**O LUGAR DO SINTOMA NA ADICÇÃO SOB A PERSPECTIVA DA PSICANÁLISE:
UM OLHAR DIRIGIDO AOS ADICTOS^I**

***THE PLACE OF THE SYMPTOM IN ADDICTION FROM THE PERSPECTIVE OF
PSYCHOANALYSIS: A LOOK DIRECTED TO ADDICTS***

Estevão Limas Tomaz^{II}

Adriana de Oliveira Limas Cardozo^{III}

Resumo: O presente trabalho tem como objetivo analisar um Relato de Caso, elaborado pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD Professor Luiz Cerqueira, em Recife, sob a percepção da psicanálise, mais especificamente, em consonância com a teoria da compulsão à repetição, o olhar para o lugar que a adicção ocupa como sintoma psíquico em um portador de dependência química. Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa. Quanto aos procedimentos de coleta de dados, classifica-se como bibliográfica. Como problema, é proposto uma articulação entre a base teórica psicanalítica que fundamentou esta pesquisa com um Relato de Caso realizado pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD Professor Luiz Cerqueira, da cidade de Recife. Foi utilizado, por conseguinte, conceitos gerais da teoria psicanalítica, em aplicação prática no manejo da adicção. Por meio da análise do material selecionado e articulação com o Relato de Caso, foi possível fazer uma relação da teoria psicanalítica, principalmente em Freud, o adicto e seu sintoma psíquico. Foi possível estabelecer um novo lugar a ser ocupado pelo sujeito adicto. Lugar que alivia os sintomas de angústias, levando-o à Compulsividade, dando-lhe um início de novo caminhar.

Palavras-chave: Dependência química sob o enfoque da Psicanálise. Compulsão à Repetição. Adicção e Sintoma.

Abstract: This paper aims to analyze a Case Report, prepared by the Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs - CAPS AD Professor Luiz Cerqueira, in Recife, from the perspective of psychoanalysis, more specifically, in line with the theory of repetition compulsion, looking at the place that addiction occupies as a psychic symptom in a person with chemical dependency. This is an exploratory research with a qualitative approach. As for the data collection procedures, it is classified as bibliographic. As a problem, it is proposed a link between the psychoanalytic theoretical basis that founded this research with a Case Report carried out by the Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs – CAPS AD Professor Luiz Cerqueira, of the city of Recife. Therefore, general concepts of psychoanalytic theory were used, in practical application in the management of addiction. Through the analysis of the selected material and articulation with the Case Report, it was possible to make a relation of the psychoanalytic theory, mainly in Freud, the addict and his psychic symptom. It was possible to

^I Artigo apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso na graduação em Psicologia, como requisito parcial para obtenção do título de Psicólogo pela Universidade do Sul de Santa Catarina, 2021.

^{II} Acadêmico do curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – Unisul. E-mail: estevaolimas.tomaz@gmail.com.

^{III} Doutora em Ciências da Linguagem, pela UNISUL. Professora Titular na Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL.

establish a new place to be occupied by the addicted subject. A place that alleviates the symptoms of anguish, taking you to Compulsivity, giving you a new beginning to walk.

Keywords: Chemical Dependency from the perspective of Psychoanalysis. Repetition Compulsion. Addiction and Symptom.

1 INTRODUÇÃO

O uso de drogas está presente na humanidade desde os mais remotos tempos da história. Em todas as civilizações, há informações sobre substâncias psicoativas que eram usadas de modo recreativo. Avançando na linha cronológica do tempo, vê-se que o uso recreativo de tais substâncias não tem diminuído, ao contrário, tanto o comércio como o consumo têm aumentado em todo mundo, apesar de toda repressão e conscientização por parte de instituições governamentais e não-governamentais. O uso abusivo de drogas, dessa maneira, tem-se tornado um problema de saúde pública.

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) realizou, entre maio e outubro de 2015, uma pesquisa que consistiu na entrevista de 16.273 brasileiros (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2017, p. 3), sendo que: “[...] no total das capitais brasileiras, a prevalência de usuários de 12 a 65 anos de maconha, de usuários de substâncias ilícitas (exceto maconha) e de usuários de crack e/ou similares é de 3,1%, 1,9% e 1,1% da população, respectivamente”. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2017, p. 208).

À vista disso, nesta pesquisa, parte-se como fundamento da análise teorias psicanalíticas, em relação ao paciente usuário de drogas. Nesse sentido, procura-se relacioná-lo com o seu objeto de desejo, a droga, mediante a teoria da compulsão à repetição. Cumpre destacar que a compulsão à repetição trata-se de uma busca por atender as necessidades dos conteúdos instintivos, barrados pela repressão e que, em um primeiro momento, causaria ao ego desprazer, já que traria conteúdos que, por não serem suportados, foram banidos da consciência. Se pensar no princípio do prazer, ou melhor, a evitação do desprazer pela tomada de consciência de conteúdos reprimidos, tem-se, aqui, um paradoxo. No entanto, essa aparente contradição justifica-se pelo fato de que a satisfação instintual causa mais prazer do que desprazer. (FREUD, 2006).

Sobre a resistência:

[...] do ego consciente e inconsciente funciona sob a influência do princípio de prazer; ela busca evitar o desprazer que seria produzido pela liberação do reprimido. Nossos esforços, por outro lado, dirigem-se no sentido de conseguir a tolerância desse desprazer por um apelo ao princípio de realidade. Mas, como se acha a compulsão à

repetição – a manifestação do poder do reprimido – relacionada com o princípio de prazer? É claro que a maior parte do que é reexperimentado sob a compulsão à repetição, deve causar desprazer ao ego, pois traz à luz as atividades dos impulsos instintuais reprimidos. Isso, no entanto, constitui desprazer de uma espécie que já consideramos e que não contradiz o princípio de prazer: desprazer para um dos sistemas e, simultaneamente, satisfação para outro. (FREUD, 2006, p. 12-13).

Dessa maneira, esse paciente se utilizará desse mecanismo da compulsão à repetição para satisfação dos seus instintos mais primitivos, posto que eles lhe proporcionam prazer por meio do uso de seu objeto de desejo. Por conseguinte, percebe-se, nesse paciente, a necessidade da repetição, quase que de forma ritualística, de voltar a usar a droga, para que obtenha esse gozo e isso, sucessivamente, por tempo indefinido e em um ciclo sem fim.

Neste trabalho, portanto, buscou-se lançar um olhar sobre esse paciente, olhar que vai além de apenas observar e descrever o comportamento do uso abusivo das drogas. Viu-se, com base na psicanálise, esse paciente de forma completa, em seu aspecto psicossocial, ou seja, não negligenciando nenhuma dessas dimensões, em razão de que ambas integram o *Ser* e interagem uma com a outra. Para tanto, nesta pesquisa procurou-se identificar, por meio da perspectiva psicanalítica, o lugar que a adição ocupa como sintoma psíquico, nos sujeitos dependentes químicos, utilizando-se para isso a análise de um estudo de caso, realizado pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS AD Professor Luiz Cerqueira, da cidade de Recife. Foram consideradas para a análise as relações que se estabelecem entre o sujeito e a compulsividade, no uso abusivo de drogas.

Discussões a respeito deste tema facilitam a formação de elementos que contribuirão com futuras investigações dentro da abordagem da psicanálise, por meio de estudos acerca de posicionamentos clínicos.

Em relação à metodologia, este trabalho classifica-se como uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa. No que concerne aos procedimentos de coleta de dados, trata-se de uma pesquisa bibliográfica.

Nas seções seguintes discorre-se sobre: a) considerações gerais sobre a Psicanálise; a Psicanálise em seu contexto histórico e cultural; teorias e clínicas; teoria do trauma; teoria topográfica; teoria estrutural; conceituações sobre narcisismo; dissociação do ego; compulsão à repetição; psicopatologias; neuroses; conceituação clínica; dependência química na perspectiva psicanalítica; interação do sujeito e objeto de desejo – a droga; a prática da clínica psicanalítica na dependência química; da compulsão à repetição; b) análise do relato de caso; e c) considerações finais.

2 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A PSICANÁLISE

2.1 A PSICANÁLISE EM SEU CONTEXTO HISTÓRICO E CULTURAL

A psicanálise teve como fundador Sigmund Freud que, a partir de um tratamento dirigido aos pacientes, com base no método da Associação livre, permite-lhes manifestar conflitos e emoções que afetam o psiquismo. Pode-se afirmar que a psicanálise é um método de investigação que busca o significado inconsciente de palavras, gestos, sonhos etc., contudo, ela “[...] não progride à maneira dos avanços científicos e sociais”. (NASIO, 1995, p. 13).

Nasio (1995, p. 13) diz que a psicanálise se ocupa de:

[...] coisas simples, que são também imensamente complexas. Ocupa-se do amor e do ódio, do desejo e da lei, dos sofrimentos e do prazer, de nossos atos de fala, nossos sonhos e nossas fantasias. A psicanálise ocupa-se das coisas simples e complexas, mas eternamente atuais. Ocupa-se delas não apenas por meio de um pensamento abstrato, de uma teoria [...], mas através da experiência humana de uma relação concreta entre dois parceiros, analista e analisando, mutuamente expostos à incidência de um no outro.

A história da assistência aos transtornos mentais e emocionais pode ser dividida em três períodos: pré-história, pródromos científicos e psicanálise como método de trabalho. (ZIMERMAN, 2007).

Inicialmente, as doenças mentais eram tratadas por meio de trepanações cranianas. O tratamento aplicado aos doentes mentais na Idade Média era desumano, eis que eram degradados, encarcerados em hospícios, cubículos infectos e imundos, punidos com crueldade e até a morte, muitos eram recolhidos a prisões e masmorras, convivendo com assassinos e marginais. A mentalidade da época era voltada para magia e demonologia, sendo comum a prática de exorcismo, benzeduras, o uso de poções mágicas e do curandeirismo, que eram realizados por “[...] bruxos, xamãs, sacerdotes e faraós”. (ZIMERMAN, 2007, p. 21).

Com base nos ideais libertários da Revolução Francesa, em meados de 1789, Pinel e seu discípulo Esquirol realizaram a reforma hospitalar, conhecida como *tratamento moral*, baseado no respeito à dignidade do doente mental, na humanização e “[...] reconstrução do sentimento de identidade, principalmente pelo trabalho laborativo”, abandonando as contenções físicas, cadeados e saneando a imundice das celas. (ZIMERMAN, 2007, p. 22).

Freud apresenta um relatório ao Colégio de Professores da Faculdade de Medicina de Viena, mas recebido com incredulidade. Pode ser observado nesse documento o fascínio que os estudos de Charcot exercera sobre ele. (NISHIKAWA; FIORE; HARDT, 2017).

Ainda, constando nesse relatório, “[...] a delimitação nosológica do quadro de histeria abriu espaço para superar a visão preconceituosa que vinculava a histeria ao aparelho genital feminino e apontou para um quadro multiforme que continha uma ordem própria e definida”. (FREUD, 1893-1895, *apud* NISHIKAWA; FIORE; HARDT, 2017, p. 275).

Essa rejeição aos estudos demonstrados por Freud aos professores da faculdade, foi justamente porque, nos idos de 1895, a medicina era assentada em bases biológicas e pouco interessada na psicologia, que então era entregue aos filósofos e a psiquiatria era um ramo da neurologia dando origem à especialidade da neuropsiquiatria. Contemporaneamente, a hipnose já vinha sendo utilizada. Em 1882, o neurologista J. Breuer, relatou para Freud que utilizava no tratamento de sua paciente histérica o método de base hipnótica (catarse) e que, durante o transe, ela lembrava de uma série de “[...] ocorrências traumáticas ocorridas num passado remoto, obtendo assim um grande alívio sintomático”. A partir de então, Freud passou a aprender com Charcot a ciência do hipnotismo, que permitia que mesmo em “estado consciente”, as pessoas executassem “ordens absurdas” provenientes dos “[...] mandamentos neles implantados durante o transe hipnótico”. (ZIMERMAN, 2007, p. 22).

Freud aplicou o método do hipnotismo em suas pacientes histéricas, considerando que “[...] a neurose provinha de traumas sexuais que teriam realmente acontecido na infância por sedução de homens mais velhos, mais precisamente os próprios pais”. (ZIMERMAN, 2007, p. 23). Logo Freud percebeu que não era um bom hipnotizador, resolvendo adotar, no tratamento de suas pacientes histéricas, a técnica da livre associação de ideais por meio de método coercitivo, que consistia em convidar as pacientes a deitarem-se no divã e, concomitante, por meio de insistentes estímulos e pressão com os seus dedos na fronte delas, “[...] obrigava-as a associarem ‘livremente’ como uma tentativa de recordarem o trauma que realmente teria acontecido, mas que estaria esquecido, devido à repressão. (ZIMERMAN, 2007, p. 23).

Zimerman (2007, p. 23) aduz que Freud chega à conclusão de que as barreiras contra o recordar e associar “[...] provinham de forças mais profundas, inconscientes, funcionando como resistências involuntárias”, fato que resultou em ruptura epistemológica, pois Freud começou a pensar que essas resistências correspondiam a repressões daquilo que estava proibido de ser lembrado, não só dos traumas sexuais realmente acontecidos, mas também das fantasias reprimidas.

Depreende-se, então, que o conflito psíquico é o resultado do embate entre as forças instintivas e as repressoras, já os sintomas caracterizam a representação simbólica desse conflito inconsciente. Essa concepção faz surgir a “[...] psicanálise como uma nova ciência, com referências teórico-técnicos próprios, específicos e consistentes”. (ZIMERMAN, 2007, p. 23).

É com as históricas que nasce a psicanálise e todo o arcabouço teórico: “[...] a formulação de um aparelho psíquico, regido não mais pela consciência, mas sim pelo inconsciente, formado por meio de uma ação psíquica, o recalçamento, mecanismo de defesa básico da histeria”. (NISHIKAWA; FIORE; HARDT, 2017, p. 275).

Surge, em virtude disso, no cenário mundial, no final do século XIX e início do século XX, a “[...] teoria psicanalista. Com caráter polêmico e apresentando a convergência de diversas ideias europeias dos séculos XVIII, XIX e XX, a psicanálise caminha como um pensamento para além do seu tempo”. (FIGUEIREDO; GERMANO, 2017, p. 7).

Para Zimerman (2007, p. 23), a evolução histórica da psicanálise pode ser dividida em cinco estágios, baseados, exclusivamente, nas contribuições de Freud, quais sejam: “[...] teoria do trauma, teoria topográfica, teoria estrutural, conceituações sobre narcisismo e dissociação do ego”, descritas a seguir.

2.2 TEORIAS E CLÍNICA

Teorias são conjuntos de conhecimentos sistematizados que se fundamentam em observações empíricas e estudos racionais, possibilitando a classificação, interpretação, ordenação dos fatos e das realidades. (TEORIA, 2015). As principais teorias desenvolvidas por Freud são descritas, a seguir.

2.2.1 Teoria do trauma

Freud (*apud* ZIMERMAN, 2007), ao explicar a histeria, afirma ser ela o resultado do impedimento da energia sexual expandir-se através de sua saída natural, fluindo para outros órgãos e ficando restringida ou contida em determinados pontos, gerando vários sintomas.

Concluindo que:

[...] as neuroses, como a histeria, a neurose obsessiva, a neurastenia e a neurose de angústia (fobia), teriam sua causa imediata no aspecto “econômico” da energia psíquica, ou seja, num represamento quantitativo da libido sexual. Na neurastenia e na neurose de angústia, somente o represamento da libido sexual é o que estaria em jogo, enquanto nas demais neuroses traumáticas outros acontecimentos da vida passada também seriam fatores causadores dos transtornos neuróticos. (FREUD, *apud* ZIMERMAN, 2007, p. 23).

Partindo desse raciocínio, Freud postulou que os “[...] neuróticos sofrem de reminiscências e a cura consistiria em lembrar o que estava esquecido”. (*apud* ZIMERMAN,

2007, p. 23). Pode-se afirmar que, em certos casos, “[...] esta fórmula persiste na psicanálise atual como plenamente válida, porquanto é bem sabido que ‘a melhor forma de esquecer é lembrar’ ou, dizendo de outra forma, ‘o sujeito não consegue esquecer daquilo que ele não consegue lembrar’”. (ZIMERMAN, 2007, p. 23-24).

Em conformidade com Zimerman (2007, p. 240, o relembrar objetivava unicamente uma ab-reação, uma catarse por meio da narrativa dos fatos traumáticos e os respectivos sentimentos contidos nas lembranças. Hoje, os analistas “[...] objetivam uma ressignificação dos significados atribuídos aos traumas que o paciente está rememorando na situação psicanalítica”.

O desfazer das repressões introduziu na teoria e na técnica psicanalítica dois elementos essenciais: “a descoberta das resistências inconscientes e o uso das interpretações por parte do psicanalista”. (ZIMERMAN, 2007, p. 24).

2.2.2 Teoria topográfica

Aparelho psíquico foi o nome dado por Freud para definir instâncias psíquicas ou organização psíquica, dividida em sistemas, com funções específicas, interligadas entre si e ocupando determinado local na mente. A partir de então, Freud formulou a primeira tópica, chamada de Teoria Topográfica e posteriormente a segunda tópica chamada de Teoria Estrutural ou Dinâmica. (*apud* LIMA, 2010, p. 4).

Os três sistemas: o inconsciente, o pré-consciente e o consciente, formam o aparelho psíquico da primeira tópica. Para Freud (1987, *apud* LIMA, 2010, p. 5), “[...] o consciente é somente uma pequena parte da mente, incluindo tudo aquilo de que estamos cientes num dado momento”. Em relação ao pré-consciente, Freud concebeu “[...] como articulação ao consciente e funciona como uma espécie de barreira que seleciona aquilo que pode ou não pode passar para o consciente. (1987, *apud* LIMA, 2010, p. 5).

Pode-se dizer que o pré-consciente

[...] seria uma parte do inconsciente que pode se tornar consciente com relativa facilidade ou seja, seus conteúdos são acessíveis, podendo ser evocados e trazidos à consciência. O sistema inconsciente designa a parte mais arcaica do aparelho psíquico [...]. No inconsciente estariam os elementos instintivos não acessíveis à consciência. Além disso, há também o material que foi excluído da consciência pelos processos psíquicos de censura e repressão. (1987, *apud* LIMA, 2010, p. 5).

Para Freud (1987, *apud* LIMA, 2010, p. 5), “[...] a maior parte do aparelho psíquico é inconsciente e ali se encontram os principais determinantes da personalidade, as fontes da energia psíquica e as pulsões ou instintos”.

Torna-se relevante o que se deve entender por pulsão, em consonância com Freud (1987, *apud* LIMA, 2010, p. 5), “[...] consistiria numa espécie de energia psíquica que tende a levar o indivíduo à ação, para aliviar a tensão resultante do acúmulo de energia pulsional”. Ele descreveu duas forças pulsionais opostas: a sexual (mantenedoras da vida) e a agressiva ou destrutiva (incitadoras da morte).

2.2.3 Teoria estrutural

Insatisfeito com essa teoria, em razão da falta de explicação para certos fenômenos psíquicos, Freud criou a segunda tópica, chamada de Teoria Estrutural ou Dinâmica, constituída pelas instâncias psíquicas: Id (com as respectivas pulsões), Ego (com seu conjunto de funções e de representações) e Superego (com ameaças, castigos etc.), as quais interagem “permanentemente e se influenciam reciprocamente”, resultado no paradigma técnico da psicanálise: “onde houver id (e superego), o ego deve estar”. (*apud* ZIMERMAN, 2007, p. 24).

A instância psíquica id é regida pelo “princípio do prazer” que busca, além da satisfação imediata dos impulsos instintivos, o prazer. Isso posto, todo comportamento que produz uma resposta emocional positiva é reforçado.

Freud considerava o id como “[...] reserva inconsciente dos desejos e impulsos de origem genética, voltados para a preservação e propagação da vida”. No id, contém “[...] tudo o que é herdado, que se acha presente no nascimento, acima de tudo os elementos instintivos que se originam da organização somática”. Ainda, para Freud, o id “[...] é a fonte e o reservatório de toda a energia psíquica do indivíduo que anima a operação dos outros dois sistemas (ego e superego)”. (*apud* LIMA, 2010, p. 5).

De acordo com Freud (*apud* LIMA, 2010, p. 6) o ego:

É regido pelo princípio da realidade, que é o fator que se incumbe do ajustamento ao ambiente e da solução dos conflitos entre o organismo e a realidade. O ego lida com a estimulação que vem tanto da própria mente como do mundo exterior. Desempenha a função de obter controle sobre as exigências das pulsões, decidindo se elas devem ou não ser satisfeitas, adiando essa satisfação para ocasiões e circunstâncias mais favoráveis ou reprimindo parcial ou inteiramente as excitações pulsionais. Assim, o ego atua como mediador entre o id e o mundo exterior, tendo que lidar também com o superego, com as memórias de todo tipo e com as necessidades físicas do corpo. Como o ego opera de acordo com o

princípio da realidade, seu tipo de pensamento é verbal e se caracteriza pela lógica e pela objetividade (LIMA, 2010, p. 6).

Já em relação ao superego, Freud (*apud* LIMA, 2010, p. 6-7) assevera que ele

[...] atua como um juiz, como um censor moral. Inicialmente, o superego é representado principalmente pela autoridade parental que dá ritmo à evolução infantil, alternando as provas de amor com as punições, geradoras de angústia. Posteriormente, o superego passa a incluir também a internalização das regras, proibições e punições provenientes da sociedade.

2.2.4 Conceituações sobre narcisismo

Narcisismo significa libido investida no ego, amor ao ego. No ano de 1910, Freud “[...] introduziu o termo narcisismo no discurso psicanalítico para se referir à escolha sexual dos invertidos, como eram chamados os homossexuais da época”. Postula, inicialmente, que o “[...] narcisismo é um estágio comum no desenvolvimento sexual humano”. Já em 1914, ele “[...] articula o conceito psicanalítico do narcisismo na esteira do desenvolvimento infantil e dos investimentos libidinais”. (FREUD, *apud* ARAÚJO, 2010, n.p.).

No dizer de Freud ([1914] 1974a), “[...] os investimentos libidinais podem ser direcionados ao próprio ego ou aos objetos. Quando a libido é investida no ego, diz-se libido do ego ou libido narcísica. Quando é investida nos objetos, diz-se libido do objeto”.

O narcisismo, para Freud (1974a), é o “[...] elemento constitutivo do amor-próprio e da autoestima e, portanto, destinado à autopreservação do sujeito e formação dos laços sociais”. Araújo (2010, n.p.) afirma que “[...] ser narcisista significa estar no outro extremo do ideal cristão de amor ao próximo, do desprendimento e da humildade, em favor do amor a si mesmo. Daí porque o narcisismo gera tanta repulsa”.

2.2.5 Dissociação do ego

Freud (*apud* ZIMERMAN, 2010, p. 24) percebeu, durante o transe hipnótico, induzido por Charcot, nas pacientes histéricas, uma dissociação da mente. Isso fez com que ele se aprofundasse as pesquisas, concluindo que essa clivagem da mente “[...] em regiões conscientes e inconscientes não era específica e restrita às psicoses e neuroses, mas ela ocorria em todos os indivíduos”. Em seus primeiros trabalhos com pacientes histéricas, Freud já falava em “[...] uma cisão interssistêmica da qual resultam núcleos psíquicos independentes”. Posteriormente,

estudou a cisão ativa “[...] intrassistêmica, que ocorre no próprio seio do ego e não unicamente entre as instâncias psíquicas”. (*apud* ZIMERMAN, 2010, p. 24).

2.2.6 Compulsão à repetição

A falta de explicação sobre os fenômenos psíquicos repetitivos de natureza não-prazerosa, os quais Freud observava frequentemente nos casos de “[...] sonhos angustiosos, nos atos-sintomas masoquistas, nas neuroses traumáticas, principalmente nessas últimas com o volumoso surgimento das ‘neuroses de guerra’, como também observava, nas brincadeiras e jogos das crianças, levou-o a constatar que a compulsão repetitiva era procedente de “[...] uma intensa força provinda do interior do indivíduo e que se encontrava além do princípio do prazer”, resultando na existência de uma “pulsão de morte”, que se repete de forma “[...] compulsória como uma forma primacial de fazer o organismo vivo voltar ao estado inorgânico anterior”. (*apud* ZIMERMAN, 2010, p. 79).

2.3 PSICOPATOLOGIAS

2.3.1 Neuroses

Inicialmente, Freud dividiu os transtornos emocionais em três categorias psicopatológicas: a) neuroses atuais; b) neuroses transferenciais ou psiconeuroses de defesa (histerias, fobias e obsessivas); e c) neuroses narcisistas. Sendo que, somente as neuroses transferenciais poderiam ser tratadas pelo método psicanalítico, já que a transferência é matéria prima da psicanálise. Hoje, as síndromes da psicopatologia “aparecem nas modernas classificações diagnósticas, como o DSM ou o CID”.

Zimerman afirma que:

[...] estruturas caracterológicas, os sintomas, as inibições e os estereótipos que configuram as diversas síndromes psicopatológicas resultam de um jogo dialético entre as relações objetais, as ansiedades e, para contra-arrestá-las, os tipos de mecanismos que são utilizados pelo ego. (ZIMERMAN, 2010, p. 197).

Em uma análise psicanalítica, segundo Zimerman (2010), é possível identificar 5 tipos de estruturas neuróticas: **1) angústia**: consiste em um transtorno clínico que se manifesta por meio de uma angústia livre, de forma permanente ou em momentos de crise; **2) fobia**: complexa e diversificada combinação de pulsões, fantasias, angústias, defesas do ego e identificações

patógenas podem determinar na personalidade do sujeito uma estruturação de natureza fóbica; **3) obsessivo-compulsivo:** relativo à forma e ao grau como organizam-se os mecanismos defensivos do ego, diante das fortes ansiedades subjacentes; **4) depressão:**

[...] existem muitas variações de forma e grau de depressões, seus portadores geralmente apresentam baixa estima, sentimento de culpa sem causa definida, exacerbada intolerância a perdas e frustrações, alto nível de exigência consigo próprio, extrema submissão ao julgamento dos outros, sentimento de perda do amor e permanente estado de que há algum desejo inalcançável (ZIMERMAN, 2010, p. 217).

5) histeria: é o campo mais amplo da psicanálise e, por estar incluída dentre as neuroses transferenciais, descreve-se a seguir.

Esse termo é proveniente do preconceito que vincula as neuroses às doenças do aparelho sexual feminino, teve origem nos primórdios da medicina. Na Idade Média, as neuroses surgiram em forma de epidemias, por contágio psíquico. Até a publicação dos estudos de Charcot e da escola do Salpêtrière, a histeria era atrelada à possessão e feitiçaria, considerada a *bête noire* (fera negra) da medicina, com relatos de que os pobres acometidos de histeria eram lançados a fogueira e exorcizados. Após essa época, apesar dos avanços científicos, ainda continuavam expostos à maldição do ridículo, considerados indignos de observação clínica, como se fosse simulação e exagero. A histeria é considerada uma neurose que causa modificações fisiológicas do sistema nervoso. (FREUD, 1974b).

Apresenta os seguintes sintomas: a) ataques convulsivos; b) zonas histerógenas: são áreas supersensíveis do corpo, que até um leve estímulo desencadeia um ataque; c) distúrbios da sensibilidade, do ponto de vista diagnóstico, são os mais importantes e mais frequentes da neurose. “Consistem em anestesia ou hiperestesia com variabilidade da extensão e grau de intensidade não vista em outra doença”; d) distúrbios da atividade sensorial, podendo afetar todos os órgãos dos sentidos; e) paralisias; f) contraturas, presente nas fases mais graves de histeria. (FREUD, 1974b).

Além dos sintomas físicos, a histeria pode provocar uma série de distúrbios psíquicos. Isso porque:

[...] os distúrbios psíquicos são alterações no curso e na associação de ideias, inibições na atividade da vontade, exagero e repressão dos sentimentos etc. – que podem ser resumidos como alterações na distribuição normal, no sistema nervoso, das quantidades estáveis de excitação. As modificações psíquicas (que) devem ser assinaladas como o fundamento do estado histérico, ocorrem inteiramente na esfera da atividade cerebral inconsciente, automática”. (FREUD, 1974b, p. 85-86).

2.3.2 Conceituação clínica

A evolução natural da sociedade trouxe novas necessidades, novos valores, conceitos, os quais refletem diretamente no agir do homem em sociedade.

Kegler (2006, p. 9) afirma que:

[...] as novas formas de sofrimento que se apresentam na clínica, hoje, tem-se que abordar primeiro em que mundo vivem estes sujeitos que sofrem – não que isto seja determinante, mas certamente é fator contribuinte na compreensão destes. E se as dores do homem de hoje são diferentes das dores do homem de séculos passados, tem-se que investigar o que mudou neste sujeito e no mundo ao seu redor, a fim de alcançar um entendimento mais amplo e completo do que, de fato, contribui para que hoje se fale em novas configurações subjetivas.

O indivíduo na sociedade contemporânea é cobrado e obrigado “pela cultura do excesso a adaptar-se a uma vida frenética, com ritmo alucinado” e a não-adaptação gera uma patologia da atualidade, Kegler (2006, p. 14) diz que a cultura do capitalismo dá ao homem “uma ilusão de liberdade” e gera a falsa “sensação de que se pode ser e ter tudo”, gerando um desenquadre, uma despersonificação.

Canguilhem (1995, *apud* CUMIOTTO, 2007, p. 16) conceitua clínica como “[...] uma técnica ou uma arte situada na confluência de várias ciências, mais do que uma ciência propriamente dita”. Nos dias atuais, as “[...] demandas na clínica psicanalítica circulam entre o pedido de felicidade e o de anestesiamento: ‘Acabe com o sofrimento que me acomete’”.

A partir da clínica da histeria, no final do século XIX, Freud contribuiu significativamente para a clínica do psiquismo, ressaltando a importância da escuta do paciente. À vista disso, a psicanálise propôs uma “[...] torção da clínica do olhar para a clínica da escuta, introduzindo o pensamento da psicopatologia na abordagem do sintoma e no fazer clínico”. (CUMIOTTO, 2007, p. 18).

Ao tratar sobre o sofrimento psíquico, Freud (1996, *apud* CUMIOTTO, 2007, p. 18) afirma que “[...] o sintoma tem a ver com a vida de quem o produz, e que o sofrimento que acomete o sujeito lhe diz respeito, inaugurando, assim, a ética psicanalítica que regula o fazer da clínica: a ética da inclusão do sujeito em seu sofrimento”. Cumiotto (2007, p. 19) acrescenta que “[...] na clínica psicanalítica ninguém fica de fora do que ali surge – nem o paciente, nem o analista”.

Reis (2011, *apud* FERREIRA, 2019, p. 221), afirma que é por meio das “[...] estruturas clínicas, neurose, psicose e perversão que o psicanalista iniciará sua escuta para um mais além

do fenômeno, podendo assim vislumbrar as direções do tratamento, mediante a subjetividade dos sujeitos e o seu meio social”.

É mediante essa escuta que a psicanálise adentrará “[...] as dimensões de função do objeto droga na economia libidinal do sujeito, e o sentido do uso na história particular de cada um”, possibilitando um reposicionamento subjetivo do sujeito em relação a sua queixa. (OLIVEIRA, 2010, *apud* FERREIRA, 2019, p. 221).

3 DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA

O uso de drogas ou de substâncias tóxicas acompanha o desenvolvimento da humanidade, chegando aos dias atuais como um problema a ser enfrentado pela sociedade como um todo, visto que “[...] é parte integrante da lógica capitalista de mercado que, utilizando-se de avanços científicos e tecnológicos promove a industrialização, distribuição e venda de tais substâncias”. (RIBEIRO, 2009, p. 334).

Selbman (2020, n.p.) conceitua dependência química como “[...] a necessidade incontrolável que a pessoa (adicto) sente de usar determinada substância de forma compulsiva, vindo a sofrer distúrbios mentais e físicos”.

Já a adicção, para Fabrício Selbman (2020, n.p.), significa:

[...] a inversão da relação entre sujeito e objeto: o sujeito, antes no pleno exercício da sua liberdade, tinha o objeto a seu serviço e desejo; na nova dinâmica imposta, porém, ele mesmo se transforma em objeto do seu objeto, perdendo a capacidade de domínio da situação.

Em outros termos, quando ocorre essa inversão (sujeito e objeto), o indivíduo passa a ser controlado pela droga. Vianna, Jesus e Freitas (2017, p. 78) ressaltam que nas adicções não é só a dependência orgânica o principal fator. Para Freud. (2006, *apud* VIANNA; JESUS; FREITAS, 2017, p. 78):

[...] o propósito do homem é a busca pela felicidade. Isso significaria evitar o sofrimento e o desprazer, e obter intensos sentimentos de prazer. No entanto, esse propósito regido pelo princípio de prazer é oprimido pela própria constituição do sujeito neurótico, que o condena à restrição de sua satisfação pulsional por meio das imposições da cultura.

Importa, ainda, considerar que há três fatores que podem ameaçar a felicidade:

O sofrimento nos ameaça a partir de três direções: de nosso próprio corpo, condenado à decadência e à dissolução, e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a

ansiedade como sinais de advertência; do mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e, finalmente, de nossos relacionamentos com os outros homens. (FREUD, 1930, *apud* SILVA, 2017, p. 99).

Quando ocorre o sofrimento proveniente dos relacionamentos com outros homens, o sujeito pode utilizar como medida de defesa tanto o isolamento quanto recorrer às drogas, “cuja função na economia psíquica consiste em oferecer uma suspensão diante do mal-estar”. (VIANNA; JESUS; FREITAS, 2017, p. 78).

3.1 INTERAÇÃO DO SUJEITO E OBJETO DE DESEJO – A DROGA

Ao tratar sobre drogas, Selbman (2020, n.p.) afirma que:

[...] a premissa é a mesma: a maioria das pessoas começa pelo desejo de experimentar algo novo e desfrutar das sensações oferecidas, como uma fuga da realidade. A ideia é de que se possa parar a qualquer momento, mas a verdade é que o modo como o organismo reage é imprevisível, já que estamos falando de substâncias com alto poder de dependência. O adicto consome a droga uma vez para aumentar a sua disposição, depois se convence de que mais uma dose pode ajudar a ir melhor no trabalho e, quando percebe, as desculpas se empilham, uma atrás da outra.

Birman (2000), citado por Vianna, Jesus e Freitas (2017, p. 78), divide os indivíduos que fazem uso de drogas em dois grupos: o usuário de drogas e o toxicômano ou adicto, a distinção entre eles está na “dimensão compulsiva do padrão de uso”.

Sobre essa distinção, convém mencionar que:

Os usuários de droga podem se valer da droga para seu deleite e em momentos de angústia, mas a droga nunca se transforma na razão maior de suas existências. Os toxicômanos, porém, são compelidos à sua ingestão por forças físicas e psíquicas poderosas. As drogas passam a representar, para esse grupo, o valor soberano na regulação de sua existência. (BIRMAN, 2000, *apud* VIANNA; JESUS; FREITAS, 2017, p. 78).

Nesse contexto, segundo Vianna, Jesus e Freitas (2017, p. 79), a droga cria uma barreira contra o “[...] conflito insolúvel entre a exigência pulsional e a lei civilizatória, garantindo uma sensação imediata de prazer pela libertação do sujeito das normas da cultura”, mesmo que momentaneamente. As drogas são definidas por Freud como “amortecedores de preocupações”, em virtude de permitirem a criação de outra realidade, durante a experiência de êxtase, passando a ocupar um “lugar permanente na economia da libido”, em razão do imediato alívio. (FREUD, 1930, *apud* VIANNA; JESUS; FREITAS, 2017, p. 79-80).

Em conferência ministrada por Freda (1987, *apud* VIANNA; JESUS; FREITAS, 2017, p. 80) na cidade de Belo Horizonte, ela explicou o relacionamento existente entre a droga, o sujeito e a cultura, afirmando que “O toxicômano faz a droga”, pois se o problema se resumisse somente à dependência orgânica, o uso abusivo de drogas estaria solucionado com o tratamento de desintoxicação.

Isso significa que:

[...] o sujeito encontra na adicção um artifício que lhe confere uma forma de satisfação pulsional plena e irrestrita. Na neurose, por exemplo, a droga confere ao sujeito a possibilidade de suspender-se dos efeitos da castração. É por esse motivo que a droga desperta o fascínio naqueles que temem a lei, o que faz do *drogadicto* um herói (FREDA, 1987, *apud* VIANNA; JESUS; FREITAS, 2017, p. 80).

Vianna, Jesus e Freitas (2017, p. 81) concluem que as adicções são uma:

[...] tentativa de o sujeito se anestesiar diante do mal-estar que advém da dificuldade de responder às demandas da cultura, que exigem a sustentação de um lugar no social, na estrutura familiar, vida profissional ou afetiva. Não é por acaso que muitos casos de dependência química começam durante a adolescência e início da idade adulta, quando é exigido que o sujeito faça escolhas significativas, como a escolha de uma carreira, e quando os relacionamentos afetivos e sexuais começam a dominar o universo do adolescente.

3.1.1 A prática da clínica psicanalítica na dependência química

O tratamento dado aos adictos pela sociedade como um todo, apesar das diversas políticas públicas existentes, pode-se dizer que pouco evoluiu desde a Idade Média, dado que, resguardadas as devidas proporções, a primeira reação é a erradicação dos adictos, seguida de tratamento de desintoxicação, para retirada da droga do seu organismo. De qualquer forma, o afastamento, a exclusão do adicto da vida em comunidade é o objetivo primeiro, em razão do incômodo que ele provoca na sociedade. (VIANNA; JESUS; FREITAS, 2017, p.77).

Para Vianna, Jesus e Freitas (2017, p. 77), resta claro que o objetivo das políticas públicas no combate ao tráfico de drogas:

[...] se volta contra os usuários. A guerra contra as drogas só aumenta a estigmatização e a violência social que recaem sobre os adictos, que desde sempre se encontram em posição social marginal. Portanto, voltamos à questão: é preciso continuar debatendo sobre as adicções, porém sob um novo olhar: o sujeito e sua angústia. E, nesse aspecto, a teoria psicanalítica pode trazer algumas contribuições [...].

A dificuldade inicial que o tratamento das adicções encontra é a falta de consciência do sujeito de que precisa de ajuda. Geralmente são encaminhados por parentes ou amigos, mas é necessário o comprometimento pessoal do adicto para que obtenha sucesso no tratamento.

Vianna, Jesus e Freitas (2017, p.82) apontam como contribuição da psicanálise, na direção do tratamento das adicções:

[...] a importância da construção da droga esse reconectar com seus sentimentos e com a sociedade. Desse modo, ainda que ele chegue por determinação externa (legal, familiar ou médica), é importante que em algum momento o paciente se implique em causa própria. Todavia, a construção de qualquer tipo de vínculo consiste em um grande desafio, uma vez que o laço social nas adicções é notavelmente precário.

Quanto à postura do analista nessas situações, Birman (2000, *apud* VIANNA; JESUS; FREITAS, 2017, p. 83) aponta a direção para a clínica nas drogadicções, afirmando que ao psicanalista:

[...] não cabe participar de uma cruzada pela vida sob a alegação de estar promovendo a higiene social, ou tampouco lhe compete ser o defensor das ideologias familiares e da posição dos pais em conflitos geracionais. Enfim, o analista deve escutar esses analisandos procurando decifrar as vias de seu prazer com a droga e suas impossibilidades psíquicas face a outra economia do prazer.

Importa considerar que impedir o indivíduo o acesso às drogas não significa a cura da dependência, mas “[...] retirar o foco da dependência orgânica e privilegiar o seu discurso. Assim, o psicanalista inaugura um espaço de escuta do sujeito – e não da droga – ao dar a palavra ao adicto”. (VIANNA; JESUS; FREITAS, 2017, p. 83).

3.1.2 Da compulsão à repetição

O uso abusivo de substâncias psicoativas envolve “dimensões políticas, psíquicas, sócio-históricas, biológicas, culturais, antropológicas e econômicas”. Gurfinkel (2011, *apud* PEREIRA 2013, p. 78) afirma que “[...] a compulsão à repetição é uma evidência em si mesma, e a adicção talvez seja a sua manifestação clínica mais clara”. Continua afirmando ser certo que “[...] há na vida psíquica humana uma compulsão à repetição, que pode ser mais ou menos dominante em cada caso”. (GURFINKEL, 2011, *apud* PEREIRA, 2013, p. 85).

Gurfinkel (*apud* PEREIRA, 2013, p. 85) alude que Freud concluiu que:

[...] tal compulsão é a expressão de uma suposta pulsão de morte, ou melhor, ela resulta do fato de esta pulsão ficar à solta, agindo por si só, ao se romper o estado de fusão em que geralmente se encontra com as pulsões eróticas. Eros, ao neutralizar o

poder destruidor de Tânatos, seria o guardião da vida, e a esperança para se amenizar a força arrasadora da compulsão à repetição”.

A quase impossibilidade de haver fenômenos sem vínculo com algum tipo de prazer foi defendido por Freud. Pode-se afirmar, em vista disso, que, por trás “[...] da compulsão à repetição do desprazer, encontraríamos alguma satisfação prazerosa, ou seja, o prazer do efeito da droga relaciona-se com o desprazer, a angústia e autodestruição, essa última comandada pela pulsão de morte”. (PEREIRA; MIGLIAVACCA, 2014, p. 73).

Dentre as postulações de Freud (1926), Pereira e Migliavacca (2014, p. 74) destacam a “Inibição, sintoma e angústia”, que possibilita vislumbrar a:

[...] existência de um bloco resistencial recalcitrante, formado pelos diversos tipos de resistências, oriundas das três instâncias do aparelho psíquico, quais sejam, a) resistência do Ego: recalque, ganho secundário da neurose e transferência; b) Id: compulsão à repetição; e c) Superego: necessidade de punição.

Permitindo concluir que

[...] a ação quase irrefreável da compulsão à repetição e a atuação excessiva possuem um papel importante nesta clínica [...] vemos a selvageria da pulsão em seu estado de repetição sem objetivo. Assim, repete-se simplesmente porque não se pode utilizar outra forma para a manifestação do excesso pulsional. (PEREIRA; MIGLIAVACCA, 2014, p. 74).

Freud (2006), em sua obra “Mal-estar na civilização”, mostra como o sofrimento decorrente do estado de desamparo pode ser atenuado por meio da intoxicação por drogas, as quais desempenham papel fundamental, apesar de ser um método grosseiro, talvez seja o mais eficaz, em razão de vez que “[...] a droga possui um acentuado poder de modificar o estado psíquico das pessoas”. (PEREIRA, 2013, p. 88).

Mediante a exposição dessa breve pesquisa da teoria psicanalítica, pode-se perceber a sua importância, tanto no acolhimento, quanto no tratamento de pacientes adictos, posto que, para esses pacientes que perderam o controle de si mesmo, precisa-se dar voz e devolver-lhe o direito de falar. Como resultado, promove-se o surgimento do discurso que trará à tona os conteúdos não compreendidos, não elaborados, não suportados e, que por isso, foram banidos. Conteúdos que ainda seguem impulsionando comportamentos não desejados pela sociedade e, conseqüentemente, pelo próprio indivíduo, causando-lhe sofrimentos ininterruptos, dando a impressão de que suas angústias não terão solução e não terão fim. Entretanto, o simples ato de poder falar e poder ser ouvido, essa troca entre analista e analisando, mostrar-se-á um divisor de águas para esse paciente, que a sociedade e até mesmo a família o deixaram à margem. Em

outros termos, a escuta ativa e acolhedora desse paciente lhe mostrará a possibilidade de um novo caminhar, e somente dessa maneira haverá a possibilidade da interrupção de um ciclo que se repete compulsivamente.

3 ANÁLISE DO RELATO DE CASO

Esta seção apresenta o Relato de Caso de um dependente químico, realizado pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD Professor Luiz Cerqueira, da cidade de Recife, e a sua análise à luz da teoria psicanalítica, usando, para isso, o referencial teórico deste trabalho.

O critério adotado para escolha deste Relato de Caso foi a observação de dados, no histórico do paciente, principalmente, em sua relação com família, sociedade e droga, que pudessem ser cotejados com a teoria psicanalítica e a compulsão à repetição. No que se refere à família, percebe-se a perda da figura paterna, a punição de uma mãe sem a necessária contrapartida da oferta de amor e o abandono. Nas ruas, percebeu-se em seu estado de abandono, a iniciativa do próprio paciente de procurar o serviço de saúde, mostrando o despreparo de uma sociedade em olhar na direção dos que não têm visibilidade. E, por fim, a inevitável adicção, surgindo em um primeiro momento como um recurso para o alívio de suas angústias.

A partir do que foi encontrado na literatura e a proposta desta pesquisa, pensando na análise do presente Relato de Caso, em articulação com a teoria psicanalítica, foram selecionadas situações da vida do paciente que podem ser posicionadas como sobremaneira impactantes para uma criança com menos de 8 anos de idade, situações como: o falecimento do pai, uma mãe agressiva, falta de vínculos familiares, abandono, situação de rua e, até mesmo, a repressão e opressão da própria sociedade que se coloca, única e exclusivamente, no papel daquela que corrige os que têm dificuldades em seguir regras.

De forma resumida e com enfoque nas situações importantes para essa pesquisa, a transcrição do Relato de Caso trata de um masculino que, à época, apresentava-se com 29 anos de idade, solteiro e natural da cidade de Recife, por ocasião do acolhimento encontrava-se em situação de rua. Segundo seu relato, é o irmão mais novo dos dois filhos da família, também relatou não ter mais vínculos familiares, pois seu pai havia falecido ainda na sua infância, e de sua mãe não conhecia o paradeiro. Relatou que, enquanto viveu com sua mãe, a mesma era hostil e lhe agredia, motivo pelo qual escolheu viver na rua com apenas 8 anos de idade. Sua droga de preferência é um inalante (cola), porém já fez uso de diversas outras substâncias como: maconha, álcool, crack, Rohypnol®, Artane® e tabaco. Relatou, ainda, que teve diversos problemas de transgressões sociais e desvio de condutas, sendo que, por conta disso, foi resgatado inúmeras vezes por instituição socioeducativa. Apresentou, também,

histórico de diversas internações psiquiátricas e acolhimento por ONG. Por fim, aos 17 anos voltou a residir nas ruas, sem vínculos familiares e sem registro civil. Segundo o Relato do Caso pelo CAPS AD Professor Luiz Cerqueira, AFS foi recebido pela primeira vez na instituição no ano de 2005, na triagem relatou o uso do inalante há mais de 20 anos, diariamente, e de forma ininterrupta. À época, seu quadro clínico estava comprometido com tremores, agitação psicomotora e irritabilidade. Concluiu todo processo de triagem, porém não compareceu no grupo de acolhimento, AFS realizou uma outra tentativa infrutífera, em 2006, de aderir ao tratamento, porém, somente na terceira tentativa, em 2007, é que conseguiu engajar-se e dessa vez foi admitido. Por ocasião, apresentava-se com comprometimento mental e motor, dificuldade de raciocínio, instabilidade emocional e déficit de compreensão, dentre outras enfermidades físicas. Nos grupos terapêuticos apresentava-se com dificuldade de seguir regras e rotinas, seu comportamento era irritado e agitado. Com a evolução do tratamento, obteve-se, em um primeiro momento, uma redução do consumo do inalante para 3 a 5 dias na semana. Ainda em 2007, preferiu continuar usando a substância, porém, de forma reduzida e também manifestou o desejo de sair das ruas, foi-lhe então providenciado documentação e encaminhamento médico para solicitação do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Em 2010, foram observadas melhoras nas dimensões da sociabilidade, compreensão intelectual, expressividade etc., fatores que o levaram a obtenção da alta clínica do CAPS AD Professor Luiz Cerqueira. Com o auxílio do BPC não se encontra mais em situação de rua, reside em casa alugada, e mantém padrão de alimentação e vestuário considerados adequados. Por ocasião da alta, relatou, ainda, a diminuição do consumo do entorpecente, fazendo uso do mesmo somente nos finais de semana, porém, afirmou que não pretende abandonar o consumo do mesmo por completo. (TRINDADE *et al.*, 2011).

Pelo viés do paradigma psicanalítico para análise do Relato de Caso em questão, pode-se perceber a ação de energias inconscientes que estão para além do que AFS pode controlar, transparecendo no seu comportamento, o uso da droga, repetidas vezes. Pode-se entrever isso, no seu último desejo relatado, por ocasião de sua alta, que ele não deseja abandonar o uso do entorpecendo por completo. Para Freud (1987, *apud* LIMA, 20210, p. 5)), “[...] a maior parte do aparelho psíquico é inconsciente e ali se encontram os principais determinantes da personalidade, as fontes da energia psíquica e as pulsões ou instintos”. Dessa forma, o desejo de AFS em atender ao apelo moral da sociedade, em que há a obrigatoriedade de se abandonar por completo o uso de uma droga ilegal, parece estar prejudicado por essa força que não se pode dominar.

Considerando a narrativa sobre AFS, com relação ao seu estado de abandono, em que ele ao preferir morar nas ruas, não se vê acolhido, pois ninguém dentre seus familiares o procura. Segundo seu próprio relato, desconhece o paradeiro de sua mãe, e seu pai já é falecido desde sua infância. Desenha-se, dessa maneira, um quadro de abandono, em que família e sociedade mostram-se incompetentes para lidar com o adicto e isso com relação ao acolhimento, elemento essencial para o início de um tratamento, em que ao paciente é dado voz para que possa ser ouvido em sua angústia.

Para Vianna, Jesus e Freitas (2017, p. 77), restam claro que o objetivo das políticas públicas no combate ao tráfico de drogas:

[...] se volta contra os usuários. A guerra contra as drogas só aumenta a estigmatização e a violência social que recaem sobre os adictos, que desde sempre se encontram em posição social marginal. Portanto, voltamos à questão: é preciso continuar debatendo sobre as adições, porém sob um novo olhar: o sujeito e sua angústia. E, nesse aspecto, a teoria psicanalítica pode trazer algumas contribuições [...].

Ponderando também sobre sua exposição a uma mãe agressiva, violenta e punidora, e o fato de AFS também ter passado pela experiência da perda do pai antes dos seus 8 anos de idade, na medida em que foi nessa idade que ele decidiu morar nas ruas, percebe-se uma “má-formação” do superego. Trata-se de um elemento essencial para uma vida harmônica em sociedade, em que o indivíduo, dentro de um padrão de normalidade, não obedece à lei somente por medo da punição, mas há uma incorporação da lei. O conflito psíquico experimentado por AFS decorre da falta de provas de amor, equilibrando-se com interdições necessárias. O que se percebe, é uma mãe assumindo o lugar daquela que não somente pune, que interdita, talvez em consequência de ter que lidar sozinha com a criação dos filhos, visto que o seu marido havia falecido. Depreende-se, dessa forma, que as punições somente geraram angústias, faltando a contrapartida do amor equilibrador.

Em relação ao superego, Lima (2010, p. 6-7) cita Freud, afirmando que ele:

[...] atua como um juiz, como um censor moral. Inicialmente, o superego é representado principalmente pela autoridade parental que dá ritmo à evolução infantil, alternando as provas de amor com as punições, geradoras de angústia. Posteriormente, o superego passa a incluir também a internalização das regras, proibições e punições provenientes da sociedade.

Consequentemente, essa “má-formação” do superego resultou em diversos problemas de transgressões sociais e desvio de condutas que o levaram a frequentes internações em instituição socioeducativa e a própria adicção.

Pensando na Compulsão à Repetição, relacionada ao uso abusivo da droga por AFS, pode-se ver, então, a sua necessidade de realizar a hemostasia de uma ferida, na instância do inconsciente. Ferida não para de sangrar, aberta por suas diversas vivências nas situações de abandono, agressividade de uma mãe viúva que precisou criar seu filho sozinha, pela perda do pai, justamente no período de sua existência em que ele seria tão necessário, na formação do seu superego, na realidade da vida nas ruas com apenas 8 anos de idade.

Nasio (*apud* SILVA; ZANETTI, 2019, p. 96) afirma que “[...] a repetição é uma hemorragia que sempre tem origem em uma ferida inconsciente. A pessoa repete apesar do

desprazer causado por essa atitude, indicando também uma ligação deste traço do comportamento com a pulsão de morte”.

O poder da Compulsão à Repetição também pode ser percebido através dos processos de resistência manifestados por AFS, dado que, quando tentou, como um pedido de socorro, movimentar-se em direção ao tratamento, em um primeiro momento não conseguiu aderir a ele, segundo o relato do Caso pelo CAPS AD Professor Luiz Cerqueira, AFS foi recebido pela primeira vez na instituição no ano de 2005, todavia, não permaneceu. Realizou uma segunda tentativa infrutífera em 2006, obtendo êxito somente na terceira tentativa, em 2007.

Os postulados de Freud (1926), em “Inibição, sintoma e angústia”,

[...] podemos conjecturara a existência de um bloco resistencial recalcitrante, formado pelos diversos tipos de resistências, oriundas das três instâncias do aparelho psíquico, quais sejam, a) resistência do Ego: recalque, ganho secundário da neurose e transferência; b) Id: compulsão à repetição; e c) Superego: necessidade de punição. (FREUD, 1926, *apud* PEREIRA; MIGLIAVACCA, 2014, p. 74).

À vista disso, pode-se ver a manifestação da resistência em um ganho secundário por meio do prazer da continuação do uso do seu objeto de desejo, demonstrada pela resistência do Ego e, também, pela força do Id na Compulsão à Repetição, que continuamente realiza esse movimento de repetir a experiência traumática de sua vida pregressa, na tentativa de, revivendo-a, possa “estancá-la”, solucioná-la.

Ainda, por ocasião da triagem, na instituição, relatou o uso do inalante há mais de 20 anos, diariamente e de forma ininterrupta, demonstrando claramente os processos de Compulsão à Repetição em ação na sua vida. Pode-se constatar, dessa maneira, que a compulsão repetitiva é procedente “[...] de uma intensa força provinda do interior do indivíduo e que se encontra além do princípio do prazer”, resultando na existência de uma “pulsão de morte”, a qual repete-se de forma “compulsória como uma forma primacial de fazer o organismo vivo voltar ao estado inorgânico anterior”. (ZIMERMAN, 2010, p. 79).

Por fim, ao analisar a forma como a instituição realizou o manejo durante o tratamento de AFS, percebe-se a prática de políticas de Redução de Danos, em que o paciente foi submetido a “[...] atividades terapêuticas de grupo, com enfoque em estratégias para mudanças de comportamento, reflexões sobre atitudes e construção/reorganização do projeto de vida dos seus usuários”. (FONSECA; BASTOS, 2005, *apud* TRINDADE *et al*, 2011, p. 21).

Levando-se em consideração a abordagem utilizada pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD Professor Luiz Cerqueira, vê-se que os objetivos do

tratamento foram alcançados, visto que, apesar de não haver uma recuperação plena de AFS, obteve-se uma reabilitação parcial e um redimensionamento dos objetivos pessoais do paciente.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do Relato de Caso, realizado pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD Professor Luiz Cerqueira, proporcionou a evocação dos princípios psicanalíticos, com os quais pôde-se extrair lições que poderão ser aplicadas no futuro da prática clínica, quanto ao atendimento, acolhimento e tratamento do paciente adicto, também havendo a possibilidade de direcionamento para pesquisas futuras.

As lições aprendidas estão relacionadas a um olhar diferenciado para este paciente, para alguém que desistiu do jogo da vida, entregam-lhe novamente a sua voz, um direito de falar das suas angústias e, também, entregam-lhe um espaço acolhedor para que os acontecimentos de sua vida sejam lembrados e revividos, e possam ser reelaborados.

Por conseguinte, o objetivo proposto neste trabalho de análise de um Relato de Caso foi alcançado, ou seja, ao olhar para o lugar que a adicção ocupa como sintoma psíquico em um portador de dependência química, pôde-se estabelecer, através da teoria psicanalítica, um novo lugar para ser ocupado por este, um lugar de alívio dos sintomas de angústias que leva o paciente à Compulsividade, possibilitando, conseguintemente, o início de um novo caminhar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, M. G. Considerações sobre o narcisismo. **Estudos de Psicanálise**, Belo Horizonte, n. 34, p. 79-82, dez. 2010. (Não paginado). Disponível em: http://www.scielo.org/sci_arttext&pid=S0100-34372010000200011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 08 jun. 2021.

CUMIOTTO, C. As entrevistas preliminares e a clínica psicanalítica. *In*: BACKES, C., (org.). **A clínica psicanalítica na contemporaneidade** [on-line]. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/ckhgz/pdf/costa-9788538603870.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2021.

FERREIRA, A. V. S. Clínica psicanalítica da toxicomania: Reflexões teóricas e manejo clínico. **Ecos: Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, Campos dos Goytacazes, v. 9, n. 2, p. 212-226, 2019. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/download/2819/1654>. Acesso em: 06 jun. 2021.

FIGUEIREDO, L. H. C.; GERMANO, P. **Psicanálise e matrizes ideológicas: história e epistemologia**. Fortaleza: Centro Universitário 7 de setembro, p. 1-12, 2017.

FREUD, S. **Sobre o narcisismo**: uma introdução. Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Tradução: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1974a, v. 14.

FREUD, S. **Histeria**. Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Tradução: James Strachey. Rio de Janeiro: Imago, 1974b, v. I.

FREUD, S. **O mal-estar na civilização**. Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v.21.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (BRASIL). Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. **III Levantamento nacional sobre o uso de drogas**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2017. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/34614/1/III%20LNUD_PORTUGU%c3%8aS.pdf. Acesso em: 05 jun. 2021.

KEGLER, P. **As patologias do narcisismo e a clínica psicanalítica**: novas configurações subjetivas na contemporaneidade. 2006. Monografia (Bacharel em Psicologia). Universidade Federal de Santa maria, Santa Maria, 2006.

LIMA, A. P. O modelo estrutural de Freud e o cérebro: uma proposta de integração entre a psicanálise e a neurofisiologia. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 280-287, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000600005>. Acesso em: 5 jun. 2021.

NASIO, J-D. **Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan**. Tradução: Vera Ribeiro; revisão, Marcos Comaru. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

NISHIKAWA, E.; FIORE, M. L.; HARDT, O. Histeria e borderline Mo(vi)mentos da clínica psicanalítica. **Jornal de Psicanálise**. São Paulo, v. 50 n° 93. p. 273-289. Dez. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352017000200022&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 dez. 2021.

PEREIRA, D. R. **Aspectos da compulsão à repetição na clínica psicanalítica**: resistências e toxicomania. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

PEREIRA, D. R.; MIGLIAVACCA, E. M. Aspectos da compulsão à repetição na toxicomania. **Cadernos de psicanálise**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 30, p. 71-87, jun. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952014000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 jun. 2021.

RIBEIRO, C. T. Que lugar para as drogas no sujeito? Que lugar para o sujeito nas drogas? Uma leitura psicanalítica do fenômeno do uso de drogas na contemporaneidade.. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica [on-line]**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-14982009000200012>. Acesso em: 7 Jun. 2021.

SELBMAN, F. Adicção: o que é, sintomas e qual o tratamento adequado. 2020. **Grupo Recanto**. (Não paginado). Disponível em: <https://www.gruporecanto.com.br/blog/adiccao-o-que-e-sintomas-e-qual-o-tratamento-adequado/>. Acesso em: 22 abr. 2021.

SILVA, H. A. B.; ZANETTI, S. A. S. A escolha amorosa entre a compulsão à repetição e a transferência: um caso clínico. **RBPsicoterapia**. Revista Brasileira de Psicoterapia. Porto Alegre, v. 21, n. 2. p. 93-103. Ago. 2019. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v21n2a07.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2021.

SILVA, J. A. P. A psicanálise e o mal-estar na contemporaneidade. **Estudos de psicanálise**, Belo Horizonte, n. 48, 2017.

TEORIA. In: MICHAELIS. **Dicionário Brasileiro da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2015. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/busca?id=vkZ7X>. Acesso em: 26 abr. 2021.

TRINDADE, M.C.A *et al.* Relato de caso da trajetória de um usuário de cola em serviço especializado (CAPSad Professor Luiz Cerqueira. In: UCHÔA, R. (Org). **Sobre Drogas e redução de danos**: o cotidiano dos profissionais do programa +Vidano Recife. Recife: Editora Universitária, 2011.

VIANNA, A. G.; JESUS, A. F.; FREITAS, Y. P. As adicções: de que se trata? **Analytica**: Revista de Psicanálise. São João del Rei, v. 6, nº. 10. p. 76-86. Jan/jun., 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/analytica/v6n10/08.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2021.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos psicanalítico**: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2007.