

# A CLÍNICA DAS TOXICOMANIAS

• *da psiquiatria à psicanálise* •

*Gabriel Pamponet dos Santos\**

---

Autor correspondente: Gabriel Pamponet dos Santos - Ladeira do Funil, número 20, Barbalho. CEP: 40301-130. E-mail: gabriel\_psi\_ruy@hotmail.com. Telefone: (71) 9247-9076 / 3243-3670

\* Psicólogo, Psicanalista. Coordenador Técnico do Ponto de Cidadania (SUPRAD/CETAD). Especialista em Atenção Integral ao Consumo e aos Consumidores de Álcool e Outras Drogas pela Universidade Federal da Bahia. Especializando em Teoria da Clínica Psicanalítica pela Universidade Federal da Bahia.

## Resumo

Não há notícias que indiquem a existência de uma sociedade sem drogas. Na contemporaneidade, todavia, essas substâncias tornaram-se elemento de elevado destaque – ascendendo ao estatuto de sintoma social. Neste contexto, qual lugar da clínica, mais especificamente da psiquiatria e da psicanálise? O psiquiatra sabe a verdade acerca do transtorno e o caminho para a cura; ouve e acolhe o que há a ser dito e prescreve e orienta o tratamento – operando, pois, do lugar de mestre. O analista, por sua vez, invólucro do nada, na abstinência que funda sua condição, deve fazer operar elaborações, retificações subjetivas. Uma interface na clínica, entre psiquiatria e psicanálise, caminho que permite ao sujeito abdicar não necessariamente da droga, mas da posição toxicômana, e acessar outras bengalas, outros modos de enfrentamento ao real, agora funcionais.

*Palavras-chave:* Droga; Psiquiatria; Psicanálise.

## THE CLINIC OF ADDICTION

• *from psychiatry to psychoanalysis* •

## Abstract

There is no indication that a society without any kind of drugs has ever existed. In these days, however, these substances have become an important issue that has grown into a social symptom. In this context, what is the role of medical practice, and more specifically of psychiatry and psychoanalysis? On one hand, the psychiatrist has the knowledge about the illness and the way to cure it; he listens to everything the patient has to say; he prescribes and guides the treatment, acting in the position of the master. On the other hand, the psychoanalyst must produce elaborations and subjective corrections in a neutral way, which is the bedrock of his function. An interface between psychiatry and psychoanalysis could be a way to make the subject renounce to his position as a drug addict, and not necessarily to

give up using drugs. It could allow the subject to get to others functional supports and alternative ways and means to face reality.

*Keywords:* Drugs; Psychiatry; Psychoanalysis.

## INTRODUÇÃO

Não há notícias que indiquem a existência de uma sociedade sem drogas. Do início da civilização até os dias atuais, todos os povos desfrutaram da capacidade de entorpecimento produzido pelas substâncias psicoativas, aliás, vale acrescentar, dos mais variados modos: desde um uso afrodisíaco até a disposição de fármaco, passando, também, pelo lugar de objeto de domínios mítico-religiosos. Na sociedade contemporânea, no entanto, essas substâncias se tornaram elemento de elevado destaque.<sup>(1)</sup>

Na Índia e na China, por exemplo, há registros do uso de cânhamo centenas de anos antes de Cristo, assim como achados apontam para o consumo de tabaco, com finalidade recreativa, religiosa e terapêutica, na América pré-colombiana. Existe ainda dados que indicam o uso de bebidas alcoólicas como forma de medicamento na cultura egípcia e mesopotâmica, fato similar ao consumo de ópio na Grécia Antiga. Evidentemente, outros diferentes modos de utilização se sucederam, nas diferentes civilizações – atravessando o tempo.<sup>(2)</sup>

Surge, de imediato, uma questão: se as drogas sempre existiram nas diversas culturas, qual a razão de ter ascendido – somente a partir da segunda metade do século passado – ao estatuto de fenômeno, ou, melhor dizendo, de sintoma social?

Discorrer sobre sintoma é certamente tarefa das mais árduas. Este foi compreendido, por muito tempo, desde Freud, tão somente como um retorno do reprimido. Ora, é certo que o sintoma está para além de sua expressão metafórica. Conforme Birman,<sup>(3)</sup> “trata-se, enfim, de indicar alguns

impasses e obstáculos colocados para o sujeito em nosso horizonte histórico, mediante os quais se possam delinear os destinos do desejo e os novos cenários de horror do sofrimento subjetivo”. O sintoma, afinal, encontra-se intrinsecamente associado às configurações particulares do mal estar da civilização.

Cada época, pois, produz um rol de sintomas muito bem definidos. As toxicomanias, nitidamente localizadas na atualidade, enquanto fenômeno, não são de modo algum fortuitas; são produto de uma época, de uma era, a era do discurso capitalista e científico.

Não é algo banal ter sua existência anuída pelos ditames do capital e da ciência. A lógica do capitalismo impõe um culto a um consumo desenfreado. Os vínculos aos objetos são absoluta e convenientemente frouxos, fluídos; a atividade cambial não cessa, perpetrando um ciclo sem fim, cuja proposta é muito clara: o apelo a gozar. Mas não se trata de um gozo qualquer, e sim de um gozo desregrado, cuja marca é o excesso de satisfação. É este um tempo sem esteio, de lei única e exclusiva: a lei do gozo sem limites. Não há, não obstante, espaço mais conveniente para o florescimento do abuso de drogas.<sup>(4)</sup>

Sobrevém ainda o discurso científico, cuja proposta é a produção de um saber operatório, lógico e fechado. Quanto mais se coloca nesse lugar, todavia, quanto mais tenta construir um paradigma de mundo, maior o estabelecimento de furos, buracos no conhecimento. A ciência, pois, surge para contrapor a produção de saber distante da doutrina

da razão, mas abre e institui o vazio. Nas palavras de Costa-Moura,<sup>(5)</sup> outrora “o mundo era fechado e com sentido. O real [...] era ‘pleno’, habitado por deuses que vinham misturar-se aos homens, o que fazia com que as contingências aparecessem como parte de uma ordem maior que sempre prevalecia”. Agora, estamos imersos no mar do não sentido, cuja referência é a ausência de referências.

As consequências dessa dinâmica ressoam de modo direto na formação humana. O que bem se observa na atualidade é a estruturação de sujeitos deveras claudicantes, com repercussões significativas nas suas amarras simbólicas. Deste modo, a ciência viabiliza um real muito além do que se pode suportar, repleto de buracos, vazios, enigmas. O impossível de ser cernido na linguagem tornou-se ainda mais potente com o advento do discurso científico e, dessa falha semântica, a castração é escancarada – e, claro, a angústia que lhe é inerente.

Com a ciência, a castração não cessa de se manifestar, cada vez mais incisiva, contundente, atemorizadora. Se atualiza e reatualiza a todo instante, produzindo níveis de angústia intoleráveis. É nesse contexto que a droga se insere como um recurso, um agente entorpecedor, que oblitera os efeitos da falha de saber produzidas do encontro do sujeito com o real. Conforme afirma Castilho, em Vianna:<sup>(6)</sup>

O sujeito passa a fazer uso da droga como uma solução para algo preciso, específico que falhou em sua relação com o campo do Outro, uma solução para algum nível de confronto com a castração. A droga, neste contexto, parece então funcionar com um ‘tampão’ que adia, protela, por exemplo, a emergência da angústia

A que serve a droga? Para além do provimento de uma privação, de uma necessidade que se faz física – da ordem do corpo concreto – a droga aplaca as intempéries produzidas pelo encontro com esse insuportável real.

Retomando, pois, a questão inicialmente suscitada (Por que somente agora a droga ascendeu ao estatuto de fenômeno social?), bem podemos afir-

mar que é na prevalência dos discursos da ciência e do capital que as condições necessárias estão postas; vivemos atezados por essas duas forças e as drogas, destarte, representam não um caminho para a morte, mas um recurso para a sobrevivência no mundo – por paradoxal que esta sentença possa parecer. Daí a irrupção das toxicomanias enquanto sintoma da contemporaneidade.

A droga, portanto, é um elemento de elevado interesse das diferentes instituições sociais, pauta de discussão nas mais diversas áreas do conhecimento – da ciência a religião. Não obstante, uma questão é imperativa: como isso se passa no campo da clínica?

A clínica se altera em conformidade ao tempo, ou, melhor dizendo, em conformidade às modificações dos sintomas produzidos pelo mal-estar da civilização.<sup>(7)</sup> Logo, nesse enredo em que droga é um dos grandes centros de atenção, o exercício terapêutico de modo algum passa despercebido; ao contrário, ele é posto em destaque e a prova a todo instante.

Vários são os modelos de intervenção e tratamento que adotam as toxicomanias como objeto, cada qual seguindo pressupostos teóricos, lógicas e finalidades deveras diferentes entre si. A psiquiatria e a psicanálise são exímios exemplos dessa máxima – por apresentarem, cada uma delas, modos de operar verdadeiramente distintos.

Segundo a psiquiatria, a toxicomania fala algo sobre o paciente; denuncia, antes, um estado doentio. Trata-se de um transtorno, conforme define a Classificação dos Transtornos mentais e de Comportamento da CID-10,<sup>(8)</sup> claramente identificável pela presença de alguns significantes: forte desejo ou senso de compulsão; dificuldade no controle do comportamento de consumir a substância; estado de abstinência – quando interrompido por certo tempo o consumo; tolerância; persistência no consumo – a despeito de evidentes prejuízos; e, por fim, abandono progressivo de atividades outrora prazerosas – em favor da ‘droga’.

Concernente a esta perspectiva, emerge uma proposta de tratamento. Segundo Garbutt:<sup>(9)</sup>

tratar [...] supone distintas etapas. La etapa inicial se dedica al abandono y la desintoxicación grave. Las etapas posteriores intentam mantener a los pacientes en remisión y a que desarrollen un estilo de vida compatible com uma abstinência a largo prazo

A psiquiatria visa, primeiro, atuar para promover o abandono da substância e a desintoxicação aguda, atenuando os efeitos iniciais devastadores da abstinência, que quase lhe são inerentes, para, por último, atuar a fim de manter a remissão do consumo. Em outras palavras, trata-se de intervir sobre os sintomas da abstinência para, em seguida, atuar sobre o quadro crônico de dependência. E, para tal empreendimento, os fármacos são os instrumentos privilegiados.

De imediato, surge um complicador: a droga cumpre uma função muito bem determinada para o sujeito, a saber, apaziguar os efeitos do insuportável encontro com o real. Na toxicomania, contudo, o abrandamento dos aversivos do real pela droga passa a ser concebido como mortífero; por mais amenizador que possa ser, o objeto-droga conduz a um flerte incessante com a morte. Por assim dizer, *postas essas condições*, a introdução do medicamento não pode vir a cumprir tão somente a função de um substituto? Dito de outro modo, a prescrição medicamentosa, nessa perspectiva finalista, não faria surgir uma toxicomania outra, agora legitimada por uma figura de poder, no lugar da já existente?

A farmacoterapia, *enquanto intervenção exclusiva*, não promove uma retificação subjetiva, uma mudança na posição de gozo do sujeito; tão somente efetiva a substituição de uma droga por outra. Logo, uma psiquiatria incapaz de transcender o eixo biológico é ineficiente no trato das toxicomanias.<sup>(6)</sup> É necessário buscarmos um para além. “Todos estos fármacos requieren intervenciones psicosociales para asegurar el cumplimiento así como para facilitar la rehabilitación, que es un componente necesario em cualquier programa de tratamiento”.<sup>(10)</sup>

Aliás, ao remetermo-nos à prática psiquiátrica, de imediato pensamos numa proposta de intervenção farmacológica. A despeito dessa hegemonia, a intervenção psiquiátrica não se limita ou reduz à farmacologia. Este é apenas um de seus recursos. A operação primeira da psiquiatria é imaginária e simbólica.

A procura, em si mesma, de um médico, já aponta para uma melhora – incipiente, mas melhora. Ora, a suposição de saber, a um psiquiatra – qualquer que seja – é um primeiro elemento da cura. Estamos no plano da transferência, que, conforme anuncia Freud,<sup>(11)</sup> “deve ser encarada como veículo de cura e condição do sucesso”.

Ao psiquiatra é delegado um saber; ele, supõe o sujeito, detém a verdade do sintoma e a resposta para a cura. Este ato, o de delegar saber ao Outro, encaminha a uma inicial evolução – que se desenvolverá a partir desse ponto. E o psiquiatra responde do lugar daquele que de fato sabe: sabe a verdade acerca do transtorno e o caminho para a ‘cura’; ouve e acolhe o que há a ser dito e prescreve e orienta o tratamento.

Ademais, conforme a prática corrente, bem podemos observar, cada vez mais, a integração de intervenções motivacionais e técnicas cognitivo-comportamentais – cujo escopo não é outro senão assegurar, mediante abordagem persuasiva e encorajadora, a adesão a proposta de tratamento. Ou seja, trata-se de intensificar uma certa posição de saber, encarnada pelo Outro da ciência.

O que agora constatamos é um modo de operar idiossincrásico – não bom ou ruim, mas apenas idiossincrásico. A psiquiatria possui, pois, um saber prévio, que antecede a verdade do sintoma e dita as tendências a serem seguidas; opera, portanto, do lugar do mestre. Ou seja, o psiquiatra, um significativo – mas não um significativo qualquer, e sim o significativo mestre – fornece saber e referências ao sujeito e, a partir daí, viabiliza possíveis modificações e retificações subjetivas, produzindo, por assim dizer, um encaminhamento para a ‘cura’.

E sobre os fármacos, o que mais podemos falar? Para nós parece evidente que uma prescrição des-

cuidada, ou mesmo circunstâncias intervenientes, de controle inacessível, podem produzir a substituição de uma droga por outra, potencializando o risco de fomentar uma nova toxicomania. Aliás, como ensina Olievenstein,<sup>(12)</sup> um toxicômano, a priori, por mais implicado que esteja em sua demanda por tratamento, não deseja outra coisa senão a substituição de uma dependência por outra. Isso não quer dizer, contudo, que o tratamento da toxicomania prescindia da farmacoterapia.

Conforme problematiza Santiago:<sup>(13)</sup>

A ciência fornece reguladores químicos capazes de se constituir em reguladores da própria economia libidinal, cuja finalidade é extrair satisfação no nível do corpo. Essa seria a técnica do corpo que poderia ser considerada como um mais-gozar especial, em razão do modo de captação dos excedentes de gozo gerado pelo uso da droga

Aqui se reitera a posição de que uma nova droga gera um novo gozo, um novo modo de gozar, um mais-gozar especial e, destarte, pode constituir uma nova toxicomania; mas também abre um precedente para outra compreensão: a de regulação da economia libidinal, através de um certo impedimento do gozo da droga.

É preciso compreendermos que a droga produz para o toxicômano um gozo nunca antes experimentado. Trata-se de uma tentativa repetida de fazer Um, que se atualiza e reatualiza a cada novo uso. Por assim dizer, o toxicômano rompe com o Outro; concebe a droga enquanto um objeto que pode satisfazer todas as suas necessidades e esta se torna seu prolongamento; seus efeitos sobre o corpo são puro real, havendo uma subtração quase plena, para não dizer plena, do sujeito do registro simbólico.<sup>(14)</sup>

E aqui se faz necessária a inserção do fármaco, a inserção de um novo efeito real sobre o corpo que barre o excedente de gozo produzido no encontro com a droga e viabilize uma nova reinserção – tanto quanto possível – no mundo simbólico. *E é no controle dessa satisfação desmedida, desregrada que isso se faz possível.*

Um regulador químico, de efeitos no real do corpo e que possibilitam – não garantem, apenas possibilitam – uma nova inserção no nível simbólico. Esse, portanto, é o papel do medicamento: o de ser uma ferramenta, e não o todo do tratamento, que assegure condições mínimas para possíveis futuras retificações.

Mas e a psicanálise, como opera? Não é fortuito remetermo-nos à psicanálise imediatamente após discorrermos acerca do lugar dos fármacos na prática psiquiátrica. Ao que parece, há uma certa ojeriza de alguns psicanalistas às intervenções farmacológicas; creem ser viável ‘curar’ exclusivamente pela fala, pela subjetivação. Mas é possível pôr em significantes aquilo que é da ordem exclusivamente do real avassalador em que o toxicômano está submetido, pelo efeito da droga?

A droga do toxicômano produz, *muitas vezes*, um nível de gozo incapaz de ser barrado unicamente pela via significante. Não há, a princípio, subjetivação possível para um real que não cessa de se manifestar, via atravessamento do corpo, deixando marcas indelévels. É preciso que algo interceda e favoreça a possibilidade de um plano mínimo que seja de simbolização.

Não estamos no campo da impossibilidade, mas sim de uma inviabilidade momentânea. Tão logo sejam amortizados os efeitos, se restabelece a possibilidade de simbolização e, por conseguinte, do advento de uma prática psicanalítica.

E, assim como na psiquiatria, também na psicanálise – e, na verdade, em qualquer processo terapêutico – tudo se inicia pela transferência. Ensina Miller,<sup>(15)</sup> a demanda inicial de análise é sempre uma demanda por significação. Trata-se de querer saber algo, saber aquilo sobre o qual se alicerça o seu sintoma. Há algo implícito, velado – que está presente, mas é ao mesmo tempo desconhecido. O sujeito, pois, porta um significante, mas o significado ele não o tem e é sobre esta disjunção que se desenvolverá o processo analítico.

A análise, por assim dizer, se inicia pelo significante de transferência, sempre distinto e singular, que se estabelece quando o sujeito enuncia: ‘o que

isto quer dizer?’. Trata-se de indagar as raízes do sintoma, um portador da verdade daquele que se questiona.

Por isso, para a psicanálise, promover a extirpação dos signos ‘patológicos’, *neste momento*, em nada colabora para uma mudança na posição do sujeito. Sendo o intento do processo prover uma retificação subjetiva, não somente é inútil como também prejudicial, a prioristicamente, erradicar o sintoma. Trata-se, antes, de interrogá-lo.<sup>(6)</sup>

‘O que isto quer dizer?’: não é esta uma questão qualquer; ela reclama alguém, qualquer que seja, a fornecer uma resposta; ela busca por um significante outro, que lhe ajude a produzir uma significação. E aqui entra a figura do analista, um significante qualquer, que a partir de um modo próprio de operar, colar-se-á ao significante da transferência e viabilizará a produção de significados e ressignificações.<sup>(15)</sup> Esse é o encaminhamento para a ‘cura’.

Antes de mais nada, há um princípio básico: a abstinência (do analista). O paciente, ao buscar tratamento, não faz outra coisa senão demandar por amor – por algo que apazigue os efeitos devastadores da castração. Permitir se colocar nesse lugar, por assim dizer, é incorrer em erro grave. “O analista é antes de tudo o invólucro do nada desta significação do inconsciente”.<sup>(15)</sup>

Conforme ensina-nos Freud,<sup>(16)</sup> “se deve permitir que a necessidade e anseio da paciente nela persistam, a fim de poderem servir de forças que incitem a trabalhar e efetuar mudanças”. Em outras palavras, deve-se esquivar a esta posição e responder as demandas de amor, não com amor, mas com interrogações. Agora é o analista quem formula: ‘de que se trata?’, ou ‘o que isto quer dizer?’.

É este o arquétipo da prática psicanalítica, aplicada à clínica das neuroses. Sabemos, contudo, que esta proposta de intervenção não contempla as idiosincrasias das toxicomanias. A clínica das toxicomanias, afinal, não se trata de um modelo de tratamento padrão. Sem deixar de considerá-lo, está para além deste. Mas como isso vem a ser possível?

Partamos do começo. O toxicômano é aquele que estabelece com a droga uma relação fusional, constituindo com esta uma espécie de célula narcísica; há algo da ordem de um colamento ao objeto, no qual este ganha o estatuto de condição de existência. Não há vida para o sujeito, pois, na toxicomania, para além do objeto-droga.

Esta dinâmica, no entanto, não é fortuita. Há algo na estruturação do sujeito que viabiliza uma maior propensão a uma condição toxicomaniaca. Trata-se de uma claudicância na relação do toxicômano com a lei, fundamentada numa certa fragilidade da função paterna – definida pelo Nome-do-Pai, significante sede da lei.<sup>(17)</sup> Em outras palavras, ao mesmo passo em que opera a castração, não há oferta de recursos para bem lidar com o imperativo de gozo.

O toxicômano, portanto, estabelece com a droga uma relação peculiar: ela representa não um sintoma, mas uma solução – na medida em que garante ao sujeito, na sua relação com o mundo, a exclusão da dimensão do Outro – o balizador de gozo.

A droga, não obstante, é imperativa, um objeto de intensa satisfação; mais ainda, é uma exigência – que os toxicômanos concebem como da ordem da necessidade. Mas em que nível estamos? A fissura, uma vontade incoercível de consumir o produto: uma necessidade que apresenta dimensões físicas, que responde a um arranjo neurobiológico muito bem definido, mas que certamente está para além deste; trata-se, a cada novo uso, de reiterar o rompimento com a castração, de obliterar os efeitos do real através das propriedades entorpecedoras produzidas no consumo da substância.<sup>(17)</sup>

Mas se a droga é, em associação ao sujeito, formadora de uma célula narcísica, condição indispensável à vida, por que um toxicômano vai à busca de tratamento? Estamos diante do momento auge da alienação, no qual o sujeito já não mais controla o objeto, mas é inteiramente controlado por ele. Em que pese anuir, assegurar a condição de vida, trata-se de um colamento, a partir de um determinado momento, percebido como insuperável, insustentável. O que outrora lhe possibilitou

uma sobrevida, agora o convoca a um baile constante com a morte.

E, de imediato, a prática clínica psicanalítica se depara com um impasse. “Eu sou toxicômano porque uso droga. Deixarei de ser tão logo abandone essa porcaria”: esse é um enunciado complexo, constantemente repetido aos analistas. Não há nele uma disjunção entre significante e significado; não há suposição de saber; há, ao contrário, um saber prévio, detido por aquele que busca tratamento. O estabelecimento da transferência está, a priori, comprometido.

O toxicômano é alguém que sabe; é um sujeito definido por uma articulação significativa alicerçada na droga. Quando o enunciado, que é um representante fidedigno de sua condição de existência, é questionado, é duvidado, algo atua na cadeia de significantes, enquanto agente de desarticulação. Se a droga é uma solução, a questão técnica inicial para um psicanalista é fazer operar a conversão da posição do objeto-droga: da condição de solução à condição de sintoma. Ou seja, trata-se de transformar, ou melhor, perpetrar a passagem da droga como causa à emergência da questão ‘por que me drogo?’.<sup>(18)</sup>

Essa é uma dificuldade vigente no tratamento: a implicação na queixa enunciada. Há uma espécie de isenção de responsabilidade do ato de consumir a substância, onde esta é apontada como responsável, como culpada pela condição atual, pelo seu flagelo. A droga deve deslizar na cadeia, ocupar posições diferentes, ser ressignificada.

É preciso, no entanto, ponderarmos: convidar um toxicômano, tal como se faz com uma histérica, por exemplo, a refletir sobre as dimensões do seu sintoma – trazendo-o novamente a dimensão fálica, insuportável, que há muito a droga lhe permitiu obliterar – pode custar, sem sombra de dúvidas, a evasão do tratamento.

Não se trata, nas toxicomanias, como bem dissemos, de um dispositivo analítico padrão, standard; estamos diante de uma clínica diferencial, repleta de particularidades, onde por vezes é imperiosa a adoção de medidas prescritivas e diretivas.<sup>(6)</sup> Cabe,

por exemplo, coibir a posse de dinheiro, a companhia de certos amigos, ou mesmo a frequência em lugares que remetam a droga. Cabe coibir, se fazendo valer da posição na transferência, para depois, num momento apto, restituir autonomia. É dar um passo atrás, para dar dois a frente. Pois bem, como dissemos, essa é uma clínica diferencial.

Há, ainda, um outro agravante. O sintoma, de fato, do sujeito, é anterior ao uso da substância. Se há uma máxima que deve nortear esta prática clínica é: o toxicômano faz a droga, de modo algum o inverso. Este objeto, portanto, tão somente dá conta de um momento subjetivo – configurando-se uma solução – mas as condições para o florescimento de uma toxicomania já haviam sido desenhadas desde muito tempo. Quais são elas? É dever instituir, no caminho da ‘cura’, a busca de determinados saberes. Nas palavras de Rêgo,<sup>(19)</sup> “não se trata, apenas, de parar de usar drogas, mas de saber do seu consumo e se responsabilizar por ele; tomar posse dos motivos que o levaram a começar, mas também do porque continuar, e a que a droga responde”.

Ao analista é devido viabilizar ao analisante acessar uma dimensão de saber sobre a droga que se sabe e não se sabe possuí-lo – mas que, assim mesmo, fornece o tom da vida. A despeito dos acting outs, que certamente ocorrerão, sob a forma de recaídas, exposição a situações de risco, ou mesmo usos maciços de droga, em muitas ocasiões em doses maiores do que a habitual, a função do analista é convidar o sujeito repetidas vezes, a sua retificação diante da toxicomania.<sup>(20)</sup> Onde se faria presente um uso intenso, deve operar uma elaboração, afinal, é na emergência das vicissitudes humanas causa da droga que esta se torna prescindível.

É devido, pois então, fazer falar o sujeito para além da esterilidade discursiva ‘eu sou toxicômano porque me drogo’ – um movimento inequívoco de recomposição da função da droga na economia psíquica. Esse é o caminho através do qual se faz possível abdicar não necessariamente da droga, mas da posição toxicômana, e acessar outras

bengalas, outros modos de enfrentamento ao real, agora funcionais. Por certo, não é tarefa fácil suscitar a fala daquele que, em sua essência, supõe deter a verdade sobre si – mas o que sustenta a prática psicanalítica senão a ética do bem dizer?

## REFERÊNCIAS

1. Miranda MLM. O uso de drogas no século XXI. Salvador; 2005. [acesso em 2014 mar. 2001]. Disponível em: [https://blog.ufba.br/twiki/pub/Observa/Psicanalise/TEXT01\\_MARIA\\_LUIZA.pdf](https://blog.ufba.br/twiki/pub/Observa/Psicanalise/TEXT01_MARIA_LUIZA.pdf)
2. Martins JS, Macrae E. Por um olhar sociocultural sobre a questão das drogas. In: Nery Filho A, Ribeiro AL, organizadores. Módulo para capacitação dos profissionais do projeto do consultório de rua. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD; 2010. p. 17-24.
3. Birman J. Mal estar na atualidade. 6ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2007.
4. Miranda MLM. O que é a psicanálise, afinal. Salvador; 2003. [acesso em 2014 mar. 2001]. Disponível em: [http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/Observa/Psicanalise/TEXT08\\_MARIA\\_LUIZA.pdf](http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/Observa/Psicanalise/TEXT08_MARIA_LUIZA.pdf)
5. Costa-Moura F. Manifestos de quem não tem o que dizer: adolescentes contemporâneos e os graffiti de rua. Estilos clin. 2005 [acesso em 2014 mar. 2001]; 10(18):116- 131. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/estic/article/view/45997/49622>.
6. Vianna A. Para além dos paraísos artificiais há tratamento possível nas toxicomanias? Polem. 2008 [acesso em 2014 mar. 2001]; 50-58. Disponível em: [http://www.polemica.uerj.br/pol23/oficinas/artigos/lipis\\_4.pdf](http://www.polemica.uerj.br/pol23/oficinas/artigos/lipis_4.pdf)
7. Santiago J. O pai não nos surpreende mais. (s.n.t.)
8. OMS, coordenação. Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed; 1993.
9. Garbutt JC, West SL, Carcy TS, Lohr KN, Crws FT. Tratamiento farmacológico de la dependencia alcohólica: una revisión de los hechos. Revista de Toxicomanias. 2001 [acesso em 2014 mar. 2001]; 27:3-14. Disponível em: [http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET27\\_1.pdf](http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET27_1.pdf).
10. Kosten TR, Mccance E. Una revisión de tratamientos farmacológicos para el abuso de substancias. Revista de Toxicomanias. 1997 [acesso em 2014 mar. 2001]; 1: 5-11. Disponível em: [http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET11\\_1.pdf](http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET11_1.pdf).
11. Freud S. A dinâmica da transferência. In: Freud S. O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago; 1996. v. XII.
12. Olievenstein C. A clínica do toxicômano. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul; 1990.
13. Santiago J. Lacan e a toxicomania: efeitos da ciência sobre o corpo. Agor. 2001. [acesso em 2014 mar. 2001]; 4(1): 23-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/agora/v4n1/v4n1a02.pdf>
14. Antelo M. Quando o parceiro se faz fumaça. In: Almeida AR, Nery Filho A, Macrae E, Tavares LA, Ferreira OS, organizadores. Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo. Salvador: Edufba: CETAD; 2004. p. 185-193.
15. MILLER, J. *Como iniciamos a análise*. (s.n.t.)
16. Freud S. Observações sobre o amor transferencial (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III) (1915). In: Freud S. O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1996; v. XII.
17. Tavares LA. Toxicomania: um imperativo de gozo. In: Nery Filho A, Macrae E, Tavares LA, Rêgo M, Nuñez ME, organizadores. As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais. Salvador: Edufba: CETAD; 2012. p. 151- 164.
18. Freda, H. Da solução ao sintoma. (s.n.t.)
19. Rêgo M. Toxicomanias: movimentos de uma clínica. In: Nery Filho A, Macrae E, Tavares LA, Rêgo M, organizadores. Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas. Salvador: Edufba: CETAD; 2009. 207- 219.
20. Bittencourt L. A Clínica das Entrevistas nas Toxicomanias: a desmontagem da demanda de tratamento. Cadern. Nep. 1993; 12-18.