

### Resumo

Ao analisar aspectos do evoluir do tratamento médico voltado à loucura na França, com ênfase na inovação pineliana do século XIX, o tratamento moral, e os modelos que surgiram em oposição ou em continuidade com este (as Colônias Agrícolas, que se opunham ao ambiente dos hospitais e as comunidades terapêuticas, com fins de ressocialização), objetiva-se perceber em que estes modelos, anteriormente aplicado aos loucos, estão presentes nos atuais tratamentos para toxicômanos, tanto em Fazendas de Recuperação, como em grupos de ajuda que seguem a Filosofia dos Doze Passos e que não adotam o sistema de internação. A partir da teoria psicanalítica (com ênfase nos conceitos de narcisismo, narcisismo secundário, ideal de eu e pulsão) questionaremos estas formas de tratamento (especialmente no que diz respeito ao recurso à religião, a infantilização dos pacientes, o julgamento perpétuo, o lugar dado aos relacionamentos), em nome de uma possibilidade de existência criativa e autônoma por parte do toxicômano.

**Palavras-chave:** Toxicomania; Psicanálise; Tratamento; Phillipe Pinel.

### Abstract

Some aspects of the development of insanity medical treatment turned to madness in France will be analyzed with emphasis in the pinelian innovation of the 19<sup>th</sup> Century, the moral treatment, and the models that appeared in opposition or in continuity with it (rural colonies, that were opposite of hospitals environment; and therapeutic communities, that propose re-socialization). The goal of this analysis is to detect in what these models, formerly applied to the insane, are present in the current treatments, on recuperation farms and in help groups that don't adopt the model of segregation, but are based on the Twelve Steps Philosophy. Based on the psychoanalytic theory (with emphasis on the concepts of narcissism, secondary narcissism, ego ideal and drive), questions about these forms of treatment will be made (especially as regards the appeal to religion, the infantilization of patients, the perpetual judgment, the place given to relationships). Besides, other forms where there is a creative and autonomous existence of addicts will be searched.

**Keywords:** Addictions; Treatment; Psychoanalysis; Phillipe Pinel.

<sup>1</sup> Doutoranda em Saúde Coletiva UFC/UECE/UNIFOR

<sup>2</sup> Graduação em Psicologia pela UNESP e PUC-SP, doutorado em Sociologia pela USP. Pós-doutorados em Antropologia na UNICAMP (2003) e em Psicologia Clínica no Instituto Superior em Psicologia Aplicada - ISPA, Lisboa (2007).

## 1 - INTRODUÇÃO

As origens deste trabalho encontram-se na experiência em pesquisa, das autoras, no campo da toximania. A escuta de toxicômanos em Fazendas de Recuperação, em grupos de ajuda ou mesmo vinculados ao sistema judiciário, levou à necessidade de compreensão de um discurso comum nesses espaços, que parecem remeter a um ideário vinculado ao tratamento da loucura no século XIX francês.

Essas reflexões foram aprofundadas e deram origem a este ensaio. Escolheu-se analisar alguns aspectos do evoluir do tratamento voltado à loucura na França, com ênfase na inovação pineliana do século XIX. O “tratamento moral” de Pinel, como é chamado, provocou reações e novas propostas de atuação. Aqui, serão analisados o que se acredita serem ainda continuidades entre esses modelos e os adotados ainda atualmente com os toxicômanos em Fazendas de Recuperação. Finalmente, busca-se trazer contribuições à questão dos tratamentos para toxicômana partir da teoria psicanalítica e seus conceitos de narcisismo, narcisismo secundário, ideal de eu e pulsão.

### **Tratamentos médicos para a loucura antecedentes ao tratamento moral**

A relação das sociedades com a loucura não se deu uniformemente através dos tempos. Na Grécia Antiga, vista como impossibilidade de escolha diante dos conflitos ou atrelada à nascente ideia de psiquismo; na Idade Média europeia, tomada de forma múltipla, ora como digna de ser tratada, para aqueles considerados curáveis; ora como estado passível de convivência em sociedade. Mesmo que, ao longo do tempo, alguns tratamentos para a loucura tenham sido pensados, foi somente em meados do século XVII que o mundo da loucura se transformou em mundo segregado.

Em toda a Europa foram criados estabelecimentos não só para receber os loucos, mas “todos aqueles que, em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de ‘alteração’”(Foucault, 1975, p. 78). Incluíam-se aí, por exemplo, “inválidos pobres, os velhos na miséria, os mendigos, os desempregados opiniáticos, os portadores de doenças venéreas, libertinos de toda espécie, pessoas a quem a família ou o poder real querem evitar um castigo público, pais de família dissipadores, eclesiásticos em infração” (*ibid.*). Percebemos, portanto, que o que se buscava nesses lugares não era uma cura médica, mas uma exclusão social.

No final do século XVIII, em Paris, ainda observávamos no Hôtel-Dieu a mesma relação com os loucos apresentada na Idade Média: este hospital funcionava como um lugar de passagem para os doentes curáveis. Entretanto, já se ensaiavam alguns tratamentos médicos: a internação de algumas semanas adotava como método as sangrias, os purgativos, banhos e duchas. Se o caso fosse considerado incurável, os doentes eram destinados aos hospitais no campo: Bicêtre recebia os homens, Salpêtrière, as mulheres.

Tanto Bicêtre como Salpêtrière não recebiam apenas loucos, “mas a situação destes era particularmente difícil: Bicêtre mantinha vários em correntes, indefinidamente, sem nenhuma perspectiva de recuperação. Pior ainda, podiam ser usados para divertimento” (Cazeto, 2001, p. 172-3). Os guardas cobravam para excitá-los e mostrá-los como animais.

No final do Antigo Regime, começou uma sensibilização em relação a este quadro, e os meios oficiais iniciaram a medicalização, também, destes espaços. Mesmo os insensatos considerados incuráveis adquiriam certa cidadania e humanidade que lhes dava direitos (*id.*, p. 174).

Foram várias as formas de tratamento propostas nos séculos XVIII e XIX,

não só para a loucura, mas para as doenças de uma forma geral. No século XVIII, experimentavam-se as potenciais virtudes da eletricidade na medicina, de forma que não era rara a tentativa de cura através de descargas elétricas. O tratamento através de banhos (hidroterapia) também era frequente. O médico Mesmer propôs um modelo chamado “magnetismo animal”, segundo o qual haveria um fluido magnético em todos os corpos, que os influenciaria mutuamente. Este fluido estaria em constante movimento, formando correntes; e a saúde do homem corresponderia à adequada manutenção do movimento no corpo, em uma harmonia entre suas partes. Neste sentido, quando houvesse algum desequilíbrio, o tratamento se daria por aplicações de imãs sobre o corpo do paciente. Mesmer teve vários discípulos e o magnetismo animal também sofreu várias dissidências; e influenciou sobremaneira a medicina de sua época. Alguns tratamentos deste período perduraram por séculos, como aqueles que usavam a eletricidade; outros parecem ter permanecido com outras roupagens, como é o caso do tratamento moral pineliano, abordado a seguir.

### **Pinel e o tratamento moral**

Em 1801, foi publicado na França o “Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental”, ou “*Traité*”, por Philippe Pinel, um alienista que, inicialmente, era adepto do magnetismo, mas, posteriormente, abandonou-o. Este tratado é considerado o marco que inaugura a Psiquiatria como especialidade médica (Pessotti, 1994).

Pinel foi diretor da Salpêtrière e ficou conhecido na história da psiquiatria como aquele que tirou os loucos das correntes, imagem que, na verdade, deveria ser atribuída a seu colaborador Jean-Baptiste Pussin. Entretanto, a forma com que entendia a loucura e o tratamento a ela proposto vai justificar que se lhe atribua um posicionamento diferenciado frente a ela.

Philippe Pinel, no seu *Traité*, buscou analisar as causas da alienação. Ele se mostra de forma ambígua frente a elas. Se, por vezes, dizia não acreditar em causas orgânicas para a mesma, em outros momentos declarava reconhecer dois tipos de loucura: a alienação originária ou hereditária, que seria herdada; e outra resultante de uma educação corrompida sobre a razão, que resultaria na perda ou no “desgarramento” desta.

De acordo com esta segunda concepção,

a causa da loucura é a ‘imoralidade’, entendida como excesso ou exagero. Daí a terapia ser chamada de *tratamento moral*, de ‘afecções morais’ ou ‘paixões morais’. A loucura é excesso e desvio, a ser corrigido pela mudança de costumes, mudança de hábitos (que lembra, forçosamente, a ‘modificação de comportamento’ enquanto projeto de condutas inadequadas) (Pessotti, 1994, p. 156).

Assim, psiquiatria e pedagogia se confundem. Para atingir a “normalidade das funções mentais”, seria necessária uma reeducação dos costumes, uma reeducação moral, essencialmente repressiva. Nesse sentido, a formação médica não é essencial para o tratamento dos alienados, mas apenas para assegurar a competência do diagnóstico, em todas as suas fases (*id.*, p. 160). A visão de medicina de Pinel englobava o físico, o moral e suas relações, daí acreditar que existiriam remédios morais para todo tipo de doença. Também é deste preceito outra característica do modelo pineliano: por entender a doença como relacional, Pinel acreditava que o dito louco deveria afastar-se das percepções habituais que poderiam ter causado sua doença, ou, pelo menos acompanhado seu despertar. Portanto, ele deveria receber auxílio de uma instituição de atendimento. Se o caso

fosse considerado incurável, restaria ao louco o confinamento definitivo, pois a loucura geraria “maus hábitos” que poderiam contagiar os não loucos.

Cazeto (*op. cit.*) elencou alguns métodos utilizados por Pinel no tratamento moral. O primeiro, “método da liquidação” (termo de Cazeto), consistia no pressuposto de que uma doença, uma vez desencadeada, deveria se completar, o que acarretaria em sua auto-extinção (p. 179). Portanto, seria interessante deixar o doente manifestar sua agitação o mais livremente possível, desde que isso não lhe ameaçasse e nem aos outros. Em muitos casos, os acessos diminuía até desaparecer. Quando isso não ocorria, intervenções se faziam necessárias.

Pinel também partia do pressuposto de que o alienado tem sentimentos, e, por isso, devia ser tratado de forma gentil. Porém, embora alegasse que atos de violência poderiam pôr o trabalho a perder, defendia que era necessário manter a autoridade sobre o alienado. “Daí recomendar o uso de repressão sempre que necessário, na medida suficiente para vencer uma eventual resistência do doente a submeter-se ao tratamento” (*op.cit.*, p. 182). A força da autoridade viria não só do medo da punição, mas de uma interiorização da culpabilidade. Para Foucault (2006), o tratamento realizado por Pinel ainda seria extremamente violento, uma vez que ele, Esquirol e outros médicos de seu tempo, apelavam muito para a força física no trato dos loucos, além de se utilizar de métodos cruéis, como a privação de alimentos.

O tratamento moral também buscava a “destruição das idéias delirantes”, uma vez que estas eram entendidas como aquilo que comprometia as funções do entendimento. Para destruí-las, usava-se distrair o doente pelo trabalho ou por atividades como a audição de música ou certas leituras. Outra forma de destruí-las

era abalando a imaginação do alienado de forma impactante, muitas vezes num nível pré-verbal.

Finalmente, Cazeto (*op. cit.*) nos fala que haveria no tratamento moral uma tentativa de “gestão das paixões”. Lembremos que, segundo Pessotti (*op. cit.*), para Pinel, as paixões seriam modificações da sensibilidade física e moral, que se manifestariam por sinais externos. Assim, não se buscaria destruir as paixões – pois elas seriam a própria vitalidade do organismo; mas rearranjá-las, contrabalanceá-las com outras.

Se Pussin tirou os loucos das correntes, Pinel os trata não mais como animais a serem exibidos em suas jaulas; mas, como dissemos anteriormente, como dignos de um tratamento gentil. Se eles são vistos como pessoas com sentimentos, caberia a pergunta: que tipo de pessoas? Há autonomia na forma em que regem suas vidas?

Isabela de Queiroz (2001) nos alerta: “Se as amarras que atavam fisicamente os doentes mentais foram efetivamente rompidas, outras surgiram, tanto mais perigosas porque sutis, consentidas e sofisticadas” (p. 4). Vejamos o porquê desse posicionamento.

Segundo a autora, Pinel se utilizava dos seguintes procedimentos para produzir a cura: a religião, o medo, o trabalho, o olhar dos outros, a infantilização, o julgamento perpétuo, e, finalmente, o médico, detentor da autoridade dentro do asilo.

Ora, já vimos anteriormente de que forma se articulam quase todos estes aspectos. Embora admitamos que a autoridade dentro do asilo não deva emanar necessariamente do médico (Pinel acreditava que outras pessoas poderiam se utilizar da repressão para re-educar os alienados), o tratamento se dá exatamente por meio dessas figuras de autoridade, que, com seus olhares, deveriam causar medo e inculcar a culpa no doente. É nesse sentido que há uma infantilização, pois o doente não teria autonomia para se gerir. Veremos oportu-

tunamente como estes procedimentos de cura, anteriormente levantados, parecem se presentificarem instituições brasileiras ainda existentes.

### **Continuidades e discontinuidades nos modelos médicos asilares**

Diversas críticas foram feitas às instituições que seguiam o modelo pineliano. As primeiras delas referiam-se a seu caráter fechado e autoritário. O primeiro modelo de reforma proposto, o das Colônias de Alienados ou Colônias Agrícolas prezava por um resgate da razão por meio da recuperação da liberdade, ou da “ilusão de liberdade” (*id.*, p.5). “O objetivo das colônias agrícolas era reproduzir a vida de uma comunidade rural e o ‘armamento terapêutico’ mais utilizado era a praxiterapia (ou laborterapia, como é chamado nas Fazendas de Recuperação de toxicômanos), isto é, o trabalho como fator de cura” (*ibid.*). Observemos que, embora em uma nova formatação, o espaço destinado ao trabalho permanece no tratamento: se em Pinel ele seria uma forma de afastar ideias delirantes, aqui era entendido por si só como fator de cura.

Ainda segundo Queiroz (*op. cit.*), a Segunda Guerra Mundial tornou imperiosa uma nova reforma psiquiátrica na Europa. Isso porque as condições das pessoas institucionalizadas em hospitais psiquiátricos seriam comparadas à lembrança dos campos de concentração. Além disso, a reforma dos espaços asilares seria também uma necessidade econômica, pois haveria nos internos um enorme desperdício de força de trabalho (*id.*, p. 5). São propostas as comunidades terapêuticas, que buscavam medidas administrativas democráticas, participativas e coletivas. O trabalho ainda permanece com um espaço especial, agora na forma de Terapia Ocupacional. Surgem tentativas de ressocialização dos internos, para isso eles seriam integrados em sistemas grupais, onde lhes seria permitida a integração com os demais pacientes, de for-

ma que os seus problemas fossem compartilhados e debatidos, pois se acreditava que isso favoreceria uma ressocialização destes indivíduos.

Com esses modelos apresentados, poderemos agora fazer algumas aproximações entre as Fazendas de Recuperação (nome dado a lugares que permanecem como espaços de tratamento para toxicômanos) e os tratamentos supracitados destinados aos loucos.

### **Aproximações entre o Tratamento Moral, as Fazendas de Recuperação e a “Filosofia dos Doze Passos”**

Em primeiro lugar, as Fazendas de Recuperação (assim como ocorria no tratamento moral pineliano, nas Colônias Agrícolas e nas comunidades terapêuticas) trabalham com a noção de que o toxicômano, para que se recupere, deve se distanciar, mesmo que temporariamente, do seu ambiente. É importante salientar que esta noção não parece ser exclusiva às fazendas, e sim estar de alguma maneira imersa no discurso social. Permanece a crença de que as relações e o ambiente favorecem o desequilíbrio, o que inclusive, dificulta a adesão da sociedade a tratamentos não asilares, como os atualmente propostos pela política de saúde mental brasileira, através dos seus Centros de Atenção Psicossocial. O problema de tal entendimento dá-se no fato de que o tratamento sugerido – afastamento das relações e do ambiente – não modifica a origem do problema e, segundo a própria lógica em questão, se entendemos que o toxicômano deve se ressocializar e sair da instituição, é grande a possibilidade de que reincida no uso de drogas, uma vez que se depararia com as mesmas dificuldades anteriores à internação.

Muitas destas instituições também possuem forte caráter religioso, mesmo as que não se definem como tal, mas que adotam a “Filosofia dos Doze Passos”. Expliquemos no que consiste esta filosofia.

Os Alcoólicos Anônimos (A.A.) surgiram no ano de 1935, em Akron, Ohio, com o encontro de um médico e um corretor da bolsa de valores. Bill, que era alcoolista, conseguira manter a sua sobriedade há algum tempo, o que causou profundo impacto em Bob, também alcoolista. Nasceria daí um forte instrumento dos Alcoólicos Anônimos: a importância do outro para que se consiga largar o vício. Juntos, eles iniciaram trabalhos com grupos de alcoolistas, visando torná-los “alcoólicos sóbrios”, termo utilizado no A.A. (Alcoólicos, s/d, p.9). Em 1939, Bill lançaria o livro Alcoólicos Anônimos, em que expunha os métodos dos Alcoólicos Anônimos, que seriam fundamentados na Filosofia dos Doze Passos. Para não tornar este trabalho exaustivo, citaremos aqui apenas os passos específicos que dizem respeito, diretamente, à questão da religião (*id.*, p.74): o segundo – “Vimos a acreditar que um Poder superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade”; o terceiro – “Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos”; o quinto - “Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas”; o sexto – “Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter”; o sétimo – “Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições”; o décimo primeiro – “Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós, e forças para realizar essa vontade”; e o décimo segundo: “Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólatras e praticar estes princípios em todas as nossas atividades”.

Ora, percebamos que a religião está na maioria desses passos. Além disso, a religiosidade se articula com o discurso da

culpa: falam-se de falhas, defeitos de caráter, imperfeições. Se o tratamento pineliano se chamava moral, o que dizer do quarto passo: “ Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos”, se não que ele se articulava tanto com uma necessidade de enquadramento como numa introjeção da culpa?

Esse discurso, logicamente, relaciona-se com práticas específicas. Ao falarmos sobre as comunidades terapêuticas, referimo-nos aos momentos de partilha de sentimentos. As Fazendas de Recuperação frequentemente possuem momentos denominados partilhas. Teoricamente, eles possibilitariam aos internos, pelo sentimento de confiança de estar com pessoas que passam por dificuldades semelhantes, falar de seus sentimentos, do que realmente lhes toca. O que vemos aí é que se espera que os temas debatidos circulem entre sentimentos de culpa, medo, vergonha. Entretanto, aspectos que também são próprios da vivência dos alcoolistas ou toxicômanos – como o prazer advindo dessas substâncias - não são, por assim dizer, bem “trabalhados”. O dependente deve se enquadrar num discurso que remete ao “julgamento perpétuo” das instituições pinelianas. Isso nos parece ser perfeitamente expresso na necessidade de que o dependente se reconheça como doente, uma doença que não tem cura. Para os Alcoólicos Anônimos, não existe ex-alcoólico, mas “alcoólico em recuperação”, ou “alcoólicos sóbrios”, mesmo que há 30 anos. A repressão da expressão de sentimentos agradáveis relacionados ao uso de drogas parece servir à imposição de uma ordem de abstinência com claros benefícios sociais (uma vez que, frequentemente, as toxicomanias se relacionam com prejuízos ao trabalho, atos violentos ou de infração). Somente com o passo do minucioso inventário moral é possível chegar ao oitavo, qual seja, fazer uma relação de todas as pessoas prejudicadas e se dispor a reparar os danos causados (*ibid.*).

Voltando à evolução do tratamento moral, passando pelas Colônias Agrícolas e comunidades terapêuticas, observamos o papel que o trabalho ocupa nas Fazendas de Recuperação. Ora, a praxiterapia nasceu com o surgimento da sociedade burguesa europeia, e, portanto, carregada dessa ideologia. Hoje, nos tratamentos para toxicômanos, ela é chamada Labor-terapia. “O trabalho dignifica o homem” é um provérbio popular que, presente hoje em nossa cultura, aponta para esta transformação por via do trabalho. Entretanto, os trabalhos oferecidos a esses sujeitos (cuidar de hortas e jardins, propiciar a manutenção do próprio espaço, lavar roupa, preparar comida, etc.) não apontam para alguma identificação que o indivíduo possa ter ao assumir uma atividade. Não vemos qualquer papel criativo aí envolvido, parecendo-nos que ao invés de permitir uma possibilidade criadora e, portanto, transformadora nesse sujeito, serve muito mais a uma ideologia de produtividade esvaziada de sentido. Surge, frequentemente no discurso dos funcionários dessas instituições, e mesmo para pessoas não ligadas a ela, a noção de que “é preciso ocupar a mente para não pensar na droga”, o que muito se assemelha à “distração pelo trabalho” de Pinel. Chamamos a atenção para o fato de que não estamos propondo que seja ou não seja oferecido trabalho nesses espaços. Há uma dimensão que é a da responsabilização e, a manutenção do próprio espaço faz parte da tomada de responsabilidade necessária onde quer que se esteja. Isto não quer dizer que qualquer trabalho em si tenha caráter terapêutico ou que possua eficácia no sentido de diminuir o impulso para o consumo de drogas.

Embora tenhamos mencionado que há instituições que adotam a Filosofia dos Doze Passos, é importante lembrar que ela não está necessariamente ligada a um modelo de internamento. Muito pelo contrário. Vários grupos passaram a seguir o seu molde, como os “Narcóticos Anônimos”,

por exemplo. Nesses casos, os grupos de mútua ajuda, mesmo que não trabalhem com a contenção do toxicômano ou alcoollista em um espaço físico, mesmo que permitam a este certa liberdade na administração de sua vida social, também carregam valores relacionados à contenção. “Só hoje não darei o primeiro gole” fala de um indivíduo que, ao contrário de outros, não seria capaz de administrar a sua “cervejinha do fim-de-semana”. A meta aqui é a abstinência absoluta.

Freud, em “O mal-estar na civilização”, fala-nos:

A vida, tal como a encontramos, é árdua demais para nós (...). A fim de suportá-la, não podemos dispensar as medidas paliativas (...). Existem talvez três medidas desse tipo: derivativos poderosos, que nos fazem extrair luz de nossa desgraça; satisfações substitutivas, que a diminuem; e substâncias tóxicas, que nos tornam insensíveis a ela (1930/1996, p. 83).

Perguntamo-nos então, se, dentro das formas com que a humanidade tem se utilizado para lidar com os sofrimentos e decepções, o uso de substâncias tóxicas não poderia ser possível, a esses indivíduos, sem levá-los à dependência, como é possível a outros. Parece-nos que esta é uma questão, sobretudo, moral: o julgamento perpétuo frente ao passado de erros fecha para sempre esta possibilidade.

### **Contribuições psicanalíticas - Sobre o lugar do amor nas Fazendas de Recuperação**

O trabalho que iniciaremos agora (pensar contribuições psicanalíticas ao modelo vigente de Fazendas de Recuperação) é muito delicado, pois se trata de abordar psicanaliticamente uma prática declaradamente não psicanalítica. Entendendo que

muito mais do que críticas, o que visamos é a contribuir para a construção de uma nova forma de pensar o tratamento para toxicômanos e alcoolistas, é que ousamos prosseguir. Para isso, será necessário retomar alguns pontos da teoria psicanalítica. Iniciaremos falando sobre a importância das relações objetais para o sujeito.

Em “À guisa de introdução ao narcisismo” (1914/2004), Freud apresentou uma teoria a respeito do desenvolvimento do sujeito. Para ele, no início da vida, o bebê seria regido por pulsões auto-eróticas, o que equivale a dizer que tais pulsões de início exerceriam suas atividades independentemente uma das outras e só bem mais tarde seriam amalgamadas em uma síntese mais ou menos completa (Freud, 1915/2004, p. 151). A instância psíquica por ele denominada “ego” ainda não se encontraria diferenciada. Tal diferenciação só ocorreria com uma nova ação psíquica que desencadearia um segundo estágio, narcísico, em que a libido (a “energia sexual”) se encontraria organizada e investida no próprio ego do sujeito. Teríamos aí o chamado “narcisismo primário”, fase caracterizada pelo sentimento, da criança, de onipotência.

Em um momento posterior, “a criança aprende a amar outras pessoas que a ajudam em seu desamparo e satisfazem suas necessidades” (Freud, 1905/1996, p. 210). Dizemos que ela passa a ligar sua libido a objetos, entendendo por libido uma força variável implicada no âmbito da excitação sexual. Ou seja, ela estabeleceria uma relação de amor com aquele que cuida dela, e esse amor seria de natureza sexual, uma vez que teria em sua origem as pulsões sexuais: “(...) a pulsão sexual, como bem sabemos, não é despertada apenas pela excitação da zona genital; aquilo a que chamamos ternura um dia exercerá seus efeitos, infalivelmente, também sobre as zonas genitais” (*id.*, p. 211). Nesta fase, a criança estabeleceria uma relação dual com seu objeto de amor. Isto se modificaria

com a entrada de um terceiro na situação. É esse momento que chamamos o “complexo de Édipo”. Para o menino, ele seria caracterizado pela escolha da mãe como primeiro objeto de amor, enquanto o pai se tornaria o rival do amor materno. O menino passaria a odiar e desejar a morte do pai, inconscientemente. Já para a menina, a mãe também seria o primeiro objeto de amor, mas seria substituída pelo pai; sendo o ódio e o desejo inconsciente de eliminar o rival direcionados à mãe (Jorge & Ferreira, 2002, p. 46-7).

Freud acreditava que as crianças fantasiavam que todos têm o mesmo genital: o órgão masculino. Ao perceberem que isso não é verdade, deduziriam que aqueles que não o têm o perderam. Surgiriam as fantasias, nos meninos, de que seria possível perdê-lo, e para as meninas, a esperança de tê-lo. Temos aí o complexo de castração, que não pode ser dissociado do complexo de Édipo. As ameaças que são feitas às crianças adquiririam papel na subjetividade quando inscritas neste processo. O menino abriria mão do amor da mãe em nome do pai, para não perder o órgão sexual. A menina renunciaria à sua fantasia de possuí-lo e às suas fantasias eróticas com o pai.

O complexo de Édipo e o complexo de castração são cruciais no desenvolvimento psíquico. Reconhecendo-se faltoso, saindo de sua onipotência, o sujeito se abriria então para a cultura. O que, posteriormente, Freud chamou de “superego”, ou seja, a instância psíquica que trará valores culturais através da figura parental tem sua origem no complexo de castração. A vida psíquica seria, portanto, “forçada a ultrapassar as fronteiras do narcisismo e a depositar a libido nos objetos” (Freud, 2004, p. 105).

Essa necessidade advém do fato de que se as escolhas objetais, por algum motivo, não podem ocorrer, o indivíduo tende a, num mecanismo de proteção psíquica, um retorno ao estado narcísico original. O que

agora é vivido como narcisismo secundário, é um desinvestimento objetal que pode tomar formas de esquizofrenia, por exemplo, ou outros distúrbios de ordem narcísica. “Um forte egoísmo protege contra o adoecimento, mas, no final, precisamos começar a amar para não adoecer, e iremos adoecer se, em consequência de impedimentos, não pudermos amar” (*id.*, p.106).

Isto é o que Freud afirma para todas as pessoas. Entretanto, entendemos que para o toxicômano esta questão se coloca dotada de ainda maior importância.

Admitimos que, como nos diz Gurfinkel (1995), o que está em jogo na situação do toxicômano é a própria lógica do apoio. Em seu curso normal, a pulsão ganha voo próprio ao se deslocar das funções vitais, e é justamente isto que constitui o psiquismo. Para o toxicômano, no entanto, esta lógica é invertida, trilhando-se “o antigo caminho da autoconservação, em busca do objeto exclusivo de um prazer necessário” (*id.*, p. 116). Isso quer dizer que haveria uma busca de silenciamento à demanda de prazer sexual dirigida ao outro, o que implicaria num investimento no eu, próximo às pulsões do eu – ou seja, um narcisismo não sexual (*id.*, p. 118). Mas qual a importância de estudarmos a vinculação da libido aos objetos no psiquismo, e, em especial, para os toxicômanos?

Fizemos esse caminho porque observamos que muitas instituições de internação de toxicômanos impõem grandes restrições às relações que o interno possuía antes do tratamento e durante o mesmo. Não só o isolamento físico, mas a impossibilidade de comunicação por chamadas telefônicas; o inculcamento da ideia de que o toxicômano deveria se afastar especialmente de pessoas e ambientes festivos; ou a impossibilidade de um relacionamento amoroso com outro interno. O relacionamento possível é aquele da “irmandade” (termo usado pelos Alcoólicos Anônimos), da mútua-ajuda e amarrada à necessidade de uma pessoa em semelhante condição.

Considerando o exposto sobre a importância das relações objetais, é custoso entender que estas sejam dificultadas de alguma maneira, em um lugar onde, supostamente, busca-se tratar o toxicômano, e, logo, reabilitá-lo a exercer suas funções sociais. Quando tudo o que se tenta nestas instituições é afastar o pensamento da droga, na verdade, está-se impedindo que a libido se distribua entre objetos outros.

Tanto quando falamos do tipo de trabalho oferecido ao toxicômano, como quando nos referimos às relações que lhe são permitidas, o que queremos apontar é a importância de vivências significativas na tentativa de que ao sujeito toxicômano sejam permitido prazeres conforme o Ideal de Ego do mesmo. Quanto a este ponto, faremos algumas breves explanações no tópico a seguir.

#### **A importância da aproximação ao Ideal de Ego**

Pensando, ainda, no desenvolvimento psíquico do sujeito, temos que a condição narcísica dele não se esgota completamente quando reconhece que não é mais o Eu Ideal (Ego Ideal), aquele ser onipotente a que nos referimos. A partir dos valores introjetados com a fundação do Superego, ele então imagina um Ideal de Eu (Ideal de Ego), com qualidades que, a partir da cultura, seriam desejáveis. Diz-nos Freud: “(...) o que o ser humano projeta diante de si como seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância, durante o qual ele mesmo era seu próprio ideal” (*id.*, p. 112).

Poder realizar atividades que o aproximam de seu Ideal de Ego é condição fundamental para que o indivíduo possa sentir uma reafirmação narcísica. “(...) tudo o que possuímos ou conseguimos, cada remanescente do sentimento primitivo de onipotência que tenha eventualmente sido corroborado pela nossa experiência, ajuda a incrementar o autoconceito” (*id.*, p. 115).

“Incrementar o autoconceito” é necessário, pois, como ele se configura dentro da existência de um Ideal de Eu, e não de um Eu Ideal, remete a um indivíduo que reconhece a lei superegóica. Se, entretanto, afirmar-se dentro dessa perspectiva parece, ao sujeito, por demais impossível, o que ele tenta, então, é negar essa lei.

É assim que se pode pensar no tóxico como um indivíduo que se encontra “à margem”. À margem, pois, reconhecendo a sua inserção na cultura como impossível, tenta se excluir de sua ordem. Busca, pois, um prazer sem limites, o qual a droga poderia lhe proporcionar.

O problema que se coloca é que mesmo as instituições que visariam o acolhimento dessas pessoas também se colocam dentro dessa lógica de marginalização. O indivíduo pego mantendo relações amorosas lá dentro é convidado a se retirar, sem que seja considerado que tem a dizer, a sua história de vida ou as implicações que o fato de ser colocado, mais uma vez, à margem pode causar. Condenando-se e condenado a esse outro lugar, o da margem, esse indivíduo busca negar a lei e a possibilidade de se inserir, minimamente, nas condições que a sua sociedade cria. Percebamos que é uma via de mão dupla. A instituição tem regras que, como em toda a sociedade, devem ser respeitadas. Ao burlá-las, o interno assume o risco de sofrer as consequências. É neste momento que ele se condena à margem. Entretanto, com regras inflexíveis que não deixam espaço para a escuta dos internos, a instituição reafirma a marginalização à qual ele se condenou.

Isabel Marin (1998), em seu artigo “Instituições e violência – violência nas instituições” ao falar de instituições para adolescentes infratores, levanta a questão da marginalização, ao tratar dos responsáveis pelos jovens em tais lugares:

O que encontram aí? Antes de tudo, adultos que são muito parecidos

com seus pais, que idealizam crianças que lhes remetam a um modelo de fotografia bonita, onde serão colocados. No nosso caso, os educadores se mostram perfeitos, sem mácula e sobretudo sem crueldade. Como olhar para esse jovem maculado? (p. 106).

É novamente da falta de flexibilização de que falamos. Assim como as regras intransponíveis, os educadores se colocam e são colocados como pessoas sem falhas. A realidade, nestes lugares, parece se apresentar de forma maniqueísta. De maneira similar, temos o sistema dos grupos de mútua-ajuda, em que “monitores” são modelos de abstinência a serem seguidos. É o último passo que pode se alcançar dentro da filosofia dos doze passos, citado anteriormente: “Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólatras e praticar estes princípios em todas as nossas atividades” (Álcoólicos, s/d, p.75). Ou seja: estas pessoas precisam policiar seus comportamentos para que possam ser modelos aos outros “maculados”, o que acaba resultando em um grande número de pessoas que permanece vinculada a este discurso, mesmo depois do tratamento.

Gurfinkel (1995) traz o exemplo curioso do bem sucedido profissional que se envolveu com drogas, e, no intuito de livrar-se delas, mudou-se para uma cidade em que ninguém o conhecia, começou a frequentar grupos religiosos “e repetia as ‘falas’ religiosas de forma estereotipadas” (p. 279), passando a trabalhar como “segurança” e “vigia” de uma empresa, uma função bem menos qualificada do que a que exercia.

Atuar em uma função que, simbolicamente, denota “segurança” parece ser uma necessidade de muitos ex-dependentes. Isto nos faz pensar que esse indivíduo

busca algo que o contenha, já que ele próprio não é capaz de tal feito.

A 'instituição' serve como um quadro a partir do qual o sujeito consegue uma organização precária (...). Os grupos religiosos são frequentemente bastante hábeis em oferecer este tipo de 'continência'; as suas normas, princípios éticos e rituais complementam como próteses uma organização psíquica (ideal de eu) desfeita, proporcionam externamente uma 'segurança', um 'vigia', uma proteção – o supereu com o ideal e a consciência crítica – que é falha no plano interno. A consequência deste tipo de 'identificação' é uma inevitável restrição da vida psíquica e pessoal, uma falta de autonomia no pensar e no agir e uma rigidez profunda diante da vida (*id.*, 279-280).

Ou ainda poderíamos pensar que esta forma de relação que o toxicômano estabelece com as Fazendas de Recuperação ou com os grupos de mútua-ajuda se assemelha ao que Freud denominou "dependência opressiva com a pessoa salvadora", em que a vivência de autonomia é bastante reduzida, em nome do rigor da "irmandade". Esta só existe uma vez que "Os grupos partem de uma fascinação imaginária provocada pela ilusão de uma semelhança que une seus elementos em torno do fato de serem todos iguais em seus sofrimentos" (Kupfer, 1994, p. 116). A questão é que a vida extramuros institucionais, ou fora dos grupos de mútua ajuda, irá, necessariamente, apresentar o diferente. É nessa diferença, que não pode ser apagada do cotidiano, que tal conduta enrijecida comumente desaba. Não queremos dizer que o trabalho em grupo com toxicômanos é necessariamente ruim. O que apontamos como li-

mitação é a permanência na fascinação imaginária, onde não há espaço para a diferença emergir.

### **Tratamentos para toxicômanos objetivando a autonomia e uma forma criativa de existir**

Diante desse quadro, entende-se que o que é necessário, ao toxicômano ou alcoologista, não é um esquema rígido ao qual ele deva se adequar, eternamente tentando se moldar ao que dele é pedido. Primeiramente, porque não se vê aí uma conduta de respeito, de tentativa de possibilitar-lhe um surgimento como sujeito; e, quando falamos sujeito, concordamos com Queiroz que a sua dimensão é a da implicação, da liberdade e da responsabilidade (*op. cit.*, p.8). Depois, porque mesmo em um discurso funcional, essa conduta moral é bastante frágil e passível de um desabamento súbito.

Acreditamos então, que ao lidar com tais pessoas, mesmo que no âmbito da instituição, as regras e limites não devem ser descartados. No entanto, o sujeito não precisa se ligar a elas pela via da infantilização e submissão a um poder superior, seja este poder Deus, o médico ou o monitor. A "partilha de sentimentos" é interessante, desde que, de fato, estes tenham seu lugar garantido, sejam quais forem. O tratamento para toxicômanos necessita permitir a expressão da subjetividade.

Considerando a importância da possibilidade de cumprimento do Ideal de Eu, a expressão da subjetividade poderia se dar por intermédio de atividades criativas, nas quais o sujeito se expressaria e, também, possibilitaria o "incremento do autoconceito" apontado por Freud. Além de favorecer uma real vinculação às atividades, elas poderiam exercer funções elaborativas para as vivências angustiantes dos sujeitos.

Cordeiro (1997), em um trabalho em que questiona se há função terapêutica no uso de oficinas com toxicômanos, faz um resgate deste dispositivo clínico na Saúde

Mental. Elas iriam se opor à ideia da distração pelo trabalho ou pela leitura e audição de músicas que Pinel defendia. Seriam reinventadas por Basaglia, em um movimento que ocorreu na Itália e visariam a reinserção do louco no mercado de trabalho, ou seja, o que se busca é uma inclusão social pela via do trabalho. É importante deixar claro: não estamos falando de cura da toxicomania pelo trabalho, mas de uma tentativa de inclusão social do toxicômano.

Mas há outra espécie de oficina: as oficinas de contos, poesias, teatro, música, entre outras. Nesse caso, o que se objetiva não é o produto final: a peça apresentada, a música aprendida. Mas a ressignificação daquilo que é lido, ouvido, encenado. A obra permitiria ao toxicômano “significar algo de si próprio, da sua história, da sua verdade” (*id.*, p. 21), à maneira do artista:

Originalmente, o artista é uma pessoa que, por não conseguir se haver com a exigência de renúncia à satisfação pulsional de início requerida pela realidade, afastou-se da realidade e, no mundo da fantasia, deu livre curso a seus desejos eróticos e ambiciosos. No entanto, é capaz de encontrar o caminho de volta desse mundo da fantasia à realidade, graças a um talento especial para moldar suas fantasias em realidades de um novo tipo, aceitas pelas pessoas como imagens valiosas da realidade (Freud, 2004 [1911], p. 69).

O que se defende é, primeiramente, que se tenha em mente os objetivos das atividades propostas em tratamentos para toxicômanos e alcoolistas. Se forem disponibilizados trabalhos específicos com profissionalização, que seja claro o porquê desse recurso e que seja acompanhado do engajamento/escolha do interessado, no caso de uma tentativa de reinserção no mercado de trabalho. Se utilizarmos oficinas artísticas,

que primem pelo espaço de fala do sujeito, que sejam meios de elaboração de vivências, e aí sim, assumamos seu caráter terapêutico. Mas que de qualquer maneira, independente de se serão usadas oficinas ou quaisquer outros meios, que o tratamento seja um espaço onde seja possível aos toxicômanos “encontrar e denunciar aquilo que lhes falta, serem ouvidos, aprenderem a buscar soluções dentro dos princípios colocados pela ordem social, criarem essas soluções” (Marin, 1998, p.106). Assim, o que buscamos não são regras prontas exteriores ao toxicômano ou alcoolista, mas que este, possa, pela vivência de autonomia, e não de infantilização e culpa, repensar regras, coletivamente, possibilitando assim sua inserção na cultura. A sua relação com os outros seria guiada não por uma “dependência opressiva” ou por uma “irmandade”, mas por um clima de confiança e acolhimento, inclusive de suas “máculas”, mas não só delas.

Tentou-se, portanto, com esse trabalho, através de um resgate de alguns modelos psiquiátricos, entender possíveis relações com formas atuais de tratamentos para toxicômanos e alcoolistas. Também se procurou oferecer algumas contribuições, a partir da Psicanálise, não de técnicas ou terapêuticas específicas para tratamentos, mas de ideias e valores que, acredita-se, deveriam existir por trás dos mesmos.

## 2 - REFERÊNCIAS

- Alcoólicos Anônimos (s/d). *Alcoólicos Anônimos: A história de como muitos milhares de homens e mulheres se recuperaram do alcoolismo*. São Paulo. Centro de Distribuição de Literatura de A.A. para o Brasil – CLAAB.
- Cazeto, S. J. (2001). *A constituição do inconsciente em práticas clínicas na França do século XIX*. São Paulo. Escuta/Fapesp.
- Cordeiro, F. (1997). Reflexões sobre a função terapêutica da oficina: o caso da clíni-

ca das toxicomanias. In Centro Mineiro de Toxicomania (ed.). *Caderno da X Jornada do Centro Mineiro de Toxicomania (Inibição, sintoma e angústia na clínica das toxicomanias)*. Belo Horizonte.

Foucault, M. (1975). A constituição histórica da doença mental. In M. Foucault. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro. Tempo brasileiro.

Foucault, M. (2006). *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes.

Freud, S. (2004). À guisa de introdução ao narcisismo. In S. Freud, *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Rio de Janeiro. Imago. (Trabalho original publicado em 1914)

\_\_\_\_\_. (2004). Formulações sobre os dois princípios do acontecer psíquico. In S. Freud, *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Rio de Janeiro. Imago. (Trabalho original publicado em 1911)

\_\_\_\_\_. (1996). O mal-estar na civilização. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro. Imago. (Trabalho original publicado em 1930)

\_\_\_\_\_. (2004). Pulsões e destinos da pulsão. In S. Freud, *Escritos sobre a psicolo-*

*gia do inconsciente*. Rio de Janeiro. Imago. (Trabalho original publicado em 1915)

\_\_\_\_\_. (1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905)

Gurfinkel, D. (1995). *A pulsão e seu objeto-droga*. Petrópolis. Vozes.

Jorge, M. A. C., & Ferreira, N. P. (2002). *Freud: Criador da Psicanálise*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Ed..

Kupfer, M. C. (1994). Pais: melhor não tê-los? In A. M. S. Rosemberg (ed.) *O lugar dos pais na psicanálise de crianças*. São Paulo. Escuta.

Marin, I. S. K. (1998). Instituições e violência – violência nas instituições. In D. L. Levisky (ed.) *Adolescência pelos caminhos da violência*. São Paulo. Casa do Psicólogo.

Pessotti, I. (1994). *A loucura e as épocas*. Rio de Janeiro. Ed. 34.

Queiroz, I. S. (2001). Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(4), 2-15.