

Entre o trauma e a toxicomania, o que resta do sujeito?

Maria Eduarda Freitas Moraes¹

¹ Psicóloga graduada pela Universidade Federal de Santa Maria. Mestra em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria. Especializanda em Psicanálise e Contemporaneidade pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Introdução

O trauma, em Psicanálise, refere-se ao excesso de excitação no aparelho psíquico que provoca desprazer² devido à impossibilidade de elaborar esse excesso (Freud, 1920/2010). A repetição, por sua vez, pode indicar o movimento do sujeito na busca pela elaboração de uma experiência traumática (Freud, 1914/2010). Para Lacan (1960/1988), a rememoração colocará em jogo também o potencial destrutivo da pulsão de morte. Desse modo, a pulsão de morte é capaz de articular sua potência destrutiva à possibilidade criativa de subjetivação da experiência.

Tendo como base uma leitura psicanalítica, este artigo busca discutir a presença e a reincidência do trauma na história subjetiva a partir da apresentação de um caso de toxicomania, no intuito de evidenciar a possibilidade de construção simbólica sobre o traumático, bem como o exercício da escuta clínica em um contexto institucional. Em última instância, objetiva-se discutir quando o aparecimento evanescente do sujeito do inconsciente se faz presente no modo singular de acesso que o sujeito tem em relação à droga.

Para tanto, entendemos a toxicomania³ como “uma especificidade do uso de substâncias tóxicas que comporta uma modalidade de existência do sujeito a partir do consumo exacerbado de tóxico” (Rutzatz & Macedo, 2015, p. 242). Em outras palavras, o tóxico passa a reger um modo privilegiado – e, por vezes, exclusivo – de acesso ao gozo na economia psíquica.⁴ Desse modo, o indivíduo demanda o uso da substância em uma dinâmica que funde sujeito e objeto. Esse gozo não inclui outro além da substância; o que estaria colocado seria uma montagem que remete ao autoerotismo mediante um superinvestimento narcísico (Inem, 2022; Rutzatz & Macedo, 2015).

A dependência de um objeto, por sua vez, revelaria uma falha simbólica na cadeia significativa,⁵ a qual não permite a construção de recursos simbólicos necessários para a constituição do sujeito desejante. Segundo Lacan (1966/1998), é a leitura dos significantes que permite a mediação simbólica entre sujeito e desejo inconsciente. Sendo assim, a leitura dos significantes que permeiam a história do sujeito é um dos comprometimentos da toxicomania e, nessa perspectiva, a esta também diz respeito a um modo de o sujeito responder ao Outro⁶ com a sua estrutura (Inem, 2022).

² No aparelho psíquico, encontra-se o conflito intrínseco ao sujeito no que se refere à oposição entre princípio de prazer e princípio de realidade. Para aprofundamento dessa questão, ver Freud (1930/2010).

³ Cabe diferenciar toxicomania e adicção, entendendo esta como uma dependência em relação a um objeto, de modo mais amplo, enquanto a toxicomania coloca em questão a relação com as substâncias psicoativas. Ambas estão próximas pela modalidade de prazer regulada pelo autoerotismo. Em outras palavras, um acesso a um prazer que não inclui o outro (Bento, 2007; Inem, 2022).

⁴ Entende-se gozo, como formulado por Lacan (1960/1988, p. 251), quando refere que, a partir da cisão subjetiva entre necessidade e desejo, “o gozo se apresenta não pura e simplesmente como a satisfação de uma necessidade (*besoin*), mas como a satisfação de uma pulsão”. Ou seja, o modo de satisfação também é uma produção singular do sujeito, que revela traços e contingências da sua história (Soler, 2018).

⁵ Partindo do pressuposto de que a cadeia significante estrutura o sujeito em uma montagem em que cada significante remete a outro significante; traços dos quais o sujeito pode se apropriar para ler e reler sua história.

⁶ Cabe diferenciar “Outro” de “outro” na obra de Jacques Lacan. Utilizando a leitura de Colette Soler (2018, p. 72), o Outro se refere ao “lugar da estrutura da linguagem com tudo o que ela implica, mas também o lugar da palavra [...], são os outros sem maiúscula que dão voz e corpo a este Outro maiúsculo”. Em outras

Freud, em *O mal-estar na civilização* (1930/2010), considera que o uso de substâncias psicoativas traz prazer e satisfação ao sujeito. Entretanto, em *Recordar, repetir e elaborar* (Freud, 1914/2010), podemos também ler o uso de uma substância psicoativa como um modo de repetição de uma situação traumática, uma vez que o investimento subjetivo na substância não é regido somente pelo princípio do prazer, mas pode também se tratar da reincidência de uma situação traumática, que demanda elaboração e que, ao se repetir, provoca desprazer. Essa é uma questão que se coloca com a apresentação do caso clínico.

Para ampliar a discussão, entendo a noção de trauma como também constituinte de uma falha simbólica, a qual demanda a inscrição de novos significantes na narrativa do sujeito (Marques, 2015). Diante disso, a duplicidade de inscrição – o trauma e a toxicomania – revela uma especificidade da clínica.

A toxicomania também pode indicar a impossibilidade de nomear e simbolizar a angústia como excesso de dor que incide no aparelho psíquico (Rutsatz & Macedo, 2015). Nesse ponto, a angústia é apreendida como momento no qual o sujeito está destituído de um traço que o subjetive e que faça enlace com a condição desejante (Soler, 2021); ou seja, novamente remete-se o sujeito à falha simbólica na cadeia significante.

A repetição, por sua vez, pode ainda indicar a tentativa de inscrição de um traço singular como defesa perante a angústia. Nesse sentido, cabe diferenciar a angústia sinal de uma angústia real. Soler (2021) indica que a angústia sinal refere-se à defesa, estabelecida por experiências anteriores, de um perigo possível ou provável; em outras palavras, trata-se da possibilidade de antecipar um perigo. Já a angústia real se refere a um perigo atual para o qual o sujeito não conta com a possibilidade de antecipação porque o perigo lhe é desconhecido; momento então que o sujeito se encontra sem recursos simbólicos.

Soler (2021) ainda indica que há um trauma constitutivo a todo sujeito que se refere ao furo no Outro, uma vez que o Outro “não sabe o que deseja” (p. 77). Esse modo de o Outro incidir revela sua própria falta. No entanto, espera-se que a falta possa promover o espaço necessário para que o sujeito interrogue acerca do próprio desejo. Mas, qual seria a possibilidade de o sujeito interrogar-se sobre seu próprio desejo em uma dinâmica de compulsão à repetição no âmbito da toxicomania? Estaria o sujeito colocado unicamente como objeto com o seu sintoma autoerótico?

No que se refere à ética da Psicanálise, faz-se necessário interrogar acerca do aparecimento evanescente do desejo do sujeito do inconsciente (Lacan, 1964/2008). Sendo assim, este texto busca interrogar quais são as dores que compõem uma cadeia significante em uma dinâmica de compulsão à repetição. Em última instância, o que resta do sujeito?

Método

Apresento um caso clínico a fim de ilustrar a questão proposta. Em Psicanálise, entende-se que o método de tratamento e o método de investigação coincidem; ou seja, a

palavras, Outro se refere ao reservatório de significantes e de referências que constituem o inconsciente a partir da entrada do sujeito no campo da linguagem. A resposta do sujeito à pergunta do Outro sobre o seu desejo irá indicar a estrutura subjetiva.

pesquisa não se refere a um momento fragmentado do tratamento; pelo contrário, ela é constituinte do processo analítico, uma vez que esse processo envolve “a pesquisa do inconsciente” (Dunker & Zanetti, 2017, p. 31).

Nessa perspectiva, o método clínico diz respeito à “reconstrução da experiência” do sujeito e “envolve reconhecer certos signos, ligá-los entre si por relações de associação e referi-los a certas determinações ou causas, que podem ser revertidas a efeitos (Dunker, 2017, p. 187). Nesse ponto, não se trata de utilizar o caso como exemplificação da teoria, mas como interrogação desta, considerando que “é só na dialética entre universal e particular que se pode localizar o singular” (p. 209) do caso clínico que permite esse movimento.

Entende-se ainda que a apresentação do caso clínico não visa à sua descrição de uma realidade dada nem a narrativa de uma série de acontecimentos, sem lacunas. Antes, ele é “construído a partir das ambições do tratamento conciliadas com os problemas da forma literária, dos efeitos de transmissão e suas condições éticas” (Dunker, 2017, p. 197). Nessa via, algumas lacunas também compõem parte da transmissão do caso, considerando que há um desencontro entre o que a escrita pode abarcar e o real tornado presente no caso a partir do saber inconsciente.

Considera-se, portanto, que não é o objetivo descrever e esgotar toda a discussão sobre o caso, visto que o caso clínico também é “um fragmento de não-totalidade” (Dunker, 2017, p. 190). O caso clínico, então, se define “por um conjunto de aplainamentos narrativos (ordenamento dos fatos, localização das ações e passagens fundamentais), discursivos (psiquiátrico, familiar, literário, biográfico) e lógicos” (Dunker & Zanetti, 2017, p. 25). Sendo assim, o que se almeja é apresentar o contexto de tratamento do caso e propor uma leitura por meio de sua singularidade (Ferreira, 2018; Marcos, 2018; Vorcaro, 2018).

A escuta clínica do caso ocorreu no ambiente de um hospital geral, em uma unidade de saúde mental, em uma instituição na qual atuei como psicóloga. A paciente esteve internada diversas vezes nessa instituição, o que permitiu desenvolver certo lugar transferencial no tratamento, pois à medida que a paciente buscava retomar os atendimentos ocorriam reinternações.

Considerando que a escuta e a construção do caso ocorre a partir da transferência, faz-se necessário situá-la e nomeá-la, bem como delimitar suas possibilidades em um contexto institucional. Nesse ponto, a transferência é entendida como a suposição de saber que o analisante deposita no analista ao endereçar sua fala a ele (Lacan, 1964/2008). A atuação do psicanalista em instituições públicas, por sua vez, se faz cada vez mais necessária. Como assinalado por Ribeiro e Fernandes (2013, p. 264), “a experiência tem demonstrado que o consultório privado é insuficiente como dispositivo para tratar a grande maioria dos chamados sintomas atuais”.

Para Broide e Broide (2020, p. 24), a relação transferencial no contexto institucional permite refletir sobre a “permeabilidade entre os momentos de alienação e de separação” entre usuário e os grupos compostos na instituição. No caso de uma internação em saúde mental, salientamos as condições de emergência singular do sujeito que promovem uma escuta para além do sintoma, entendendo que esta é a posição que

deve ser sustentada pelo analista (Ferreira & Veras, 2018). Sendo assim, o trabalho da Psicanálise, seja no ambiente hospitalar, seja no atendimento de toxicômanos, deve possibilitar ir além do diagnóstico a fim de priorizar o próprio sujeito que apresenta uma história singular (Rutsatz & Macedo, 2015).

Ainda no que se refere às condições de exercício da Psicanálise em instituições, J. Broide (2020, p. 43) coloca que “o material inconsciente que surge no atendimento individual em nosso consultório particular não é exatamente igual àquele que emerge em um grupo, em determinada instituição pública, privada ou na rua”. No caso apresentado, a escuta ocorreu em atendimentos individuais durante a internação da paciente. Os atendimentos ocorriam em local próximo ao leito onde a paciente se encontrava ou em uma sala específica para atendimento individual. Esses ambientes são bastante diversos do consultório e certamente não é possível manter as condições ideais de análise, no que se refere ao tempo das sessões, periodicidade, pagamento, entre outras. Apesar disso, a escuta no ambiente hospitalar não deixa de exercer uma função analítica.⁷

No que se refere especificamente à escuta no ambiente hospitalar, “o psicanalista circula oferecendo sua escuta, que tende a criar demanda” (Iaconelli, 2022, p. 84). Em outras palavras, é comum que não haja uma demanda por uma escuta analítica em um primeiro momento, visto que geralmente a internação ocorre por outras demandas que não um tratamento psicanalítico: seja por questões de saúde física, pela desintoxicação do uso abusivo de substâncias psicoativas, seja por acesso ao tratamento médico, entre outras. Nesse contexto, cabe ao analista apresentar e inserir o seu saber, do inconsciente, para a instituição, para a equipe e para o paciente. Esse saber, por sua vez, não se pretende taxativo ou apenas classificador dos sintomas apresentados pelo paciente; pelo contrário, busca convocar o sujeito posicionar-se perante seu sintoma, tornando-o questão para ele. Como pontuou J. Broide (2020, p. 43) a respeito do atendimento em instituições públicas,

nós, psicanalistas, somos especialistas no dispositivo construído por Freud, que é o consultório, mas aqui pensamos que não é isso que caracteriza intrinsecamente a psicanálise. O que a caracteriza, a nosso ver, é uma determinada escuta do inconsciente que se dá na transferência, em um determinado dispositivo, [...], e que permite o surgimento do sujeito do desejo.

Além disso, no ambiente hospitalar, o analista se depara com o trabalho em uma equipe multiprofissional. Esse trabalho irá colocar em questão o saber do analista, uma vez que a instituição apresenta uma lógica de especialidades, sendo que cada profissão demanda determinado conhecimento prévio ao caso. A Psicanálise, por sua vez, trabalha de modo que é a clínica que alimenta a teoria, e não vice-versa. Em outras palavras, a atenção flutuante pretende suspender o conhecimento do analista, mantendo-o em abstinência, a fim de promover condições para a emergência do saber inconsciente do sujeito.

Como o analista deveria se posicionar sendo mais um entre os profissionais da equipe multiprofissional? Moretto (2019, p. 15) indica a posição de *extraterritorialidade* como uma “necessária exclusão”; ou seja, o analista não poderá se ocupar de um recorte do corpo humano a ser estudado. Antes, precisará atuar com reflexão constante acerca do

⁷ Faz-se necessário pontuar que, comumente na prática hospitalar, o psicólogo não dispõe o tempo todo de uma sala de atendimento privado, questão já discutida por diversos autores no campo da Psicologia Hospitalar, como Schwering (2014).

seu fazer. Além disso, precisará de certa “impostura” no sentido de resistir adaptar-se à instituição (Moretto, 2019, p. 15). Essa impostura será crucial para pontuar certas atuações produzidas pelas equipes e resgatar o sujeito quando muitas vezes se vê um corpo-objeto refém do saber do outro.

No que se refere às questões éticas do trabalho, consideramos a Resolução n. 510/2016, art. I, do Ministério da Saúde, o qual indica que não será registrada nem avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa ou pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa “pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito”. Sendo assim, foi atribuído à paciente um nome fictício e outros dados que pudessem identificá-la foram alterados, sem com isso acarretar prejuízo à apresentação do caso.

Apresentação do caso e relato das internações

Clara⁸ é uma mulher de 46 anos e tem duas filhas. Reside com a filha mais nova, que considera “mais responsável”. Ela entende que pode auxiliar a filha nas atividades domésticas e no cuidado com o neto. Além disso, acredita que tais ocupações a auxiliariam a reduzir a frequência com que sai de casa para fazer uso de crack e permanecer nas cenas de uso. Apesar de a filha mais velha insistir para que resida com ela, Clara resiste, pois ela estaria mais exposta ao consumo de drogas.

Atendi Clara em três internações em uma unidade de saúde mental de um hospital geral. A segunda internação ocorreu seis meses após a primeira e a terceira, seis meses depois da segunda, ou seja, um ano após a primeira. Ela já havia sido internada oito vezes nesse mesmo hospital antes que eu trabalhasse na instituição, sendo que todas as internações foram voluntárias⁹ e tiveram como objetivo a desintoxicação devido ao uso de crack;¹⁰ subjacente à demanda manifesta das internações, ela expressava ideiação suicida de forma consciente em seu discurso, nos atendimentos; na maioria das vezes, relatava que havia pensado em ingerir em excesso as medicações psiquiátricas das quais fazia uso. Conforme os registros em prontuário multiprofissional, tal ideiação persiste ao longo dos anos, apesar de já ter realizado tratamento em serviços, como o Caps II¹¹ e o Caps AD¹² do mesmo município.

⁸ Nome fictício.

⁹ Conforme a Lei Federal n. 10.216/2001, as internações em saúde mental são tipificadas em: a) compulsória, que se dá através de determinação judicial; b) involuntária, quando o paciente não está de acordo com a internação, mas se encontraria sem condições de discernimento e, nesse caso, um familiar assina a responsabilidade pela internação; e c) voluntária, que se dá com o consentimento do paciente.

¹⁰ A internação com o objetivo de desintoxicação, em geral, durava entre sete e 21 dias, e a intenção era que o paciente permanecesse internado somente pelo tempo estritamente necessário.

¹¹ Centro de Atenção Psicossocial II: serviço que se caracteriza por ofertar dispositivos de cuidado em saúde mental para pessoas portadoras de sofrimento psíquico. Conforme a Portaria do Ministério da Saúde n. 3.088/2011, “atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, [...], indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes”.

¹² Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas: “atende adultos ou crianças e adolescentes, [...], com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes” (Portaria n. 3.088/2011, art. 7º).

Durante as três internações, realizei aproximadamente dez atendimentos com Clara, os quais duraram entre 15 minutos e uma hora, considerando que, na internação, eles acontecem em momentos variados. Alguns foram realizados em uma sala destinada a atendimento individual; outros, no leito. O objetivo da escuta analítica era avançar na formulação de uma demanda, visando que a internação não seja um momento fragmentado do percurso de cuidado em saúde mental.

Na primeira internação em que acompanhei o caso de Clara, a filha mais velha a trouxe ao hospital porque a encontrou na rua, em um semáforo. Clara estava desaparecida da família há alguns dias e a filha então referiu sentir-se aliviada por tê-la encontrado com vida e por “não ter encontrado ela morta”.¹³ Quando vi Clara, ela estava com os pés bastante machucados pelo asfalto e também com cortes; caminhava com dificuldade.

Ainda na primeira internação, Clara parece confortável com o espaço de atendimento. Em um dos primeiros atendimentos, rememora a cena do falecimento de sua mãe, que teria falecido quando Clara estava com 16 anos. Conforme ela relata, encontrou a mãe, que era alcoolista, morta em casa. Poucas são as referências anteriores à sua morte no discurso de Clara: não se recorda de ter havido um pai presente na sua história de vida e percebe-se desamparada depois da morte da mãe, mencionando ter permanecido um período em situação de rua e, posteriormente, ter começado a se prostituir.

Durante o tempo em que se prostituía (entre os 16 e 24 anos), teria iniciado a manifestar uma ideação suicida. Começou a usar cocaína por volta dos 18 anos, por volta dos 20, teve a filha mais velha, não mantendo relação ou contato com o pai dela. Mais tarde casou-se, permanecendo casada por dez anos com o homem que é o pai da filha mais nova. Durante o período em que esteve casada, Clara absteve-se do uso de substâncias psicoativas, no entanto continuou apresentando alterações de humor, eventualmente ficando agressiva com a família. Refere ainda que mesmo nessa época sentia dificuldade de realizar atividades do cotidiano. Após esse período, apesar de um casamento que a manteve abstinente, mas que não amenizou sua angústia, ela se separou.

Clara então relata, na primeira internação, que voltou a pensar em suicídio desde que se separou do ex-marido, e confessou não somente ter retomado o consumo de substâncias psicoativas como ter iniciado o uso de crack após a separação. Enfatizou nos atendimentos que, mesmo fazendo uso de substâncias, nunca cometeu furtos para sustentar o uso. O relato diverge do que é contado pelas filhas, que mencionam que Clara costuma ser ameaçada por vizinhos devido a furtos que comete e que, por vezes, busca se internar no hospital para fugir dessas ameaças.

Em suma, no momento de acompanhamento, ela produz associações sobre a sua ideação suicida e sobre algumas tentativas de suicídio ocorridas no passado. Ao mesmo tempo, relata ter sido vítima de abuso sexual; queixa-se da impossibilidade de sentir prazer por meio do sexo, sendo o uso de crack uma forma de sentir prazer que não encontra em outras substâncias que já utilizou no passado, como o álcool. Apresenta ainda uma ambivalência da droga como um prazer momentâneo e como uma “tentativa de suicídio” quando a usa de modo frequente e se expõe a situações de risco.

¹³ Transcrição literal.

Na segunda internação, Clara vem acompanhada da sua técnica de referência do Caps AD. Clara costuma acessar o serviço, quando está em uso frequente de crack e deseja se internar, sem conseguir manter o tratamento com regularidade. Tal relato já demonstra uma das dificuldades de Clara aderir a um acompanhamento contínuo. Apesar da singularidade do caso, isso é comum com pacientes que reinternam: a dificuldade de manter um espaço de tratamento regular e a busca pela internação em momentos de crise e de maior angústia (Bezerra & Dimenstein, 2011).

Durante a segunda internação, abordamos questões sobre a possibilidade de redução dos danos¹⁴ relacionados ao seu padrão de uso de substância psicoativas. Clara então relatou que uma das filhas fazia uso de maconha e que às vezes ela usava junto, entendendo que essa era uma alternativa de usar uma substância sem que se expusesse aos riscos de estar na rua. Nesse caso, o uso da maconha se apresenta em uma dinâmica diferente do uso de crack, considerando que Clara não precisa “sair de casa” e “desaparecer”. Quando está em uso frequente de crack, Clara permanece vários dias seguidos nos lugares de consumo e/ou em situação de rua, sem que a família saiba exatamente onde ela se encontra, o que causa situações como aquela vivenciada na internação em que a filha a encontra na rua e a traz até o hospital.

Na terceira internação, Clara vem acompanhada de uma psicóloga de um serviço do Sistema Único de Assistência Social. Ela não costumava acessar tal serviço, mas, estando em situação de rua, foi o local que encontrou para pedir auxílio. Clara relata que decidiu “buscar ajuda para se internar” após ter chegado a uma situação “limite” ao ver um homem com quem estava “se injetando e escorrendo sangue do seu braço”. Narra essa cena referindo estar assustada; pouco consegue verbalizar além da cena durante o atendimento. Também relata sonhos que associa à angústia de não poder usar crack ou à lembrança de estar usando.

Ela aceita ser encaminhada para uma comunidade terapêutica;¹⁵ encaminhamento que não partiu dela, então ela oscila entre querer e não querer ao longo da internação. Por fim, ela aceita devido ao incentivo de uma das filhas, embora já tivesse estado internada em comunidade terapêutica outras vezes sem conseguir se adaptar ao espaço. Ela expressa o medo de ser “deixada”, “abandonada” pela família, caso não mude de comportamento em relação ao uso de substâncias; relata ainda o medo de não receber visitas de seus familiares. Nessa terceira internação – ao contrário da anterior – Clara refere que não deseja fazer uso de mais nem uma substância psicoativa.

Discussão do caso

Freud (1937/2018, p. 329), no texto *Construções em análise*, assevera que a Psicanálise trata de “recordar determinadas vivências e os afetos por ela suscitados”. O objetivo desse movimento seria retomar a leitura do sujeito acerca de seu passado e da sua

¹⁴ Trata-se de uma estratégia de cuidado às pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas que supõe a inclusão da fala e do saber do sujeito acerca do seu cuidado em saúde, entendendo que ele é capaz de traçar, em conjunto com o terapeuta ou profissional de saúde, modos de lidar e reduzir os danos provocados pelo abuso ou uso de uma substância.

¹⁵ Comunidades terapêuticas, também conhecidas como “fazendas”, são espaços destinados ao tratamento de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas. O tratamento, em geral, ocorre por um viés religioso e que busca que os usuários se tornem produtivos no que se refere às atividades laborais.

origem. No mesmo texto, ele afirma: “Sabemos que seus sintomas e inibições atuais são as consequências dessas repressões, ou seja, o substituto para as coisas esquecidas” (Freud, 1937/2018, p. 329). Mas como acessar esse material geralmente tão esquecido e, ao mesmo tempo, tão significativo para o sujeito? Freud (1937/2018, p. 329) indica ser por meio de “alusões às vivências reprimidas e derivados de afetos suprimidos, assim como das reações a eles; [...] indícios de repetições dos afetos”.

As repetições, por sua vez, não se encontram apenas em nível discursivo, mas também em atuações. A partir de Freud (1914/2010), podemos pensar que o sujeito passa a atuar aquilo que ele não consegue representar e elaborar simbolicamente. Na transferência, entende-se que o sujeito passa a atuar no espaço de análise e poderá falar sobre essa repetição. A transferência atua de modo significativo para a produção de um laço amoroso com o outro e com a possibilidade de atuação da repetição fora do contexto de risco, no tratamento analítico (Freud, 1937/2018). Soler (2018, p. 71), embasado na leitura da obra de Lacan, salienta que “a análise não faz cessar a repetição: ela a provoca, [...], a revela, a torna irremediável. O que ela modifica, entretanto, é a relação do sujeito com a perda”. Nesse contexto, as lembranças e atuações buscarão ligar e representar aquilo que ainda não está ligado na cadeia associativa.

Apesar dos curtos períodos de intervenção, entendo que a escuta ofertada a Clara viabilizou um tempo e um caminho de acesso a um material reprimido e, a partir dele, a possibilidade de construir alternativas ao curto-circuito pulsional instaurado pelo sujeito. No entanto, como emerge a cena narrada? Por que, apesar de esbarrar em tantas tentativas de associação e de acesso à palavra, Clara consegue relatar uma cena angustiante? O que podemos supor, pela narrativa, acerca de um trauma que restou não ligado, como resto? Conforme discutido no método, não busco abordar o caso como uma totalidade, mas como um recorte de uma narrativa possível construída no período de internação.

Entendo a cena narrada e as atuações que ocorrem a partir dela – furtos, consumo de substâncias psicoativas, desaparecimentos do contexto familiar – como inscrições da pulsão de morte no circuito pulsional. Freud (1920/2010) considera a pulsão de morte vinculada também à compulsão à repetição. Ainda, supõe a presença de um trauma vivenciado pelo sujeito, que também permanece atuando na busca de alguma simbolização.

O desamparo provocado na filha que passa a procurá-la revela a reedição da situação que Clara vivenciou com a mãe: a angústia de encontrá-la morta. Além do desamparo, a fantasia de abandono aparece como traço do caso. Nesse sentido, Soler (2018, p. 62) explora os “traços de singularidade”. A autora, baseando nos ensinamentos de Lacan, entende que estes são acidentes e contingências da história de cada sujeito, que produzem marcas, que passam a inscrever modalidades de gozo e circuitos pulsionais. Tais marcas são originais e produzem a singularidade de cada sujeito (Soler, 2018).

Tais elementos dificultam a elaboração de uma estratégia de redução de danos com Clara, pois os danos parecem ser visados à medida que o uso de substâncias se torna uma forma de expressar a ideia suicida. Entretanto o cuidado e o investimento afetivo depositado

nas filhas e nos netos indicam alguns movimentos de criação e de investimento libidinal que são possíveis para Clara no seu discurso.

Sendo assim, cabe indagar acerca dos movimentos de adesão e não adesão ao tratamento. De que modo se dá a relação transferencial? Qual a possibilidade de cuidado das feridas que restam sem cicatrização, mesmo no inconsciente? Clara apresenta a demanda de vir ao hospital acompanhada, o que revela a necessidade de amparo nesses momentos de crise, quando busca um espaço onde se pode cuidar das feridas de modo concreto. Em Psicanálise, entende-se que a adesão ao tratamento se relaciona com a posição do sujeito na transferência e onde ele situa o Outro, analista. Desse modo, entendo que as questões colocadas ficaram em aberto; entendo que não houve tempo para que fosse instalada uma transferência que me permitisse interpretar o lugar ocupado. No que diz respeito à continuidade do acompanhamento em saúde mental, observa-se a história de Clara marcada por rupturas e discontinuidades; o que permite certa continuidade e, com isso, alguma sustentação é a relação com as filhas.

Lacan (1960/1988, p. 234), ao se referir ao gozo na transgressão, diz que nele o sujeito coloca à prova “um destino sem rosto, como um risco do qual o sujeito, tendo-se safado, encontra-se depois como garantido em sua potência”. Ao pensar o caso, certa impotência passa a ser revelada com a internação e com a demanda de cuidado. Se Clara escapa de uma situação de risco e de desamparo, não é sozinha.

No âmbito da transferência, as demandas de cuidado aparecem nas angústias do relato sobre a morte da mãe, na dificuldade de associação sobre as cenas que a impactam, na dificuldade de estabelecer referências. Segundo Iaconelli (2022, p. 84), “A entrada do psicanalista promove o estranhamento necessário para que a situação hospitalar/religiosa/militar/moralizante não cumpra sua função de recalçamento das angústias emergentes”. Entendemos que essa foi a função primordial de trabalho nesse caso, buscando explorar, para além dos sintomas manifestados e das descrições do comportamento, o que emerge do sujeito em um momento de crise.

Para E. E. Broide (2020, p. 124), a Psicanálise diverge de outras práticas terapêuticas propostas no ambiente hospitalar, uma vez que, com tais práticas, “através do conforto oferecido como proposta terapêutica, busca-se manter o sujeito na ignorância quanto ao seu destino e sua verdade”. Sabemos que essa não é a postura ética da Psicanálise, que visa ao desejo do sujeito com o que ele tem de único e singular inscrito na sua trajetória e no seu inconsciente.

No caso de Clara, assim como outros toxicômanos, a ambivalência caracteriza a relação com a substância. Segundo Soler (2018, p. 18), “a clínica dos sujeitos, com os sintomas de gozo que lhes faz o inconsciente, é inseparável do estado dos laços sociais que nada mais são que o tratamento coletivo do gozo”, e sabemos que a toxicomania é uma questão emergente na sociedade, principalmente por vivermos em um período de excessos e de compulsões, no que se refere ao consumo. Sendo assim, a toxicomania não se trata apenas do princípio de um prazer momentâneo a ser desfrutado; ela pode mesmo se tornar um modo de repetição capaz de alienar o sujeito na busca de algum sentido para a experiência traumática, o que, no caso de Clara, acaba por produzir mais cicatrizes visíveis no corpo.

Clara não narra uma infância ou uma história anterior à morte da mãe. Ela apresenta uma demanda de elaborar o luto da mãe e busca por alguns contornos simbólicos, mas, em que medida, há um movimento do *fort-da*¹⁶ na transferência, oscilando entre querer e não querer, buscar, desaparecer e demandar cuidado? Para Freud (1916/2014, p. 391), “o sintoma é o substituto para aquilo que não ocorreu”; nesse caso, a simbolização do luto. Segundo Rutzatz e Macedo (2015, p. 246), “alcançar a possibilidade de simbolizar a dor é dar condições à intensidade de ascender a um estatuto simbólico”. É o que buscamos produzir no atendimento clínico por meio das palavras que podem construir algum sentido contornável para a dor.

Sobre o consumo de crack, em que medida o uso em contextos de vulnerabilidade, pouco seguros, são formas de reviver um desaparecer e reaparecer em relação às filhas, como um *fort-da*, na busca por simbolizar o que foi vivenciado pela morte da mãe e o desamparo, bem como a busca por reafirmar o amparo que as filhas dão a ela? Em que medida a internação é também um desaparecer dos espaços de uso de crack quando se está devendo? Embora a questão da dívida seja um elemento do contexto em que Clara vive, também pode reatualizar o modo como ela lida com os seus conflitos. São questões que não se pretende esgotar com a escrita, mas produzir uma leitura do caso.

Considerações finais

A clínica psicanalítica dá ensejo a uma reconstrução simbólica e imaginária de cenas potencialmente traumáticas para o sujeito e, com isso, oportuniza e revela a presença ativa do sujeito no seu discurso. Desse modo, constitui-se uma possibilidade de iniciar um movimento de retificação subjetiva perante as experiências, as repetições e as atuações. Conforme Rutzatz e Macedo (2015, p. 244), “a contribuição da Psicanálise com seu arcabouço teórico é resgatar e pôr em evidência o sujeito e sua singularidade”. Atrelada à Psicanálise, a construção simbólica de uma cena também permite a interrogação do sujeito sobre o posicionamento que ele ocupa nela, bem como sobre como as angústias que podem estar mobilizadas. Em última instância, as cenas podem mesmo vir a ser reconstruídas, lidas de outro modo.

Acerca do caso, o intuito foi expor a emergência de uma cena potencialmente traumática. A partir disso, desenvolve-se o questionamento do pressuposto de que o sujeito apenas desaparece na toxicomania e na repetição; ou seja, que o sujeito não está presente, seja no momento do consumo de uma substância psicoativa, seja no momento em que repete e atua situações potencialmente traumáticas. Assim, foram evidenciados alguns traços singulares que atuam na repetição que inscreve o traumático e que podem compor mesmo uma modalidade de gozo mediante o consumo de uma substância. Desse modo, não cabe à Psicanálise recuar diante do trabalho clínico a ser realizado com os toxicômanos. Em última instância, é sempre o sujeito com a singularidade do seu sintoma que está em questão.

Alguns alcances e algumas limitações do caso estiveram presentes. Destacamos como alcance a possibilidade de construção de um vínculo transferencial no âmbito institucional. As limitações, por sua vez, se deram em alguns modos de enquadrar no contexto hospitalar, que não potencializaram a escuta da paciente, bem como as

¹⁶ Brincadeira interpretada por Freud no texto *Além do princípio do prazer* (1920/2010).

interrupções entre uma internação e outra, que não permitiram aprofundar e desenvolver algumas questões levantadas nos atendimentos. Além disso, o trabalho de escuta analítica realizado foi apenas um movimento inicial para desenvolver uma retificação subjetiva e uma reconstrução simbólica da cena; todavia entendo que esses foram os movimentos possíveis durante as internações breves da paciente. As fragmentações nas internações e nos atendimentos compuseram um traço mais amplo do caso, o qual se faz presente também com a mobilização de diferentes atores da rede de atenção psicossocial e da rede de proteção social, que evidenciam o desamparo presente nesse caso clínico.

Conclui-se, a partir do caso, a relevância da clínica psicanalítica nos contextos de internação em saúde mental e, de modo mais ampliado, nas instituições de saúde e nas instituições públicas. Tal questão já foi abordada por outros autores que se fizeram presentes na discussão teórica do caso (E. E. Broide, 2020; Iaconelli, 2022; Marques, 2015; Ribeiro & Fernandes, 2013; Schwering, 2014). Penso que a discussão desenvolvida neste texto tenha contribuído para reafirmar a importância do trabalho analítico nas instituições, posto que se pretende defender o potencial subversivo da Psicanálise ao enfatizar a escuta e o desejo do sujeito.

Referências

- Bento, V. E. S. (2007). Para uma semiologia psicanalítica das toxicomanias: adições e paixões tóxicas no Freud pré-psicanalítico. *Mal-estar subjetividade*, VII(1), 89-121. Recuperado em 27 fevereiro, 2023, de <https://www.redalyc.org/pdf/271/27170107.pdf>.
- Bezerra, C. G., & Dimenstein, M. (2011). O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. *Mental*, 9(16), 303-306. Recuperado em 27 fevereiro, 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272011000100007.
- Broide, E. E. (2020). Psicanálise na instituição hospitalar. In J. Broide & E. E. Broide. *A Psicanálise em situações sociais críticas: metodologia clínica e intervenções* (3a ed., pp. 123-133). São Paulo: Escuta.
- Broide, J. (2020). A construção de dispositivos clínicos. In J. Broide & E. E. Broide. *A Psicanálise em situações sociais críticas: metodologia clínica e intervenções* (3a ed., pp. 39-49). São Paulo: Escuta.
- Broide, J., & Broide, E. E. (2020). Do silêncio à palavra. In J. Broide & E. E. Broide. *A Psicanálise em situações sociais críticas: metodologia clínica e intervenções* (3a ed., pp. 13-26). São Paulo: Escuta.
- Dunker, C. I. L. (2017). A garrafa de Klein como método para formalização de casos clínicos em Psicanálise. In C. I. L. Dunker, H. A. Ramirez & T. C. Assadi. (Orgs.). *A construção de casos clínicos em Psicanálise: método clínico e formalização discursiva* (pp. 181-231). São Paulo: Annablume.
- Dunker, C. I. L., & Zanetti, C. E. (2017). Construção e formalização de casos clínicos. In C. I. L. Dunker, H. A. Ramirez & T. C. Assadi. (Orgs.). *A construção de casos clínicos em*

- Psicanálise: método clínico e formalização discursiva* (pp. 23-45). São Paulo: Annablume.
- Ferreira, T. (2018). Pesquisa em Psicanálise: a conversação e a entrevista clínica como ofertas de palavra: a aposta na invenção subjetiva. In T. Ferreira & A. Vorcaro. (Orgs.). *Pesquisa e Psicanálise: do campo à escrita* (pp. 129-151). Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Ferreira, C. M. R., & Veras, M. (2018). Entrevista psicopatológica: o que muda entre a Psiquiatria e a Psicanálise?. In A. Teixeira & H. Caldas. (Orgs.). *Psicopatologia laciana I: semiologia* (pp. 55-72). Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Freud, S. (2010). *Obras completas, volume 10: observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ("o caso Schreber"), artigos sobre técnica e outros textos* (P. C. Souza, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1914).
- Freud, S. (2014). *Obras completas, volume 13: conferências introdutórias à Psicanálise* (S. Tellaroli, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1916).
- Freud, S. (2010). *Obras completas, volume 14: história de uma neurose infantil ("o homem dos lobos"), além do princípio do prazer e outros textos* (P. C. Souza, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1920).
- Freud, S. (2010). *Obras completas, volume 18: o mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à Psicanálise e outros textos* (P. C. Souza, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1930).
- Freud, S. (2018). *Obras completas, volume 19: Moisés e o monoteísmo, compêndio da Psicanálise e outros textos* (P. C. Souza, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1937).
- Iaconelli, V. (2022). Reprodução de corpos e de sujeitos: a questão perinatal. In D. Teperman, T. Garrafa & V. Iaconelli. (Orgs.). *Parentalidade* (pp. 71-86). Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Inem, C. (2022). Patologias atuais e o fenômeno das toxicomanias. In P. Ritter & F. Ferraz. (Orgs.). *O grão de areia no centro da pérola: sobre as neuroses atuais* (pp. 415-426). São Paulo: Blucher.
- Lacan, J. (1988). *Seminário, livro 7: a ética da Psicanálise* (A. Quinet, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar. (Seminário apresentado em 1960).
- Lacan, J. (2008). *Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise* (2ª ed., M. D. Magno, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar. (Seminário apresentado em 1964).
- Lacan, J. (1988). *Escritos* (V. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1966).
- Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em

- saúde mental. Brasília, DF. Recuperado em 27 fevereiro, 2023, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.
- Marcos, C. (2018). A escrita do caso clínico em Psicanálise: uma lógica não-toda. In T. Ferreira & A. Vorcaro. (Orgs.). *Pesquisa e Psicanálise: do campo à escrita* (pp. 97-109). Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Marques, G. H. (2015). *A responsabilidade do analista e sua prática no hospital*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.
- Moretto, M. L. T. (2019). *O que pode um analista no hospital?* (3a ed.). Belo Horizonte: Artesã.
- Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. (2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. Recuperado em 27 fevereiro, 2023, de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
- Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016. (2016). Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos e metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Recuperado em 27 fevereiro, 2023, de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html.
- Ribeiro, C. T., & Fernandes, A. H. (2013). Os tratamentos para usuários de drogas em instituições de saúde mental: perspectivas a partir da clínica psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(2). Recuperado em 27 fevereiro, 2023, de <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/h4HCjwVbDrgTyS3rwhLMc9Q/?lang=pt#>.
- Rutsatz, P., & Macedo, M. M. K. (2015). O lugar da toxicomania na economia da dor psíquica. *Psicologia Clínica*, 27(2), 229-247. Recuperado em 27 fevereiro, 2023, de <https://www.redalyc.org/pdf/2910/291044011012.pdf>.
- Schwering, K. L. (2014). La maladie honteuse du psychologue à l'hôpital. *Champ psy*, 66, 31-44. Recuperado em 27 fevereiro, 2023, de <https://www.cairn.info/revue-champ-psy-2014-2-page-31.htm?ref=doi>.
- Soler, C. (2018). *O que resta da infância* (E. Saporiti, Trad.). São Paulo: Escuta.
- Soler, C. (2021). *De um trauma ao Outro* (C. A. A. Oliveira, Trad., S. L. Berta, Rev.). São Paulo: Blucher.
- Vorcaro, A. (2018). Transmissão e saber em Psicanálise. In T. Ferreira & A. Vorcaro. (Orgs.). *Pesquisa e Psicanálise: do campo à escrita* (pp. 41-62). Belo Horizonte: Autêntica Editora.

Resumo

O artigo propõe um debate sobre a presença e a reincidência do trauma no sujeito a partir da apresentação de um caso de toxicomania. Com o caso, busco evidenciar o que há de singular na repetição reproduzida pelo sujeito e indago a possibilidade de construção simbólica e imaginária sobre o traumático, bem como debato o exercício da escuta analítica em um contexto institucional. Em última instância, tenho como objetivo discutir quando o aparecimento evanescente do sujeito do inconsciente se faz presente no modo de acesso do sujeito à droga. Argumento sobre quando o traumático se fixa como cena, bem como o efeito decorrente dessa cena na posição que o sujeito ocupa mediante o Outro na toxicomania, com seu gozo. A clínica psicanalítica abre espaço para a presença do sujeito e, com isso, oportuniza uma reconstrução e uma releitura da cena potencialmente traumática. É possível concluir que não cabe à Psicanálise recuar perante o trabalho clínico a ser realizado com os toxicômanos, pois é sempre o sujeito com a singularidade do seu sintoma que está em questão.

Palavras-chave: Psicanálise. Trauma. Toxicomania.

Between Trauma and Drug Addiction, What Remains of the Subject?

Abstract

The article deals with the discussion about the presence and recurrence of trauma in the subject from the presentation of a case of drug addiction. The case seek's to highlight what is singular in the repetition reproduced by the subject. Still, we inquire about the possibility of symbolic and imaginary construction about the traumatic, as well as we discuss the exercise of analytical listening in an institutional context. Ultimately, we aim to discuss when the evanescent appearance of the subject of the unconscious is present in the subject's access to drugs. We discuss when the traumatic is fixed as a scene, as well as the effect resulting from this scene in the position that the subject occupies in front of the Other in drug addiction, with his jouissance. The psychoanalytic practice opens space for the presence of the subject and, with that, provides an opportunity for a reconstruction and a reading of the potentially traumatic scene. We conclude that it is not up to psychoanalysis to retreat from the clinical practice to be carried out with drug addicts. Ultimately, it is always the subject with the singularity of his symptom that is in question.

Keywords: Psychoanalysis. Trauma. Drug addiction.

Entre le traumatisme et la toxicomanie, que reste-t-il du sujet?

Résumé

L'article traite de la discussion sur la présence et la récurrence du traumatisme chez le sujet à partir de la présentation d'un cas de toxicomanie. Avec ça, nous cherchons à mettre en évidence ce qu'il y a de singulier dans la répétition reproduite par le sujet. Nous interrogeons également sur la possibilité d'une construction symbolique et imaginaire sur le traumatique, ainsi que nous discutons l'exercice de l'écoute analytique dans un contexte institutionnel. En définitive, nous visons à discuter quand l'apparition évanescence du sujet de l'inconscient est présente dans l'accès du sujet aux drogues. Nous discutons du moment quand le traumatique se fixe comme scène fantasmatique, ainsi que l'effet résultant de cette scène dans la position que le sujet occupe face à l'Autre dans la toxicomanie, avec sa jouissance. La clinique psychanalytique ouvre un espace à la présence du sujet et, comme ça, donne l'occasion d'une reconstruction et d'une relecture de la scène potentiellement traumatisante. Nous concluons qu'il n'appartient pas à la psychanalyse de se retirer du travail clinique à mener avec les toxicomanes. En définitive, c'est toujours le sujet avec la singularité de son symptôme qui est en cause.

Mots clés: Psychanalyse. Traumatisme. Toxicomanie.

Entre el trauma y la drogadicción, ¿qué queda del sujeto?

Resumen

Este artículo plantea una discusión sobre la presencia y la recurrencia del trauma en el sujeto a partir de la presentación de un caso de adicción a las drogas. Con la presentación del caso, buscamos resaltar el elemento singular en la repetición reproducida por el sujeto. Indagamos sobre la posibilidad de construcción simbólica e imaginaria sobre lo traumático, así como discutimos el ejercicio de la escucha analítica en un contexto institucional. De este modo, pretendemos discutir cuándo el aspecto evanescente del sujeto del inconsciente se hace presente en el acceso del sujeto a las drogas; discutimos sobre la posibilidad del elemento traumático fijarse como escena, así como el efecto resultante de esa escena en la posición que el sujeto ocupa frente al Otro en la drogadicción, con su goce. La clínica psicoanalítica abre espacio para la presencia del sujeto y, con ello, funda una oportunidad para la reconstrucción y la relectura de la escena potencialmente traumática. Concluimos que no corresponde al psicoanálisis retraerse del trabajo clínico con los toxicómanos. En definitiva, es siempre el sujeto con la singularidad de su síntoma el que está en cuestión.

Palabras clave: Psicoanálisis. Trauma. Drogadicción.