave: Toxicomanías, psicoanálisis, clínica institucional, síntoma social, drogas

Cet article aborde le thème de la clinique institutionnelle auprès des toxicomanes, ayant comme référence l’orientation psychanalytique, afin de démontrer le potentiel de ce recours et de cette référence auprès de ces patients, en termes de rachat subjectif et de citoyenneté. On présente ici un dispositif de lecture et d’intervention employé dans le processus du traitement, de telle manière qu’il respecte un temps subjectif et logique,

rendant viables les conditions pour qu'un sujet puisse exercer son désir. Les cadres toxicomaniaques sont considérés comme étant des "opérations de pharmakon" et non des structures cliniques, aidant à éclairer la situation psychopathologique du patient et à intervenir cliniquement dans les toxicomanies graves et celles moins graves.

Mots clés: Toxicomanies, psychanalyse, clinique institutionnelle, symptôme social, drogues

This article discusses an approach to the institutional clinic for drug addicts, based on psychoanalytically oriented therapy, to demonstrate the potential results for patients treated under this system. This approach seeks to rehabilitate drug users as individual subjects and citizens. The treatment uses a strategy and an intervention which respect subjective and logical time, leading the subject to desire treatment. Drug use is considered a "farmakon operation," rather than a clinic structure, an approach which helps professionals clarify the patient's pathological situation and intervene clinically in both severe and light drug addictions.

Key words: Drug addiction, psychoanalysis, institutional clinic, social symptom, drugs