

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESPECIALIZAÇÃO EM TEORIA PSICANALÍTICA

Juliana Wehbe Budaruiche

Toxicomania e narcisismo: algumas articulações

Belo Horizonte
2012

JULIANA WEHBE BUDARUICHE

Toxicomania e narcisismo: algumas articulações

Monografia apresentada à Especialização em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Teoria Psicanalítica.

Área de concentração: Teoria Psicanalítica.

Orientador: Guilherme Massara Rocha

Belo Horizonte
2012

Nome: Juliana Wehbe Budaruiche

Título: Toxicomania e narcisismo: algumas articulações

Monografia apresentada à Especialização em Teoria Psicanalítica da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Teoria Psicanalítica.

Aprovada em: 10 de setembro de 2012

Banca Examinadora

Prof. Dr. Guilherme Massara Rocha (orientador)

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais.

Prof. Dr. Carlos Roberto Drawin

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais.

Prof. Dra. Maria Teresa de Melo Carvalho

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, pelas observações precisas, pela orientação cuidadosa e pelas aulas tão bem ministradas e instigantes,

Aos professores da banca examinadora, pela pertinência das considerações e oportunidade de aprender com elas,

Aos professores do CETEP, pelo rigor teórico, pela forma de transmissão e provocação do saber,

Aos colegas do CETEP, pelos encontros e trocas,

Aos pacientes do CAPS ad, especialmente a Gustavo, pela confiança em mim, pelo esforço de cada um e por me colocarem a trabalho,

Aos colegas do CAPS ad, pelo trabalho em equipe, pelas discussões e por partilhar o cotidiano de uma clínica tão complexa,

À minha analista, pela longa trajetória de escuta cuidadosa e por me ajudar a caminhar,

À minha supervisora, pelas dicas preciosas e pelo auxílio à condução dos casos,

Aos familiares, em especial aos pais, pelo incentivo e apoio,

Ao meu marido querido, pela paciência e cumplicidade.

RESUMO

Budaruiche, J. W. (2012). *Toxicomania e narcisismo: algumas articulações*. Trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Teoria Psicanalítica, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

O presente trabalho é fruto das pesquisas teóricas acerca do tema da toxicomania, suscitadas a partir do trabalho num CAPS ad. Acredita-se que a escuta psicanalítica dos pacientes, especialmente as que se referem aos casos considerados mais graves, é uma conduta ética, que diz respeito à prática profissional de cada um e à filosofia do serviço. Uma das questões clínicas observadas com bastante frequência nos pacientes é a da sua posição subjetiva infantilizada, sustentada por uma relação com características narcísicas com a mãe. Dessa forma, a hipótese principal dessa pesquisa é a de que a experiência da toxicomania desses pacientes se assemelha à experiência do narcisismo em suas vertentes, loucura e tentativa de cura. A partir do relato de um caso clínico e do desenvolvimento do conceito do narcisismo freudiano, observou-se a semelhança das experiências e a função que elas podem exercer na vida do paciente, a partir de pontos específicos da relação primordial dele com a mãe e com as drogas.

Palavras-chave: Toxicomania, narcisismo, loucura, CAPS ad, psicanálise na instituição.

ABSTRACT

Budaruiche, J. W. (2012). *Drug addiction and narcissism: some joints*. Work completion of the Specialization Course in Psychoanalytic Theory, Faculty of Philosophy and Human Sciences, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

The present work is a result of the theoretical researches concerning the drug addiction theme, raised from a work in a CAPS ad. It is believed that the patient's psychoanalytic listening, mainly those which refer to the more severe cases, it is an ethical conduct, which regards the professional practice of each one and services' philosophy.

One of the clinical issues often noted is the subjective position infantilized supported by a relation with narcissistic characteristics with the mother. Thereby the main hypothesis of this research is that the drug addiction experience of these patients resembles narcissism experience in its strands, madness and attempt of cure. From a clinical case report and the development of Freudian concept of narcissism, it was observed the similarity of the experiences and the role they can play in the patient's life,

Keywords: Drug addiction, narcissism, madness, CAPS ad, psychoanalysis in the institution.

Sumário

1 INTRODUÇÃO	8
2 O toxicômano e a saúde pública	11
2.1 O CAPS ad na cidade e suas possibilidades de intervenção.....	11
2.2 Relato do caso clínico.....	14
3 Considerações teóricas	21
3.1 Toxicomania e loucura.....	21
3.2 Narcisismo, loucura e tentativa de cura.....	22
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
5 REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

As discussões acerca do tema da toxicomania são bastante atuais e envolvem vários setores da sociedade. Em relação à saúde mental pública, o Ministério da Saúde publicou em 2003 a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, no Sistema único de Saúde (SUS). Essa política define os parâmetros que norteiam todas as ações relacionadas à atenção: atenção primária, ambulatório, leitos em hospital geral, redução de danos, trabalho intersetorial e CAPS ad.

O Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS ad) atende casos graves, considerados de urgência psíquica. Isto é, de pessoas em intenso sofrimento subjetivo, fragilidade psíquica ou que romperam com a maioria dos laços sociais e encontram-se bastante vulneráveis socialmente, devido ao abuso ou dependência de drogas.

Os profissionais que trabalham num CAPS ad são interpelados cotidianamente por diversas questões, entre as quais a questão do trabalho em equipe e em rede, as especialidades profissionais, a falta de supervisão clínico-institucional e uma formação teórica que oriente a prática. Destaca-se entre as questões, aquela sobre a necessidade de atendimento prioritário aos casos mais graves e aquela sobre a prática clínica, num serviço como o CAPS ad. É no ponto de interseção entre o universal da saúde mental pública e o particular da clínica que a psicanálise afirma seu lugar como uma ética. A partir dos atendimentos clínicos de orientação psicanalítica realizados nesta instituição surgiu a ideia de abordar o tema da toxicomania, relacionado a alguns aspectos específicos de seu funcionamento.

A grande maioria das pessoas que procura o CAPS ad não possui uma demanda de tratamento e não apresenta uma questão acerca de sua toxicomania. A demanda geralmente é de outra pessoa que as acompanha, principalmente da mãe ou alguém que a substitua. Muitos são os casos em que se observa logo na primeira consulta de acolhimento e avaliação, características comuns de um subjetivismo quase apagado, misturado com o da mãe, um lugar infantilizado e alienado. É como se a sua toxicomania fosse uma experiência paradoxal. Por um lado ela representaria uma atualização e uma tentativa de viver novamente a mesma experiência infantil de onipotência, de narcisismo ilimitado, alienação e indiferença com o objeto primordial, que é a mãe.

Por outro lado, ao mesmo tempo em que representa alienação, parece ser também tentativa de separação. É como se essa intoxicação compulsiva e maníaca que provoca anestesiamento e outras sensações corpóreo-psíquicas, fosse uma tentativa de afastamento dessa relação louca, maciça e angustiante com a mãe, de elaboração psíquica dessa vivência. É considerada, também, uma tentativa de cura que pretende reconduzir a libido indiferenciada de antes, ao objeto, de acordo com as observações de Freud (1914) sobre o narcisismo secundário. Neste, já existe uma separação maior entre libido objetal e do eu, na medida em que uma quantidade de libido é ligada em objetos do mundo externo e depois retorna ao eu como libido objetal ou aos objetos da fantasia. Segundo Freud (1914), os representantes dessa tentativa de elaboração psíquica nas neuroses de transferência e nas psicoses são, respectivamente, a introversão e a megalomania.

Em relação à alienação, essa hipótese é possível, a partir da observação de pacientes que reproduzem artificialmente por meio da droga, essa situação de loucura e indiferença com a mãe. O paciente toxicômano vive com o objeto “droga” essa relação, sentindo-se onipotente como na infância.

Sobre o narcisismo, Freud (1914) considera que esta é uma fase caracteristicamente de localização de libido, presente no curso regular do desenvolvimento sexual humano e, em certa medida, necessário à preservação do próprio indivíduo. O autor considera que haveria um narcisismo primário e um secundário. No narcisismo primário, as libidos do eu e as objetais estão indiferenciadas. Em algumas passagens do texto referido anteriormente é possível observar a natureza essencial dessa fase primária, por exemplo, quando Freud (1914/1980) ressalta: “o narcisismo representa o real amor feliz correspondente ao estado primordial em que a libido do objeto e libido do eu não se distinguem uma da outra.” (p. 47).

De acordo com a vertente da separação, observa-se uma tentativa paradoxal de continuar existindo, da preservação do eu como instância e da delimitação de suas fronteiras. É bastante comum a observação de que os pacientes parecem querer marcar um lugar diferenciado, ainda que o de toxicômano. Eles desafiam, distanciam e diferenciam a mãe. Buscam a demarcação de um eu independente, a formulação de uma identidade, uma coerência narcísica encontrada, segundo Freud (1914), em algumas mulheres, criminosos e humoristas.

Dessa forma, supõe-se que a experiência toxicômana é semelhante ao narcisismo, apresentando características das duas fases. De acordo com Freud

(1914/1980), para alcançar a fase final do seu desenvolvimento libidinal e de escolha objetal, seria necessário que o sujeito abrisse mão de parte do seu narcisismo para um investimento libidinal em objetos:

Torna-se absolutamente necessário para a nossa vida mental ultrapassar os limites do narcisismo e ligar a libido em objetos quando a catexia do eu com a libido excede certa quantidade. Um egoísmo forte constitui uma proteção contra o adoecer, mas, num último recurso, devemos começar a amar a fim de não adoecermos. (p.101)

Além disso, Freud (1914) dirá que no curso do desenvolvimento do eu, o afastamento necessário do narcisismo primário ocorre não apenas pelo investimento libidinal em objetos, como também por um ideal do eu. Esta é uma instância paradoxal, porque ao mesmo tempo em que se constitui como uma forma de satisfação substitutiva à satisfação narcísica, é também uma instância que censura, recalca, observa e impede a satisfação.

Conforme Santiago (2001), o termo toxicomania já traz em seu significado as noções de loucura e de mania. Assim, é possível à formulação da hipótese de que a experiência da toxicomania assemelha-se à do narcisismo em sua vertente de loucura e em sua tentativa de cura. Representa ao mesmo tempo uma vivência de alienação, loucura, indiferenciação e, em última instância, uma tentativa de separação, elaboração e de cura.

Assim sendo, o objetivo principal desse trabalho é verificar o funcionamento do sujeito nessa fase arcaica de vínculo narcísico com a mãe e demonstrar com isso se existe semelhança entre a experiência da toxicomania em seu aspecto de loucura e alienação e a vertente da separação e elaboração, consideradas como cura. Esta será a hipótese principal desenvolvida nesse trabalho. Além disso, serão abordados outros aspectos, como o que é um CAPS ad e o seu território, a importância do atendimento psicanalítico e a relação da toxicomania com a loucura.

Será relatado o caso clínico que suscitou a questão do trabalho e partindo dele, serão feitas as considerações teóricas. A bibliografia utilizada será basicamente Freud (1914/ 1980, 1914/2010) sobre o narcisismo em suas diferentes traduções, dentre outras facetas. Será feito o acompanhamento do desenvolvimento realizado por Freud (1914) em relação ao conceito de narcisismo, a partir de intervenções que forem necessárias, visando à concretização do objetivo principal do trabalho.

2 O toxicômano e a saúde pública

2.1 O CAPS ad na cidade e suas possibilidades de intervenção.

O CAPS, ou Centro de Atenção Psicossocial é um serviço que oferece atendimento público em saúde mental, destinado aos portadores de transtornos mentais, prioritariamente os transtornos severos e persistentes em sua área territorial. O seu funcionamento e suas diretrizes são definidos pela portaria 336/GM de 2002, do Ministério da Saúde. Constitui-se como um novo modelo de atenção, a partir da Lei federal 10.216/ 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Antes dessa lei, esses pacientes eram tratados em instituições hospitalares, havendo a violação de seus direitos humanos e de cidadãos.

A nova lógica de atenção às pessoas que sofrem de algum tipo de transtorno mental severo e persistente é a do tratamento do paciente em rede, com maior escuta e atenção aos casos mais graves. Isso abarca as diversas ações e serviços em todos os níveis de atenção no setor da saúde, articulados a outros setores públicos, que estejam em acordo com os princípios do SUS. Na saúde mental, esse modelo de atendimento possibilita ao paciente um tratamento mais humanizado, livre, responsável e próximo. Assim, o CAPS é um dispositivo que deveria funcionar a partir dessa nova lógica. Entretanto, muitas vezes se percebe a reprodução da lógica antiga e manicomial, nos CAPS do Brasil.

O que se entende por lógica manicomial não é apenas o que é praticado nos manicômios. O significado dessa expressão é mais abrangente, por estar relacionada a uma prática específica. Nos manicômios, as pessoas tidas como loucas são isoladas da sociedade, assim como os criminosos numa penitenciária. Entre as semelhanças dos dois sistemas, as que mais chamam a atenção são: o tratamento desumanizado às pessoas e a não ressocialização dos mesmos. Os amontoados de pacientes nos pátios são vigiados por auxiliares de enfermagem cansados e impacientes, que cumprem 70, 80 ou 90 horas semanais de trabalho, em condições muito precárias e com péssimos salários.

As subjetividades são diluídas na multidão. A grande maioria dos pacientes não é escutada, atendida e tratada de fato. Todos conhecem as regras e a rotina e sabem o que fazer nos momentos de brigas, “agitação” e “inadequação”. Infelizmente esse

cenário não é exclusividade dos manicômios, mas de todo lugar e de qualquer serviço que funcione, segundo sua lógica de opressão, moralismo, totalitarismo, exclusão e dessubjetivação.

A Lei Federal 10.216/2001 tramitou por mais de 10 anos até entrar em vigor. E mesmo hoje, após 11 anos de sua existência, encontram-se espalhados por todo o Brasil diversos manicômios em pleno funcionamento, apesar de uma de suas diretrizes ser a da extinção progressiva desses lugares. O mais grave é que em muitos CAPS, o que se percebe é a reprodução dessa mesma lógica.

Em relação ao CAPS ad, além da preocupação de que ele não funcione de acordo com a lógica manicomial em seus aspectos citados, há também a de que ele não seja uma unidade separada da saúde mental ou, então, que seus cuidados não permaneçam restritos aos procedimentos médicos e da enfermagem. A própria criação do CAPS ad é passível de questionamentos, responde politicamente a uma demanda social, mas tem dificuldade em delimitar seu lugar na saúde mental.

O CAPS ad nesse trabalho é uma modalidade de CAPS ad II, com capacidade operacional de atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Destina-se a pacientes com transtornos mentais graves decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, faz parte de uma rede de serviços e ações que constituem a chamada rede de cuidados aos portadores de transtornos mentais.

Dentre as atividades que constituem a assistência prestada ao paciente do CAPS ad II, são realizados atendimentos individuais e em grupo para os pacientes e seus familiares, oficinas terapêuticas e desintoxicação em alguns casos de pequena gravidade. Existem três modalidades de atendimentos num CAPS ad, que são: o intensivo, o semi-intensivo e o não intensivo. Estes são definidos de acordo com a necessidade e gravidade do caso de cada paciente.

O CAPS ad que será analisado foi inaugurado há pouco mais de um ano, numa cidade com a população acima de 600.000 habitantes e com uma rede de cuidados muito precária. Está inserido em um contexto que é historicamente dominado por serviços com lógicas completamente diferentes de funcionamento, como ONGS ou comunidades terapêuticas. A maioria é orientada por alguma filosofia religiosa e não possui equipe multiprofissional.

Além do contexto no qual o CAPS ad está inserido, em seu cotidiano são observadas algumas questões relevantes entre os profissionais, como a falta de experiência clínica, de formação teórica, de supervisão e de uma linha teórica que

orienta a prática. Existe ainda uma dificuldade de relação com os outros CAPS e com o restante da rede, correlacionada ao funcionamento da equipe, suas diferentes subjetividades, os preconceitos, os moralismos, as dificuldades de manejo, escuta e, especialmente, o não atendimento aos pacientes mais graves. O que se observa é que, quanto mais grave é o paciente, menos ele é atendido. Essa última é uma questão delicada, porque diz respeito à formação, à postura profissional, à função de cada um da equipe, ao desejo e a outras questões subjetivas.

Ainda que o paciente não seja atendido, o fato de passar o dia no CAPS ad, faz com que ele melhore fisicamente, devido ao fato de participar das atividades, receber medicamentos e os cuidados da enfermagem, dos médicos e alimentar-se bem, obtendo alguns benefícios sociais em função dessa melhora. Além da função e importância do trabalho de uma equipe multiprofissional na melhora do paciente, a experiência mostra a importância da função da rede de cuidados e do trabalho intra e intersetorial. Isso evidencia a relevância de outros serviços do setor saúde e de outros setores da sociedade, que estejam envolvidos nos cuidados de cada paciente.

Entretanto, a experiência também mostra a importância do lugar da psicanálise nesse espaço. Esta oferece escuta e trabalho das questões subjetivas relativas à toxicomania dos pacientes, apresentando chance de mudança subjetiva, ou seja, de mudança nas formas de satisfação pulsional, na economia libidinal e uma consequente mudança no posicionamento diante da vida dos pacientes do CAPS ad que dela se beneficiam. Atender o paciente no CAPS ad, é dar lugar à particularidade de sua subjetividade, é fazer caber a sua diferença no universal do “para todos”¹ do SUS e da sua saúde mental. É no ponto da interseção entre o universal da saúde mental pública e o particular da clínica que a psicanálise se afirma como uma ética.

Dos atendimentos de orientação psicanalítica realizados no CAPS ad, surgem várias questões clínicas, que são trabalhadas em supervisão particular e abordadas em pesquisas teóricas. Para a realização desse trabalho investigativo, selecionou-se a questão da relação entre as experiências da toxicomania e do narcisismo. Partindo da hipótese de que a toxicomania representa uma experiência psiquicamente assemelhada ao narcisismo em suas vertentes paradoxais de loucura e cura, pretende-se verificar a sua validade a partir do relato e desenvolvimento das situações clínicas em um caso e sua articulação com a teoria do narcisismo desenvolvida por Freud (1914).

¹Essa expressão “para todos” refere-se à universalidade, que é um princípio fundamental do SUS, relatado na Lei Federal 8080/90.

2.2- Relato do caso clínico

Gustavo tem 31 anos, está solteiro há três, mora sozinho em uma casa de quatro cômodos e atualmente está sem trabalho e sem renda. Sua mãe às vezes dá algum dinheiro, outras vezes ele pede para as pessoas na rua, comete furtos e faz bicos diversos. Já morou com duas companheiras por cerca de quatro anos com cada uma. Teve um casal de filhos, um com 10 e outro com 4 anos. O contato com os filhos é raro, sendo que ele não demonstra preocupação ou afeto por eles. Lembra-se constantemente de uma de suas companheiras, com quem se encontra em festas na casa da mãe. Queixa-se com frequência de solidão, falta da família, de amigos e de mulher, principalmente.

Seu pai faleceu no dia de seu aniversário de 17 anos. Esse fato marcou a vida de Gustavo, porque ele passava bastante tempo junto com seu pai trabalhando, apesar de não terem uma relação saudável.

Gustavo tem uma irmã com quem não tem muito contato, mas sente muito ciúme da proximidade dela com a mãe. Após o falecimento do pai, a mãe casou-se novamente. Após um tempo ela pediu que Gustavo saísse de casa porque o relacionamento dele com seu atual marido estava conturbado. Seu pai deixou uma casa para ele, porém sua mãe a vendeu, comprou outra e colocou no nome dela, alegando que teme que Gustavo fique sem lugar para morar, devido a possibilidade de ele vender o imóvel. Em função disso, Gustavo revoltou-se com a mãe. Em relação ao padrasto, Gustavo já trabalhou e trabalha esporadicamente como pedreiro para ele, apesar dos desentendimentos freqüentes entre eles.

Gustavo procurou o CAPS ad há quase um ano, logo após a inauguração do serviço, encaminhado por outro CAPS ad onde tratou por cerca de dois anos. É usuário compulsivo de cocaína, crack, tabaco e principalmente de álcool. Eventualmente usa outros tipos de drogas. Gustavo chegou ao serviço no final da manhã de uma segunda-feira, intoxicado e trazido pela mãe, que falou a maior parte do tempo, porque ele não conseguia conversar. Após essa primeira consulta de acolhimento, ele permaneceu no leito de enfermagem durante o dia, recebendo os cuidados físicos necessários.

Em algumas entrevistas com a mãe, esta relata que Gustavo iniciou o uso de drogas por volta dos 15 anos de idade. Ela não sabe dizer se o pai sabia ou não disso, mas conta que o pai não falava, nem fazia nada, deixando-o “largado”.

Após a morte do pai, Gustavo intensificou bastante o uso de drogas. Em função disso e devido às constantes brigas entre Gustavo e a mãe, numa das diversas discussões em que havia bebido e fumado muito crack, ele tentou matar a mãe, enforcando-a. Ela afirma sentir medo dele, porque as ameaças são frequentes e o filho sempre está intoxicado. Sobre isso, Gustavo apenas diz que sentiu muita raiva e que a mãe não o respeita.

Nos relatos e atitudes da mãe, fica clara a sua postura invasiva, misturada com os filhos, especialmente com Gustavo. Isso se evidencia quando ela² diz coisas do tipo: “eu coloquei a mulher dele para fora de casa, porque eu não gostava dela”; “coloquei a casa que o pai deixou para ele no meu nome para ele não acabar com tudo”; “deixo ele sem dinheiro para não facilitar as coisas”; “de vez em quando ele tem que trabalhar com o padrasto, mas só com ele que é o único que o aguenta por minha causa”.

A mãe também sempre interferiu nos relacionamentos com as companheiras de forma maciça, em suas escolhas, bem como em sua profissão, no relacionamento com amigos e namoradas. Sobre a infância de Gustavo, diz apenas que ele era bastante agitado e tinha atitudes inapropriadas na escola. Ela não sabe falar de lembranças, algo que tenha marcado ou de alguma particularidade dele.

No início do tratamento, a demanda era da mãe. Era ela quem levava Gustavo ao CAPS ad e pedia para que ele permanecesse no local. Depois mudava de ideia, solicitava sua liberação e, algumas vezes, ele ia embora. Em outras ocasiões, a mãe ligava ou ia ao CAPS ad para conversar com a psicóloga, falar sobre as “aprontações” de Gustavo, da sua falta de esperança em relação a ele, sobre o que ela pensa, fez ou as atitudes que vai tomar. Pede com frequência para que os profissionais do CAPS ad façam as coisas do jeito dela, por exemplo: “Estou ligando para pedir para vocês tomarem o cartão dele, pois ele tem que vir embora a pé para ver se aprende”, diz. Também é seu costume manipular a medicação de Gustavo: “Ontem resolvi dar dois diazepam para ele dormir”, ou “vou dar só a vitamina se ele beber”, e “se ele me afrontar vou deixar ele sem remédio um pouquinho”. Em alguns momentos, percebe-se a necessidade de acolher e orientar a mãe. No entanto, quando se apresenta muito invasiva, sem medida em suas atitudes ou misturada demais com Gustavo, é necessário que isso seja marcado e barrado para ela.

² As falas da mãe de Gustavo foram retiradas de anotações feitas em seu prontuário que foi disponibilizado pelo CAPS ad.

Gustavo às vezes pede para ficar no CAPS ad durante o dia de segunda à sexta-feira, em tratamento intensivo. Isso acontece quando se sente muito só ou quando a relação com a mãe e/ou com o marido dela está muito conturbada e intensa. Geralmente são esses momentos em que ele está mais compulsivo em relação ao consumo de drogas e, conseqüentemente, os atendimentos passam a ser mais frequentes. Gustavo diz que gosta de participar de algumas atividades do serviço, de dormir, descansar e de conversar com todos, como sempre faz. Às vezes o sofrimento dele era tão intenso, que não conseguia nem mesmo ficar sem beber e se drogar no CAPS ad, gerando situações de difícil manejo institucional e clínico.

Durante quase um ano de tratamento, ele apresentou períodos de melhora, em que tentou alguns investimentos no trabalho, passou a ser atendido em regime ambulatorial semanal, esteve mais assíduo e independente. Mas houve, também, períodos em que ele esteve ausente do CAPS ad e em alguns desses momentos, permanecia alguns dias em casa, na maioria das vezes perambulando pelas ruas, quase sempre muito intoxicado.

Em relação à medicação, foram prescritos muitos tipos de remédios. Alguns para aliviar um pouco a tensão, a ansiedade pela droga e os sintomas da abstinência. Outros para ajudá-lo a dormir e melhorar o seu estado físico. Todavia, essa medicação nunca foi utilizada de forma adequada por ele.

Nos atendimentos iniciais, Gustavo contava casos, falava de outros pacientes e do outro CAPS ad em que se tratou. Só após um tempo de espera e manejo, começou a falar dele. Apresentava muita dificuldade de elaborações e principalmente em falar de si mesmo, evidenciada por um distanciamento na fala, ou seja, parecia que ele não falava de si próprio. Sempre mencionou muito a mãe em seu discurso, demonstrando grande intensidade em seus sentimentos mais frequentes de raiva, revolta, ciúme, mágoa, admiração.

Sobre alguns momentos do passado, conta que após o falecimento do pai, o consumo de drogas se intensificou muito. É como se ele tivesse ficado ainda mais vulnerável à mãe, por exemplo: “ela ficou mais pegajosa, mais brava e chata depois que meu pai morreu, não larga do meu pé!”, ele³ diz. Em relação ao pai, ele não aparece em suas falas espontâneas, apenas quando é questionado, dizendo o seguinte: “meu pai nunca esteve presente, não estava nem aí para mim, não me corrigia, não interferia no

³ As falas de Gustavo foram retiradas de anotações em seu prontuário, referentes aos seus atendimentos e disponibilizadas pelo CAPS ad.

que eu fazia, não conversávamos nem saíamos juntos, só para trabalhar.” Algumas vezes disse também: “às vezes meu padrasto parece mais meu pai.” Nessa época, além de toxicômano, também foi traficante por cerca de quatro anos: “eu fiz de tudo que alguém pode imaginar! Era matador também, qualquer problema que aparecia (que ele ou alguém próximo dele tinha, ele achava que deveria resolver), eu resolvia no tiro”.

Gustavo descreve outras situações em que roubava, trapaceava, batia e cercava as mulheres. Pichava as ruas e monumentos, como o pirulito da praça sete que foi todo pichado por ele. Gustavo conta com orgulho: “pichei lá para todo mundo ver!”. Tais atitudes eram adotadas quando estava intoxicado e com seus amigos que tinham posturas iguais. Eram sempre as mesmas coisas, roupas, drogas, formas de falar, uso de gírias, maneira de atuar, os mesmos tipos de mulheres e de armas.

Conta que retornou algumas vezes ao bairro onde morou com a família por um grande período de sua vida, antes da morte do pai. Tentou reencontrar alguns amigos, reviver situações e sensações do passado, como se quisesse apagar o tempo. Ele diz: “eu consegui um dinheiro e fui para lá e encontrei os amigos do passado. Fumei muito, a gente não conversou nada, não precisava, bebi demais também! Eu tinha amigos, não deixava minha mãe me encher, eu aprontava demais! Só andava na rua o dia todo, sempre tinha dinheiro porque vendia drogas, andava armado com minha turma, eu não era gente! Nunca faltava mulher porque elas gostavam disso tudo, e eu sabia falar as coisas certas”. E continua, com nostalgia: “aquela época foi única, era perfeito, eu tinha tudo, não sofria. Até o crack e a pinga eram os melhores, eu quero tudo de novo, quero sentir aquilo outra vez!”. Falar sobre esses momentos é muito difícil para Gustavo, porque consumia drogas compulsivamente, perambulava angustiado e intoxicado pelas ruas durante dias, pedindo dinheiro ou cometendo furtos.

Algo que também o perturba muito e que o impele a se intoxicar é quando relata sobre suas relações amorosas. Ele conta como era a vida com as companheiras que teve, marcada por ter muita dependência e violência: “Eu não deixava que elas fizessem nada, não podiam sair de casa, só comigo, mulher minha não anda sozinha. E quando elas queriam me controlar ou ficavam falando na minha cabeça, insuportáveis, eu batia muito mesmo! E estava sempre chapado!” Parece que algo da vivência com a mãe se repete nessas relações “insuportáveis”. Por não haver uma distância entre eles, não existe o estabelecimento do que é de um e de outro e, logo, prevalece a agressividade. No entanto, ele afirma: “Nossa! Não sei como elas me aguentavam! Eu achava que era

dono delas, agora estou sozinho, parece que nunca mais vou conseguir ter alguém, sinto muita falta.”

Gustavo fala com indignação sobre o fato de a mãe ter se casado logo após a morte de seu pai: “ela tinha que dar atenção para a gente, tinha que esperar, tinha que achar outro homem e não esse”. Cobra com frequência que a mãe lhe dê dinheiro, atenção, a casa que o pai deixou de herança e fala com ciúme da relação da mãe com a irmã dele e com o marido. Fala bastante e com intensidade sobre a mãe, a vida dela, sobre as coisas que ela diz e faz, e sobre as coisas que ele deixa de fazer por ela. Gustavo concentra-se tanto na mãe, que a própria vida e interesses parecem suspensos. Quando é questionado sobre sua opinião acerca de algo, é comum que ele responda: “a minha mãe acha que eu sou assim, que eu tenho que fazer isso”. Eles se apresentam muito misturados e fusionados, claramente demonstrados em momentos como esses.

Nos momentos de confronto com a mãe, em que Gustavo parece tentar marcar seu lugar, fazer aparecer algo de sua particularidade e evidenciar algum interesse específico, a mãe não escuta, reconhece ou permite. Nesses momentos ele sempre se intoxica. É como se esse fosse o único recurso de que dispõe para estabelecer certa distância, tentar marcar seu lugar, preservar algo de seu eu, de sua identidade, ainda que a de toxicômano. Inclusive já falou algo que aponta para esse lugar, mas sem se dar conta, sem que isso fizesse sentido para ele: “ela (a mãe) é muito insuportável, quando ela começa assim, não dá, eu saio pra rua, e aí, pronto!”.

Além disso, ao sustentar esse lugar, ele não se dá conta de que contribui para manter a mãe também no mesmo lugar, misturada a ele, invasiva e, ao mesmo tempo, a mãe sofredora por causa dele, que não sabe mais o que fazer. Quer dizer, cada qual nesse circuito, mantém-se nos mesmos lugares, com suas satisfações pulsionais específicas, interligadas e dependentes uma da outra. Por outro lado, em cada uma dessas atuações, parece haver uma tentativa de simbolização, de representação, de elaboração e de cura.

Gustavo já tentou estabelecer uma relação entre seus estados psíquicos e as drogas que consome. É possível observar nessas falas, aspectos de sua relação com a mãe. Ele diz: “não dá para explicar a sensação do crack, não dá para falar, só quem já usou sabe. É uma viagem maluca demais, é muito forte, é intenso, é gostoso, é tudo muito demais! Você fica poderoso, só tem coisa boa, por isso é que não dá para parar, porque é muito bom, é demais, aí você fica querendo mais e mais, e faz qualquer coisa

para conseguir”. Fica claro nessa passagem a reprodução da sua vivência onipotente, poderosa e ao mesmo tempo alienada e louca com a mãe por meio da droga.

Sobre o álcool, Gustavo declara: “Não sei qual é o mais forte para mim, mas não consigo ficar sem ele. A abstinência é insuportável, faz falta demais, não consigo dormir. É melhor ficar bêbado mesmo, porque não lembro que estou sozinho, que não tenho nada, também não sinto nada, nem dor. Minha mãe pode fazer o que quiser que eu não estou nem aí! Às vezes tenho vontade de morrer e de sumir, mas nem consigo fazer nada desse jeito... (intoxicado).” Aqui observa-se uma tentativa de fugir da mãe, de se distanciar dela, e também de se anestesiá-la e de se proteger da dor, da solidão, da falta e da mãe.

A relação de Gustavo com a droga e com o álcool, especialmente, remete a algumas elaborações de Freud (1930/1980) acerca da função de medida paliativa do recurso da intoxicação, das drogas que “influenciam nosso corpo e alteram a sua química” (p. 93). Para Freud (1930/1980), medidas paliativas são construções auxiliares necessárias para o ser humano suportar a vida: “A vida, tal como a encontramos, é árdua demais para nós, proporciona-nos muitos sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis. A fim de suportá-la, não podemos dispensar as medidas paliativas.” (p.93).

As substâncias tóxicas representam um tipo de medida paliativa que é capaz de tornar o ser humano insensível às dificuldades da vida. Ao lado delas, existem ainda os derivativos poderosos que nos fazem extrair luz de nossa desgraça, como a ciência. Há ainda um terceiro tipo de medida paliativa, chamada de satisfação substitutiva, como a arte, que ajuda a amenizar as desgraças da vida.

De acordo com Freud (1930/1980), algumas de suas elaborações auxiliam na compreensão da relação fusional de Gustavo com a mãe, em suas observações sobre o desamparo infantil, o sentimento oceânico e à necessidade de proteção paterna. Para Freud (1930/1980), o sentimento oceânico que existe em muitas pessoas, provém de uma fase primitiva do sentimento do eu, sendo que esses dois sentimentos podem coexistir lado a lado na mente de um indivíduo adulto. O sentimento oceânico desempenha no indivíduo o papel de restauração do narcisismo ilimitado da infância, de seu estado fusional com a mãe. Segundo Freud (1930/1980), o conteúdo ideacional do sentimento oceânico é a unidade com o universo e pode ser comparada à unidade mãe-bebê, ou, aprofundando, à unidade que o toxicômano tenta forjar dele mesmo com a droga. Freud (1930/1980) observa que a esse respeito, essa unidade com o universo

representaria “uma maneira de rejeitar o perigo que o eu reconhece a ameaçá-lo a partir do mundo externo.” (p.90)

Freud (1930/1980) observa ainda, que o sentimento oceânico origina-se do desamparo infantil. Tal condição é fundamental e todo ser humano submete-se a ela e a necessidade de proteção paterna que ela evoca: “Não consigo pensar em nenhuma necessidade da infância tão intensa quanto a da proteção de um pai.” (p. 90). Em relação à necessidade de proteção paterna, ela aparece em algumas passagens do relato do caso de Gustavo, por exemplo, quando ele se vê à mercê do álcool e da mãe: “é melhor ficar bêbado mesmo... minha mãe pode fazer o que quiser comigo que eu não estou nem aí... não consigo fazer nada assim (intoxicado)”. Ou quando se observa a ausência de seu pai na sua vida e nas suas falas espontâneas, ao responder às perguntas sobre ele: “meu pai não estava nem aí para mim... não conversávamos... ele não me corrigia... “E ainda, na própria fala da mãe, que não deixa de evidenciar sua postura com Gustavo, em que o pai não aparece: “não sei se ele sabia que Gustavo usava drogas... mas ele era assim mesmo... não fazia e nem falava nada... o deixava ‘largado’ ”. Parecia que Gustavo estava mesmo largado à própria sorte, a serviço da mãe, do álcool e das drogas, em seu desamparo fundamental.

3 Considerações teóricas

3.1 Toxicomania e loucura

Atualmente muito se discute a respeito do tema das drogas, e observa-se uma proliferação de cursos, de propagandas na mídia, de investimentos financeiros em serviços e ações públicas em diversos setores, como consequência, principalmente, dos efeitos sociais provocados pela toxicomania. Entretanto, alguns termos utilizados atualmente como dependência química e adição refletem uma mudança do ponto de vista e não contempla toda a dimensão que o termo toxicomania traz. O seu aspecto de loucura será ressaltado como o ponto prevalente dessa experiência na atualidade.

Santiago (2001) discorre sobre a constituição da toxicomania como uma entidade clínica autônoma, demonstrando sua relação com a experiência da loucura, a partir de trabalhos de dois psiquiatras da época (meados do século XIX). Nessa ocasião, eles produziam trabalhos sobre a cocaína e já consideravam a toxicomania como uma entidade clínica. Para esses médicos, a toxicomania estava vinculada à loucura, à mania e às chamadas loucuras do impulso.

Um dos psiquiatras que se trabalharam sobre essas questões era Moreau de Tours, que foi o primeiro a verificar a função da droga como um meio de acesso à patogenia mental, uma forma de exploração do fenômeno do delírio, de fabricação artificial e experimental da loucura. Para ele, o que importava não era simplesmente uma descrição dos sintomas e sinais exteriores da loucura, mas atingir a natureza psíquica dela, que permanecia a mesma, qualquer que fosse a sua forma de apresentação e de acesso.

De acordo com Santiago (2001), Moreau de Tours apresentava, também, a hipótese de que a natureza do delírio e do sonho seriam a mesma, e a partir disso, a droga permitiria o acesso ao âmago da experiência do delírio, já que a ação da droga seria um estado de sonho sem sono. Segundo Santiago (2001), esse psiquiatra sustentava que toda forma de delírio e loucura, como alucinações, ideias fixas e impulsividade, teria sua origem numa modificação intelectual primitiva, que é a excitação maníaca.

Outro autor da época citado por Santiago (2001), Emmanuel Régis, foi um dos primeiros a usar o termo toxicomania, como uma necessidade imperiosa de se intoxicar. Para Régis, ressalta Santiago (2001), “a excitação maníaca que se manifesta na forma de um ímpeto irresistível dirigido aos venenos artificiais, precede o ato toxicomaníaco” (p.69).

Assim, partindo da perspectiva de que a loucura pode ser artificialmente fabricada pela ação da droga e que a experiência da toxicomania se assemelha à da loucura, o narcisismo é introduzido como uma experiência que faz série com essas, a partir de algumas características comuns, demonstradas ao longo do texto de Freud (1914/1980).

3.2 Narcisismo, loucura e tentativa de cura

O texto de Freud (1914) sobre o tema, “Introdução ao Narcisismo”, surge em virtude da necessidade de articulação da teoria da libido⁴ no campo das psicoses⁵ e, também, como uma resposta às provocações de Jung, como observa Mariás (2006). A autora refere-se à consideração de Jung de que a teoria da libido havia fracassado ao lidar com as psicoses e, portanto, não poderia ser estendida para as outras neuroses. Mariás (2006) ressalta que para Jung, a libido seria apenas o produto da diferenciação de uma energia que atua normalmente na psique:

Freud manifesta sua recusa em estabelecer uma unidade da libido em termos de energia psíquica geral. Ele insiste na concepção da dualidade pulsional e do conflito entre o eu e a sexualidade. O eu, como sede das pulsões de autoconservação e submetido ao registro da necessidade, seria naturalmente sensível à educação e à adaptação à realidade. As pulsões sexuais, por outro lado, sendo auto-eróticas [*sic*] em sua origem, não necessitam de um objeto na realidade e não são suscetíveis à influência. (p.80)

⁴Entende-se por libido, energia ou pulsão sexual.

⁵O campo das psicoses engloba todos os termos utilizados por Freud no texto sobre o narcisismo: parafrenia, esquizofrenia, demência precoce e paranóia. Ao que parece, apenas a este último ele faz referência a características específicas observadas no texto.

De acordo com Freud (1914), a origem do termo narcisismo vem da descrição clínica e refere-se à conduta de pessoas que tratam o próprio corpo como um objeto sexual, contemplando-o e extraindo prazer dele. O autor ressalta que se o narcisismo for a única forma de vida sexual de uma pessoa, será considerado uma perversão. Além disso, é bastante comum observar aspectos isolados da conduta narcisista em pessoas sujeitas a outras perturbações mentais, como em casos de homossexualismo. Também em relação às pessoas que tem desenvolvimento sexual normal, é possível observar alguma localização da libido narcísica.

A partir dessas primeiras ideias já é possível supor a existência do narcisismo em qualquer indivíduo. Para Freud (1914), o narcisismo primário seria esse narcisismo “normal”, presente em todo ser humano.

Freud (1914) recorre às suas observações sobre a vida mental de crianças e povos primitivos para fundamentar a existência do narcisismo primário, devido às suas características de megalomania e um abandono do interesse por pessoas e coisas do mundo externo presente em ambos os casos:

Uma superestimação do poder de seus desejos e atos psíquicos, a ‘onipotência dos pensamentos’, uma crença na força mágica das palavras, uma técnica de lidar com o mundo externo, a ‘magia’, que aparece como aplicação coerente dessas grandiosas premissas. (p. 17).

Essas características também são reproduzidas na experiência da toxicomania, como se observa no caso de Gustavo, ao se afastar das pessoas e coisas do mundo externo, ao se referir às sensações corpóreas que sente quando está intoxicado e, especialmente, às sensações psíquicas: “Fico poderoso demais, não existe dor, preocupação, resolvia tudo no tiro, tinha sempre dinheiro e mulher, sabia ‘falar as coisas certas’, não faltava nada, dinheiro, mulher, drogas”.

Em relação à libido, Freud (1914) considera que, da mesma maneira que há um investimento libidinal original no eu, próprio ao narcisismo primário e normal, também há algo desse investimento que é cedido aos objetos. Ele se preocupa em sustentar a hipótese do eu ser reservatório de libido e diferenciar uma libido que seja própria do eu de uma que se atém a objetos. Observa que existe uma relação entre a libido do eu e a do objeto que é sempre mantida, que há um movimento libidinal que pode investir em objetos e recuar para o eu. Para Freud (1914), essa relação é de oposição, ou seja, quanto mais se emprega um tipo de libido, mais empobrece o outro tipo. Na neurose, o

extremo do investimento libidinal em objetos e de empobrecimento do eu é o enamoramento. O contrário ou o extremo do investimento do eu se observa na fantasia ou na autopercepção de fim do mundo dos paranoicos.

A partir disso, Freud (1914) considera que no narcisismo as energias psíquicas estão inicialmente juntas e indistinguíveis no eu e que apenas com os investimentos libidinais em objetos é possível distinguir as pulsões sexuais das pulsões do eu. Freud (1914) ressalta que os conceitos de libido do eu e libido do objeto são originados respectivamente dos processos psicóticos e dos neuróticos. Mas na verdade os dois tipos de libido estão presentes nas pessoas, em quantidades e formas distintas.

Se o narcisismo primário é universal, constitutivo de todo psiquismo humano, Freud (1914) ressalta que ele não existe desde o início. Para que esse tipo de narcisismo se constitua, é necessária uma nova ação psíquica, a partir do que se conclui que o narcisismo não é a condição primária da libido. A necessidade de uma nova ação psíquica para a constituição do narcisismo, assinalada por Freud (1914) faz supor que exista outra condição anterior, que é a fase autoerótica infantil. Esta é a fase inicial da pulsão sexual fragmentada em várias pulsões parciais polimorfas e indiferenciadas. Nesse sentido, o narcisismo primário representa uma integração e uma primeira organização, ainda que precária dessas pulsões parciais.

Entretanto, alguns autores consideram que a diferença entre narcisismo primário e autoerotismo não é tão clara, como observa Ribeiro (2005):

Se o narcisismo secundário não deixa dúvidas por se tratar de um processo secundário de retorno da libido objetal ao eu, a concepção de um narcisismo primário denota certa ambiguidade. ... Há uma imprecisão sobre o que caracteriza o estado inicial da libido, se ele seria dominado pelo auto-erotismo [*sic*] ou pelo narcisismo. (p.101)

Nasio (1991) considera que as fases de autoerotismo e a do narcisismo primário sejam a mesma:

O primeiro modo de satisfação da libido seria o auto-erotismo [*sic*], isto é, o prazer que um órgão retira de si mesmo, as pulsões procuram, cada qual por si, sua satisfação no próprio corpo. Esse é o tipo de satisfação que, para Freud, caracteriza o narcisismo primário, enquanto o eu como tal ainda não se constituiu. (p.48)

Outra situação a partir da qual se observa aspectos relevantes no narcisismo, especialmente do narcisismo primário, é a sua dificuldade de renúncia e a atitude

afetuosa de pais com seus filhos. Freud (1914) considera que essa relação é dominada por uma superestimação narcísica do filho como objeto de amor. É uma relação de amor objetual que ao mesmo tempo revela sua natureza infantil. Os pais atuam nessa relação todos os aspectos de seu narcisismo infantil abandonado, atribuem à criança todas as perfeições, ocultam e esquecem os seus defeitos, não permitem que ela passe por privações e restrições à sua vontade. Para os pais, a criança não terá que se submeter às leis da natureza e às da sociedade, tudo para ela será melhor que foi para os pais. Eles elevam o bebê à posição de “Sua Majestade o Bebê”, como eles mesmos pensaram ser na infância.

Segundo Freud (1914), a fase do narcisismo é correlata à constituição do eu. Para que o eu se desenvolva é necessário que ele se afaste do narcisismo primário e que direcione a sua libido para os objetos do mundo externo. Porém, isso também dá margem a uma vigorosa tentativa de recuperação desse estado, representada em diversos tipos de comportamento das pessoas, como esse dos pais com os filhos.

Em relação à necessidade de afastamento do narcisismo primário, Leclaire (1977) observa que, apesar de “Sua Majestade o bebê” reinar como tirano onipotente para que um indivíduo viva e para que se abra o espaço do amor, é necessário livrar-se dele, ou seja, eliminá-lo.

Freud (1914) ressalta que essa atitude dos pais representa um refúgio na criança, uma forma de assegurar a imortalização do eu dos pais. É o ponto mais delicado do sistema narcísico, tão ameaçado pela realidade e pelas influências externas. Sobre esse ponto, Freud (1914) assinala que existem pessoas, como os humoristas e criminosos, que conseguem manter afastados de seu eu tudo o que possa diminuí-lo, conservando um estado psíquico e uma posição libidinal inatacável. É como se essa coerência narcísica os mantivesse imunes às influências da realidade. De acordo com Freud (1914): “Apresentam uma coerência narcísica com que mantêm afastados de seu eu tudo o que possa diminuí-lo. É como se os invejássemos pela conservação de um estado psíquico bem-aventurado, uma posição libidinal inatacável.”(p. 34).

Assim como eles, algumas mulheres, animais e bebês apresentam características narcísicas como inacessibilidade, autossuficiência e indiferença, que provocam grande fascínio nas pessoas que se afastaram do seu narcisismo em busca do amor objetual.

Como foi visto, no caso de Gustavo, a busca por essa coerência narcísica é observada quando ele se rebela, desafia a mãe ou fala e faz coisas que não faria na presença da mãe ou por causa dela. Observa-se uma tentativa de delimitação das

fronteiras do eu, de sua preservação, de marcar sua diferença, sua distância da mãe, seu lugar, ainda que o de toxicômano.

Além do narcisismo primário, existe o narcisismo secundário, que por sua vez, representa um retorno e uma revificação do narcisismo primário, perdido da infância. Ao mesmo tempo também já demonstra uma separação maior entre a libido objetal e a do eu que eram indistinguíveis na fase primária. Freud (1914) afirma que esse é um narcisismo que surge por retração dos investimentos objetais, superposto ao narcisismo primário. Assim como o narcisismo primário, o secundário está presente tanto na neurose quanto na psicose.

No narcisismo secundário da neurose, observa-se o movimento de introversão da libido e o seu correspondente na psicose é a megalomania. A introversão representa o movimento de retirada de libido dos objetos e o seu retorno ao eu, a partir dos investimentos em objetos da fantasia.

Nas psicoses, Freud (1914) observa que normalmente a libido retirada da realidade não é substituída na fantasia, como ocorre na neurose. Quando isso ocorre, também se constitui um movimento secundário:

Quando isso vem a ocorrer, parece ser algo secundário, parte de uma tentativa de cura que pretende reconduzir a libido ao objeto. ... A megalomania própria desses estados originou-se da libido objetal. A libido retirada do mundo externo foi dirigida ao eu, de modo a surgir uma conduta chamada de narcisismo.... Isso nos leva a apreender o narcisismo que surge por retração dos investimentos objetais de secundário. (p. 16)

Freud (1914) ressalta que essas tentativas de elaboração psíquica podem falhar. Quando isso acontece, a libido ficará represada no eu, dando origem a um processo patogênico e, em seguida, ao processo de cura, que se apresenta como se fosse uma doença. Exemplos desses processos patogênicos são a angústia na neurose e a hipocondria na psicose. As novas tentativas de cura ou de elaborações psíquicas são os sintomas de cada uma das neuroses e os fenômenos psicóticos.

A partir dessas observações, é possível aproximar a experiência da toxicomania do narcisismo primário e do secundário, uma vez que nela encontram-se características das duas fases. No caso de Gustavo, por exemplo, nota-se características das duas fases. Por um lado, de uma forma tipicamente infantil e primária, ele demonstra um sentimento de onipotência e indiferença com a mãe, presente nas falas, idéias, decisões e a reprodução dessa alienação na sua experiência toxicômana. Por outro lado, quando

Gustavo está intoxicado, ele consegue fazer algumas tentativas de investimento libidinal nas coisas e pessoas do mundo externo, como amigos, mulheres e trabalho, apesar da libido objetual retornar ao eu devido às frustrações desses investimentos. Com isso, pode-se supor que, assim como a megalomania e a introversão da libido, a toxicomania também pode representar uma tentativa de elaboração psíquica.

Para Garcia-Roza (2004), o narcisismo primário e o narcisismo secundário caracterizam-se por um investimento do eu e entre um e outro há um investimento da libido em objetos externos ao eu. O autor propõe pensar o narcisismo primário e o secundário como modos de investimento libidinal e não como fases ou etapas, umas substituindo as outras. Segundo Garcia-Roza (2004): “De fato, não há um abandono completo do eu em benefício do investimento objetual nem posteriormente um abandono completo do investimento objetual em favor do eu; pode haver concomitância das formas de investimentos com a predominância de uma delas.” (p. 49).

Freud (1914) mantém o dualismo pulsional em seu percurso de desenvolvimento do tema “narcisismo”. O autor assinala que, se a sua compreensão sobre as pulsões sexuais se deu por meio do rastreamento das neuroses de transferência, poderá compreender a psicologia do eu por meio do rastreamento das psicoses (demência precoce e paranoia). Freud (1914) acredita que o acesso ao que é o normal no funcionamento psíquico pode se dar pela via dos exageros e distorções do patológico. Para isso, ele propõe uma investigação da doença orgânica, da hipocondria e da vida amorosa dos sexos.

A doença orgânica representa para Freud (1914) o momento em que novamente a libido e o interesse do eu estão inseparáveis e seguindo o mesmo destino:

Alguém que sofre de dor orgânica e más sensações abandona o interesse pelas coisas do mundo externo, na medida em que não dizem respeito ao seu sofrimento, ... também cessa de amar enquanto sofre. Diríamos então que o doente retira seus investimentos libidinais de volta para o eu, enviando-os novamente para fora depois de curar-se. (p.25-26)

No estado de sono também há um retorno da libido dos objetos para o eu, ou seja, uma retração narcísica das posições da libido para o desejo de dormir.

Na hipocondria, a libido é retirada dos objetos e concentrada num órgão do próprio corpo, mesmo que suas sensações penosas não se baseiem em mudanças demonstráveis. Freud (1914) compara o órgão doente da hipocondria ao órgão genital

em estado de excitação, pois ambos estão investidos com libido. Ele chama a atenção para a capacidade que qualquer área ou órgão do corpo tem de substituir os órgãos genitais, devido à sua habilidade de erogenidade, ou seja, de enviar estímulos sexualmente excitantes à psique. Além disso, cada área ou órgão do corpo podem ser investidos de uma quantidade qualquer de libido, correspondente à proporção inversa de libido que permanecerá no eu. Para Freud (1914), a relação da hipocondria com a psicose está na dependência da libido do eu. Já a relação das neuroses reais com a histeria e a neurose obsessiva está na dependência da libido objetal. Assim, a formação dos sintomas na neurose e o adoecimento da psicose significariam o represamento da libido objetal e a do eu, respectivamente.

Freud (1914) observa que quando o investimento libidinal do eu supera determinada quantidade, isso gera tensão e desprazer, tornando-se necessário para a vida mental ultrapassar os limites do narcisismo e ligar a libido a objetos. Para Freud (1914), um forte egoísmo protege contra o adoecimento: “é preciso começar a amar para não adoecer” (p.29). Além disso, como foi visto, há também os recursos de elaboração psíquica, que produzem o desvio da libido excedente, que podem ocorrer no momento do narcisismo secundário.

A outra forma de abordar o narcisismo é pela vida amorosa das pessoas e suas diferenças no homem e na mulher. Para Freud (1914), há o tipo de escolha objetal narcísico e o tipo de apoio. Observa-se que nas crianças e adolescentes, as escolhas de objetos sexuais derivam de suas primeiras experiências de satisfação com a mãe ou quem a substitui. Isto é, as pessoas que se preocupam com sua alimentação, cuidados e proteção. Conforme Freud (1914): “As primeiras satisfações sexuais auto-eróticas [*sic*] são experimentadas em conexão com funções vitais de auto-conservação [*sic*]. Os instintos sexuais apoiam-se de início na satisfação dos instintos do eu, apenas mais tarde tornam-se independentes deles.” (p. 31-32).

Esse tipo de escolha de objeto é chamado de “apoio”, por apoiar-se no nos primeiros objetos sexuais (mãe ou substituta dela), é um tipo de escolha masculina (Freud, 1914). As primeiras satisfações sexuais autoeróticas são experimentadas em conexão com funções vitais de autoconservação. Os instintos sexuais apoiam-se de início na satisfação dos instintos do eu e apenas mais tarde tornam-se independentes deles.

Sobre essa afirmação de Freud (1914), talvez seja possível supor que, se ele se refere às funções vitais de autoconservação como pulsões do eu e às primeiras

satisfações sexuais autoeróticas como pulsões sexuais, é porque se trata de uma fase muito remota. Mas é preciso lembrar que o eu não está posto desde o início como vimos, porque ele precisa ser desenvolvido. Assim, é possível inferir que autoconservação e autoerotismo fazem parte de uma fase anterior ao narcisismo, à constituição do eu. Algumas pessoas encontram-se nessa fase, das pulsões parciais polimorfas perversas e com os modos de satisfação próprios dessa fase.

O tipo de escolha por apoio é o amor objetal completo. Uma de suas principais características é a supervalorização sexual do objeto, provavelmente derivada do narcisismo original da criança. A contrapartida dessa superestima do objeto é o empobrecimento do eu, observado, por exemplo, nos estados psíquicos de enamoramento e obsessão neurótica.

Outro tipo de escolha de objeto é o tipo narcísico, ou aquele em que a escolha de objeto amoroso é realizada tomando a si mesmo como modelo. Segundo Freud (1914), esse tipo de escolha é comum em pessoas cujo desenvolvimento libidinal sofreu alguma perturbação como homossexuais e pervertidos. Os dois tipos de escolha podem estar presentes em qualquer pessoa e não aparecem de forma tão bem delimitada. De acordo com Freud (1914), o ser humano tem originalmente dois objetos sexuais: ele próprio e a pessoa que cuida dele. Isso demonstra que o narcisismo primário está presente em todos os indivíduos e pode, eventualmente, se expressar de forma dominante na escolha de objeto de alguém.

A mulher também pode amar segundo o modelo masculino. Mas o tipo mais comum de escolha feminina é o tipo narcísico. Para Freud (1914), essa escolha é observada nos tipos mais genuínos de mulher:

Com a puberdade, a maturação dos órgãos sexuais femininos até então latentes parece trazer um aumento do narcisismo original. ... Em particular quando se torna bela, produz-se na mulher uma autossuficiência ... A rigor, tais mulheres amam apenas a si mesmas com intensidade semelhante à que são amadas pelo homem. Sua necessidade não reside tanto em amar, mas em serem amadas. (p.34)

Para essas mulheres narcísicas, que se mantêm frias em relação ao homem, a geração de um filho é um meio de se passarem do narcisismo secundário ao amor objetal. De acordo com Freud (1914), a partir do narcisismo, o filho representa uma parte do próprio corpo da mulher, que se tornou objeto de amor. Além disso, Freud (1914) observa que há algumas mulheres que se desenvolveram a partir de padrões

masculinos. O autor ainda ressalta que mesmo após a maturação sexual feminina da puberdade, a mulher pode manter essa natureza de menino e alcançar o amor objetal por meio de ideais masculinos.

Freud (1914) observa que o narcisismo original da criança está exposto a várias perturbações, sendo que a mais influente é que ela terá que lidar nesse caso específico, é o complexo de castração⁶ e o efeito da intimidação sexual exercida sobre ela. Apesar disso, esse complexo não era considerado o responsável pela gênese da neurose, ainda que funcionasse para o homem, como resistência à cura da neurose.

Freud (1914) prossegue em seu desenvolvimento dos conceitos de narcisismo e de eu, introduzindo as noções de recalçamento e ideal do eu, que mantém uma relação estreita com esses conceitos.

O afastamento do narcisismo primário em direção aos objetos externos, necessário ao desenvolvimento do eu, ocorre devido ao investimento libidinal nos objetos e por meio de um ideal do eu. Num adulto normal, que conseguiu esse afastamento, a megalomania e outras características típicas do narcisismo infantil, não são demonstráveis, porque foram recalçadas. De acordo com Freud (1914), os impulsos libidinais sofrem o destino do recalçamento patogênico, quando entram em conflito com as ideias morais e culturais do indivíduo, próprias de cada um.

A instância responsável pelo recalçamento é o eu. A definição do que será ou não recalçado dependerá da existência de um ideal fixado em si mesmo, por meio do qual a pessoa mede seu eu. O ideal do eu que algumas pessoas possuem e outras não, significa que a formação do ideal do eu é a condição para o recalçamento. O ideal do eu constitui-se como o alvo do amor a si mesmo, que o eu real desfrutou na infância. Freud (1914) corrobora:

O indivíduo não quer se privar da perfeição narcísica de sua infância, e se não pôde mantê-la, perturbado por admoestações durante seu desenvolvimento e tendo seu juízo despertado, procura readquiri-la na forma nova do ideal do eu. O que ele projeta diante de si como seu ideal é o substituto para o narcisismo perdido da infância, na qual ele era seu próprio ideal. (p.40)

Freud relaciona os objetos de investimento libidinal, os caminhos da libido e as diferentes formas de satisfação, à formação de ideal e à sublimação, mas diferencia esses dois, porque muitas vezes um é confundido com o outro (Freud, 1914). A

⁶Complexo de Castração refere-se à angústia relativa ao pênis no menino e inveja do pênis na menina.

sublimação é um processo referente à libido objetal e significa o seu redirecionamento a outra meta, distante daquela da satisfação sexual. A idealização é um processo referente ao objeto e significa que ele é engrandecido e exaltado na mente do indivíduo. Um exemplo disso é a superestimação sexual de um objeto, característico do amor masculino do tipo de “apoio”.

Assim, se alguém troca seu narcisismo pela veneração de um elevado ideal de eu, isso não implica que ele tenha alcançado uma sublimação de sua pulsão sexual. Outra diferença é a de que a formação de ideal aumenta as exigências do eu, favorecendo o recalçamento e a formação da neurose, ao passo que a sublimação pode ser uma saída para cumprir essas exigências sem recalçamento.

Segundo Freud (1914), a satisfação narcísica a partir do ideal do eu, pode ser assegurada por uma instância especial, que propõe considerar como sendo a consciência moral, já que possuem as mesmas características, ou seja, que observa continuamente o eu, medindo-o pelo ideal. Essa mesma instância é responsável pelos delírios de ser notado ou observado, das doenças paranoides, pelas vozes, multidão indefinida, pelas críticas, vigilâncias e censuras. Pode também aparecer como doença isolada, entremeada na neurose de transferência ou em alguma medida em qualquer pessoa.

Sobre as origens dessa instância, Freud (1914) sugere:

A incitação a formar o ideal do eu, cuja tutela foi confiada à consciência moral, partiu da influência crítica dos pais, intermediada pela voz, aos quais se juntaram os educadores, instrutores e outros. ... Grandes quantidades de libido essencialmente homossexual foram assim carreadas para a formação do ideal narcísico do eu. (p.42)

No caso da paranoia, Freud (1914) ressalta o papel da consciência moral:

As vozes e a multidão indefinida são trazidas à luz pela doença ..., a revolta contra essa instância censória vem de que a pessoa quer se livrar de todas essas influências, começando pela dos pais e retira deles a libido homossexual. A sua consciência moral lhe aparece então, em forma regressiva, como hostil interferência de fora. (p. 43)

Além dos sistemas especulativos da paranoia, Freud (1914) destaca o papel da consciência moral na formação dos sonhos, que ocorrem sob o domínio da censura e nas introspecções filosóficas das pessoas.

A partir da introdução da noção de ideal do eu, Freud (1914) retoma as discussões sobre o amor e a escolha de objeto, a partir da ideia de amor-próprio ou autoestima⁷, considerando que ele seria maior nas psicoses e menor nas neuroses. A experiência de ser amado e tudo o que se tem ou se alcança na vida (o cumprimento do ideal do eu), que confirme o sentimento primitivo de onipotência, ajuda a aumentar o amor-próprio.

A contrapartida do amor-próprio é o sentimento de inferioridade causado pela retirada de grandes quantidades de investimentos libidinais do eu. A incapacidade para amar, distúrbios físicos, psíquicos e grandes investimentos objetivos, também empobrecem o eu.

No campo amoroso, o ideal do eu funciona como um censor que define se os investimentos objetivos estão em sintonia com o eu ou se serão rejeitados e recalçados. Caso a libido seja recalçada, impossibilitando a satisfação amorosa, o eu só será enriquecido novamente, a partir do retorno da libido objetiva a ele e sua transformação em narcisismo. É como uma regressão em relação ao desenvolvimento libidinal, bastante comum na neurose.

Para Freud (1914), é um retorno ao verdadeiro amor feliz: “Um real amor feliz corresponde ao estado primordial em que a libido de objeto e a libido do eu não se distinguem uma da outra”. (p. 47-48).

No entanto, Freud (1914) enfatiza que, se por um lado o ideal do eu provoca o recalçamento e o retorno da libido ao narcisismo, como um estado de amor feliz, por outro, a inexistência do ideal do eu também propicia um estado de felicidade, porque mantém a tendência sexual perversa inalterada na personalidade e o eu novamente sendo o seu próprio ideal, como na infância.

Existe ainda outra possibilidade. Isto é, aquela na qual a idealização remove o recalçamento e restaura as perversões, como no estado de enamoramento. Neste, o objeto sexual é elevado a ideal sexual, assim como tudo o que preenche as condições infantis de amor é idealizado. Dessa forma, o ideal do eu é usado como satisfação narcísica substitutiva.

Segundo Freud (1914), na neurose, o retorno ao narcisismo representa a “cura pelo amor”, que inclusive substitui a cura pela análise. O neurótico escolhe um objeto sexual ideal conforme o tipo narcísico, que possua os méritos que são para ele inatingíveis, devido ao empobrecimento do seu eu. Freud (1914) ressalta que a

⁷Os termos amor-próprio ou autoestima referem-se às diferenças de tradução do texto de Freud.

incapacidade real de amar do neurótico, devido ao recalçamento e aos seus mecanismos de idealização como substituição, são empecilhos para a sua análise. Vale observar que o analista também pode ser alvo dessa idealização. Por outro lado, a substituição da análise pelo amor, pode ser um efeito da análise, à medida que ela reduz o recalçamento, possibilitando que a relação amorosa aconteça.

Para concluir, Freud (1914) faz uma última referência ao ideal do eu em seu aspecto social, como um conceito importante para a compreensão da psicologia de massa, mas não o desenvolve nesse texto. Faz apenas algumas inferências ao sentido social, como o ideal comum de uma família, classe ou nação, que vincula a libido narcísica de uma pessoa e uma quantidade de libido homossexual. Caso esses ideais sociais não sejam cumpridos, a libido homossexual é liberada e transformada em angústia social ou consciência de culpa, que na verdade substitui a consciência de culpa original, representada pelo medo do castigo dos pais e da perda de seu amor.

Em relação às psicoses, Freud (1914) observa que a frustração do ideal, as ofensas ao eu, a convergência da formação de ideal e a sublimação no ideal do eu, a involução das sublimações e a transformação dos ideais, podem ocasionar a paranoia ou outras perturbações psicóticas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como visto, a lógica de tratamento de um CAPS deve ser diferente da lógica manicomial. O CAPS não substitui o manicômio, mas é uma rede de cuidados que substitui e que funciona numa lógica diferente daquela. O atendimento dos casos mais graves é um dos principais aspectos dessa diferença, porque a partir dele, o paciente trata de suas questões subjetivas e tem a chance de uma verdadeira mudança. Além disso, os atendimentos aos pacientes, a complexidade dos casos e das questões que permeiam a toxicomania e a problemática de um CAPS ad numa rede, são muito importantes para o crescimento de cada profissional. Também a análise pessoal, a supervisão clínica e a pesquisa teórica são imprescindíveis para uma prática que tem a ética da psicanálise como sustentação. Supõe-se que o profissional que baseia a sua prática clínica nesses preceitos, está menos suscetível às armadilhas do trabalho na saúde mental pública, de massificação, de reprodução, de absorção e adoecimento dos profissionais.

O CAPS ad situa-se numa cidade, em que a rede de ações e serviços da saúde é bastante precária, os preceitos religiosos e morais são muito arraigados e consistentes. Além disso, a maioria dos investimentos do Ministério da Saúde é destinada a atender politicamente à demanda social por respostas objetivas, rápidas e em massa. A prática diferenciada de atendimento orientado pela psicanálise demonstra que é possível sustentar um outro tipo de trabalho, mesmo nesse contexto.

A utilização da nomenclatura toxicomania, ao invés de dependência química ou adição, também aponta para um lugar diferenciado do usuário de droga como “o problema social a ser combatido”, onde “o crack”, “o álcool” e qualquer outro entorpecente são personificados, devendo ser combatidos. Observou-se que a toxicomania representa uma categoria diferenciada, um modo de funcionamento e um tipo de experiência. A mania de se intoxicar, a necessidade de tóxicos, o acesso ao delírio, a modificação da mente pela droga, a qual passa a funcionar de forma semelhante à das manifestações da loucura, são as principais características de aproximação com a experiência narcísica.

A forma primária do narcisismo representa uma organização da fase autoerótica anterior. Entretanto, é bastante primitiva em relação ao desenvolvimento libidinal e do eu, porque o investimento libidinal para fora, para as pessoas e coisas do mundo externo é mínimo. A maior parte da libido permanece no eu, como seu reservatório original e,

portanto, não há uma diferenciação nítida entre o eu e o mundo externo, entre o eu e a mãe, existe uma alienação entre um e outro. As fronteiras ainda não estão estabelecidas, assim como se observa na loucura e na toxicomania, ou na loucura e na toxicomania de Gustavo e de sua relação com a mãe, com o mundo e com a droga. Nessa fase predominam as características de funcionamento psíquico infantil e primitivo, que também são observadas na experiência da toxicomania.

Freud (1914) considera outra etapa do narcisismo, que é a secundária, devido ao fato de o movimento para fora ser maior. Todavia, continua sendo narcísica, pois a libido que investe fora acaba retornando ao eu. Esses movimentos de investimentos fora representam tentativas de elaboração psíquica e de cura, porque o eu precisa se desenvolver e a libido precisa ir para fora para não se adoecer.

Para concluir, é importante ressaltar que o narcisismo em seu aspecto primário, constitui uma forma de loucura, mas também se observou a importância dessa fase como uma organização psíquica. Ainda que se considere a importância do desenvolvimento do eu com suas delimitações e com o movimento da libido para fora, não há como negar a importância que essa fase primária do narcisismo representa na vida de qualquer pessoa. O retorno à fase primária será sempre almejado, seja quando a libido se fixa nessa fase em seus movimentos de ir e vir ou quando ela passa a ser o modelo para escolhas amorosas e para vários tipos de comportamento das pessoas, como as atitudes dos pais com os filhos. Ou então, quando se resgata essa experiência por meio de seus substitutos, como um ideal.

Os atendimentos de Gustavo e de outros pacientes suscitaram questões relativas ao campo da saúde mental e ao campo da psicanálise, que não tem que ser respondidas necessariamente, mas que não podem deixar de se pensar ou discorrer sobre elas. Assim, é possível a abertura de espaços para discussões, interlocuções e elaborações para outros ciclos, de novas questões e ideias que podem resultar em mudanças. Isso possibilita investimentos libidinais diversos e permite que a prática clínica orientada pela psicanálise se sustente. Por fim, esse trabalho também pode ser considerado como um instrumento que vai nessa direção.

REFERÊNCIAS⁸

BRASIL. Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

CIRINO, O. (2006). Diagnóstico e Segregação. *Revista Diálogos*, 6(6), 32-35.

DESSUANT, P. (1992). *O Narcisismo*. (R. L. Saliby, trad.). Rio de Janeiro: Imago Ed.

FREUD, S. (1980). *Sobre o Narcisismo: Uma Introdução*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915).

FREUD, S. (2010). *Introdução ao Narcisismo*. São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1914).

FREUD, S. (1980). *O Mal-Estar na Civilização*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1930).

GARCIA-ROZA, L. A.(2004). Narcisismo. In L. A. Garcia-Roza, *Introdução à Metapsicologia Freudiana* (pp. 18-78). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2004.

LECLAIRE, S. (1977). Mata-se uma Criança: um estudo sobre o narcisismo primário e a pulsão de morte. (A. M. S. Stuzzei, trad.). Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. *Ministério da Saúde*.

MARIÁS, K. (2006). *Crônica de Um Fim Anunciado: Debate entre Freud e Jung sobre a teoria da libido*, Dissertação: Mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

NASIO, J. D. (1991). O Conceito de Narcisismo. In J. D. Nasio, *Os 7 Conceitos Cruciais da Psicanálise*, (pp. 47-72). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

RIBEIRO, P. (2005). O narcisismo e Suas Relações com o Outro. *Revista de Psicologia Plural*, 21, 99-104.

⁸De acordo com estilo APA –*American Psychological Association*.

SANTIAGO, J. (2001). A cocaína e o desejo de sutura em Freud. In J. Santiago, *A Droga do Toxicômano: Uma parceria cínica na era da ciência*, (pp. 63-77). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.