As contribuições da psicoterapia de orientação psicanalítica para o tratamento das adicções: uma introdução

MAURÍCIO DE NOVAIS REIS*

Resumo: O presente artigo objetiva descrever os comportamentos adictivos, especificamente no tocante à sua caracterologia quando envolve o uso de substâncias psicoativas. Através da metodologia de pesquisa bibliográfica, realiza-se uma revisão das literaturas psicanalítica e psiquiátrica sobre a dependência química, refletindo acerca dos sentidos embutidos nas expressões "dependência química", "toxicomania" e "adicção". Além disso, propõe-se uma concepção menos anatomofisiológica dos aspectos diagnósticos, empreendendo uma discussão sobre os aspectos técnicos da psicoterapia de orientação psicanalítica como abordagem indicada para o tratamento das adicções.

Palavras-chave: Adicção; Toxicomania; Dependência química; Psicoterapia de orientação psicanalítica.

The contributions of psychoanalytical psychotherapy to the treatment of drug additions: an introduction

Abstract: This article aims to describe the addictive behaviors, especially regarding their characteristic when it involves the use of substances. Through the bibliographic research methodology, it promotes a review of psychoanalytic and psychiatric literature on chemical dependence, reflecting on the meanings embedded in the expressions "chemical dependence", "drug addiction" and "addiction". In addition, it proposes a less anatomophysiological conception of diagnostic aspects, undertaking a discussion about the technical aspects of psychoanalytic psychotherapy as an indicated approach for the treatment of chemical dependence.

Key words: Drug addiction; Chemical dependence; Psychoanalytic psychotherapy.

* **MAURÍCIO DE NOVAIS REIS** é psicanalista, professor e escritor. Graduado em Filosofia, graduado em Pedagogia, especialista em Teoria Psicanalítica, especialista em Sexologia e Mestre em Ensino e Relações Étnico-Raciais (PPGER/UFSB).

Introdução

O uso de substâncias psicoativas é tão antigo quanto a história da humanidade. Seja no contexto ritualístico ou mesmo para propósitos recreativos, o uso de substâncias que provocam alterações na consciência acontece desde os tempos mais remotos, amparado pela descoberta da capacidade que algumas plantas possuem de produzir os mais variados efeitos na consciência (SCHIMITH; MURTA; QUEIROZ, 2019).

Não obstante, em decorrência da descoberta do fenômeno designado de dependência química, ocorrido apenas num ponto mais recente da história, tornou-se necessária a investigação sobre as razões que levam um número expressivo de indivíduos a apresentar o comportamento adictivo. A despeito de muitos estudos terem sido desenvolvidos e muitas páginas terem sido escritas sobre a temática, a adicção permanece com poucas respostas conclusivamente alcançadas.

Assim, o presente artigo de revisão bibliográfica objetiva produzir uma breve reflexão sobre as contribuições da teoria psicanalítica para um tratamento possível da adicção, dentro dos limites próprios da psicoterapia de orientação psicanalítica, conforme as contribuições teórico-clínicas de Gurfunkel (2011), Santos (2007), Melman (1992) e Gianesi (2005). Para tanto, levantar-se-á as diferentes formas de adicção, buscando-se explicitar o funcionamento mental que motiva o comportamento adictivo.

No tocante ao consumo de substâncias psicoativas, muitos problemas têm surgido nas últimas décadas, especialmente após a popularização de inúmeras substâncias cujo estatuto ontológico adquiriu caráter de ilicitude, as chamadas drogas ilícitas. Dentre os principais problemas que tornam complexa a discussão sobre substâncias psicoativas, alguns chamam a atenção, embora nem todos serão aprofundados nas reflexões seguintes – como, por exemplo, o problema da segurança pública –, por não coadunarem com os objetivos expressos desta argumentação. Porém, um problema que não poderá deixar de ser investigado refere-se às questões vinculadas à saúde mental dos dependentes químicos e daqueles indivíduos que vivem à sua volta.

As implicações do abuso de substâncias psicoativas na saúde mental do usuário e de seus familiares devem ser constantemente consideradas, tendo-se em vista que o sofrimento emocional experimentado pelo sujeito adicto que não consegue abandonar a compulsão é real. Igualmente, não se pode desconsiderar o sofrimento psíquico que o comportamento adictivo do sujeito imprime na totalidade da família, causando ansiedade nos familiares à medida que se transformam em "vigias" do sujeito.

Outrossim, buscar-se-á compreender as nuances que recobrem os significantes "dependência química", "toxicomanias" e "adicções", demonstrando os efeitos que essas designações podem provocar no psiquismo dos indivíduos que realizam o consumo abusivo de substâncias, auxiliando-os ou não na determinação de combater o desejo incontrolável de consumir a substância psicoativa.

Adicção: uma breve caracterização

O termo adicção pode ser definido como o "consumo compulsivo de substâncias psicoativas, as quais são classificadas a partir de seus efeitos potenciais". Esses efeitos, todavia, costumam variar de pessoa para pessoa, segundo a constituição do organismo de cada indivíduo (VIANNA; JESUS; FREITAS, 2017, p. 78). O estudo das adicções torna-

se especialmente problemático porque nem todos os usuários de substâncias psicoativas veem-se submetidos à necessidade imperiosa de consumo compulsivo, mesmo após longos e repetidos períodos de consumo. Além disso, outro elemento problemático refere-se, em muitos casos, à ausência propriamente de uma substância concreta. Neste sentido, Gurfinkel (2011, p. 46) define a adicção como o "uso compulsivo de um determinado *objeto* e, enquanto tal, se trata de uma ação de caráter impulsivo e irrefreável."

Gérard Pirlot (2014) complementa afirmando que é possível ser adicto tanto de alimentos quanto da ausência de alimento, do suicídio, de aquisições patológicas, de tóxicos – como álcool, tabaco, haxixe, heroína, morfina, cocaína, ecstasy, crack, psilocibina –, de psicotrópicos, de jogos, de trabalho, de atos criminosos, de cortes dolorosos, de relações amorosas e transferenciais, demonstrando a amplidão da esfera de aplicação do conceito de adicção.

Ao definir como "objeto" o elemento nuclear alvo da compulsão, Gurfinkel chama atenção para a característica marcante desse elemento, porque o termo em questão – objeto – pode tanto designar algo concreto e exterior ao sujeito como algo intrínseco à subjetividade do indivíduo. Isso é especialmente relevante para pensar o comportamento adictivo tanto em relação a substâncias psicoativas como em relação às compulsões desprovidas de objeto concreto definido.

Nesta perspectiva, vale ressaltar que o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, na sua quinta edição, refere-se a "Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias e Transtornos Aditivos" para designar não somente os transtornos nos quais constata-se a presença de uma substância específica e identificável, mas também àqueles transtornos nos quais o objeto envolvido não representa necessariamente uma substância com presença química, como é o caso do jogo (APA, 2014).

O DSM-5 define o transtorno do jogo como o "comportamento de jogo problemático persistente e recorrente levando a sofrimento ou comprometimento clinicamente significativo" (APA, 2014, p. 585). Embora inexista uma substância química específica presente no objeto do vício, isto é, no jogo em si, a química, contudo, encontra-se presente no cérebro do sujeito à medida que as emoções decorrentes do jogo o induzem a liberar maciçamente uma carga de neurotransmissores – como a dopamina – que alagam o seu organismo e produzem uma sensação prazerosa ou excitante. Similarmente às adicções baseadas em substâncias, o número de indivíduos reconhecidos como dependentes do jogo representa um quantitativo consideravelmente menor do que aqueles que efetivamente praticam algum tipo de jogatina. A diferença é que a maioria daqueles que eventualmente participam de algum tipo de jogo não engrossa as fileiras dos chamados "viciados".

Desta forma, torna-se especialmente importante refletir na adicção para além do abuso de substância, embora os termos "adicção", "toxicomania" e "dependência química" designem geralmente aqueles indivíduos compelidos ao uso abusivo de substâncias, desconsiderando um contingente imenso de sujeitos cuja vida opera nos ditames da compulsão, mas sem a presença palpável de alguma substância. Para além do jogo, diversos são os casos relatados de compulsão direcionada a relações sexuais, situações de perigo e, até mesmo, de pornografia, que torna o

sujeito completamente impotente diante das exigências do desejo.[1]

> Observa-se uma diversidade de objetos de adicção, tais como as drogas de ação psicotrópica – nelas incluindo o álcool –, o jogo, o tabaco, a comida, o sexo, o trabalho, os esportes, a televisão, o computador, o videogame, a internet, os livros, o cinema... Na verdade, podemos imaginar tantas formas de adicção quanto são os objetos de interesse do homem (GURFINKEL, 2011, p. 46, 47).

Sem desconsiderar os avanços já alcançados no campo da psiquiatria no tocante aos chamados transtornos da sexualidade, assim como aos chamados transtornos relacionados a substâncias, parece curioso que tanto nos casos em que existe a presença de determinadas substâncias, como nos casos em que estas não estão presentes – como os já mencionados acima: desejo sexual aumentado, situações de perigo e vício em pornografia – o neurotransmissor envolvido seja precisamente o mesmo. Sobre os transtornos associados a substâncias, Dalgalarrondo (2019, p. 705) explica:

> Essas substâncias produzem, de modo geral, sensações de prazer ou excitação (*respostas de recompensa*), cuja correspondência cerebral está vinculada às chamadas **áreas e circuitos de recompensa do cérebro**. As principais estruturas desses circuitos são o ***nucleus accumbens* (NAc)**, a área tegmental ventral e a amígdala, e o principal neurotransmissor envolvido é a dopamina [grifos do autor].

O mecanismo operante no vício do jogo, na compulsão por relações sexuais, na compulsão pelas imagens pornográficas ou por situações de risco apresenta-se da mesma maneira que nas toxicomanias: através da ativação dos sistemas de recompensas. O neurotransmissor diretamente envolvido na sensação de prazer é a dopamina, cuja química cerebral encarrega-se de distribuir pelo organismo do sujeito.[2]

Mas deve-se colocar as seguintes questões: por que alguns tornam-se dependentes e outros não, uma vez que todos os usuários de substâncias e/ou situações estão estimulando os mesmos circuitos neurais responsáveis pelas "respostas de recompensa"? (DALGALARRONDO, 2019, p. 705). Por que alguns indivíduos parecem imunes a esses estímulos, enquanto outros naufragam completamente nos comportamentos adictivos? Haveria alguma resposta plausível que poderia ser oferecida pelas neurociências ou mesmo algum fármaco que pudesse curar completamente os indivíduos de suas adicções, regulando a química do mecanismo neurológico?

Não obstante o conhecimento acerca do funcionamento da maquinaria cerebral seja da mais absoluta importância, talvez a resposta mais plausível a estas questões

[1] Dentre aqueles que relataram vício em relações sexuais e pornografia, pode-se mencionar o cantor sertanejo Eduardo Costa e o ator estadunidense Terry Crews, respectivamente (CORREIO BRAZILIENSE, 2021; G1, 2016). Além disso, Filho (2015) relata como é possível o sujeito se viciar em situações de perigo à medida que essas situações forçam o seu sistema nervoso a liberar quantidades consideráveis de endorfina – um dos muitos peptídeos opioides endógenos no encéfalo. Todavia, algumas dessas condições não estão classificadas no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – como é o caso do vício em pornografia –, embora venham surgindo na literatura estudos que indicam prejuízos significativos a indivíduos acometidos por essas compulsões.

[2] Dopamina é uma das catecolaminas que funciona como neurotransmissor. As catecolaminas são uma categoria de neurotransmissores composta pela dopamina, noradrenalina e epinefrina (BEAR; CONNORS; PARADISO, 2017).

não esteja forçosamente associada à anatomofisiologia do sistema nervoso central ou periférico, mas à noção psicanalítica de angústia, introduzida por Sigmund Freud a partir de sua teoria dos afetos.[3]

> Freud concebe a angústia como um afeto básico emergindo do eterno conflito entre o indivíduo, seus impulsos instintivos primordiais, seus desejos e suas necessidades, por um lado, e, por outro, as exigências de comportamento civilizado, restrições (p. ex., *não desejar a mulher do próximo, não matar, respeitar o tabu do incesto*, etc.) que a cultura lhe impõe. Devido a tais restrições, o ser humano experimenta irremediável "mal-estar na cultura" (DALGALARRONDO, 2019, p. 301).

A angústia seria, portanto, o afeto que denuncia o mal-estar, suscitando a sensação de desprazer diante da vida e exigindo a busca por situações prazerosas. Na metáfora utilizada por Nápoli (2020), o vício consiste num asfalto de péssima qualidade, ou seja, um asfalto esburacado que precisa de reparos. No afã de recobrir os buracos do asfalto, o sujeito recorre a substâncias ou situações que supostamente teriam o poder de aplacar a angústia; no que fracassa repetidamente.

Neste sentido, o que torna possível que o sujeito se "vicie" diante de uma determinada substância ou situação – descobrindo-se toxicômano ou adicto – não seria exclusivamente algum aspecto de sua formação neurobiológica – embora as condições genéticas sejam muitas vezes aventadas nos casos de alcoolismo, por exemplo –, mas haveria uma participação fundamental de aspectos psicológicos decorrentes dos conflitos implicados no processo de formação da personalidade nos sujeitos. Em outras palavras, é possível que o problema das adicções seja resultado de uma associação de fatores fisiológicos e psíquicos, embora muitos dos supostos fatores genéticos não estejam conclusivamente identificados.

O que está em jogo na angústia, como reveladora do buraco, é a economia de gozo. Ou seja, a angústia escancara diante do indivíduo uma porta que não pode ser simplesmente fechada, um mal-estar que participa efetivamente da formação de sua subjetividade. Atravessando essa porta, o objeto próprio para assegurar o gozo do toxicômano não seria outro senão a "dor de existir" (MELMAN, 1992, p. 118). O tóxico ocupa o lugar de meio necessário para a execução de tamponamento do buraco existente na subjetividade do indivíduo, uma vez que representa o objeto com o qual o sujeito insiste em gozar. E só há gozo se existir, em contrapartida, a compulsão à repetição que leva o sujeito para além do princípio do prazer. Essa pulsão de morte acarretada no comportamento adicto é explicada por Gurfinkel (2011, p. 49) como o processo adictivo transformando o objeto do desejo em objeto de necessidade, o que gera uma "neonecessidade".

Ao buscar tamponar o buraco subjetivo, o indivíduo apela para o excesso. Em outras palavras, o sujeito opera o comportamento adictivo na tentativa de superar o vazio persistente, mas alcança

[3] No seu *Projeto para uma psicologia científica* [1890], Freud reconheceu haver alguma relação, ainda que parcial, entre o cérebro e as faculdades psíquicas, tendo sido inclusive o primeiro a pesquisar essa relação. Embora tenha recomendado os psicanalistas que permanecessem afastados das neurociências, Freud legou à posteridade uma teoria que muitas vezes complementa os dados neurocientíficos ou mesmo ultrapassa os limites alcançados pelas neurociências (FREUD, 1995; SOLMS, 2015).

rigorosamente o objetivo oposto: quanto mais tenta preencher o vazio com a substância, maior o vazio se torna.

Utilizando a segunda teoria pulsional, legada por Freud (1996) em *Além do princípio do prazer* (1920), pode-se conjecturar que nas adicções encontra-se forçosamente a dualidade entre vida e morte. Enquanto as defesas do Ego impulsionam o sujeito a fugir do vício a fim de se autoconservar diante da angústia explicitada pela relação vazia com os mundos interno e externo, a pulsão de morte impõe precisamente o caminho oposto, impelindo o sujeito a repetir compulsivamente o percurso pulsional cuja consequência será mais esvaziamento.

O temido objeto de angústia constitui-se a aparição de um fator traumático que não pode simplesmente ser liquidado pela norma do princípio de prazer (FREUD, 1996 [1933]). De modo similar, não obstante sejam relativamente conhecidos os mecanismos neurocientíficos de produção das sensações, as respostas que podem ser encontradas nas neurociências ainda ocupam um espaço ínfimo quando pensamos comparativamente o número de sujeitos que utilizam substâncias tóxicas e o quantitativo daqueles que realmente apresentam comportamentos adictivos.

Ao menos parcialmente, a teoria das pulsões explica a angústia dos sujeitos adictos diante de sua condição, as repetidas internações como busca de superação do percurso pulsional autodestrutivo, as recaídas e a baixa autoestima decorrente do fracasso defensivo. Paradoxalmente, buscando a autoconservação frente ao vazio experimentado na relação consigo e com o mundo, o sujeito acarreta mais esvaziamento quando utiliza-se da substância para preenchimento do vazio subjetivo. O consumo da substância psicoativa, que teoricamente garantiria a saída dessa condição, acaba aprofundando ainda mais o buraco subjetivo e obrigando o sujeito à experimentação constante da substância a fim de manter o desejado estado de homeostase decorrente do efeito temporário da substância. Como a adicção representa um asfalto de péssima qualidade, os remendos construídos pelo sujeito através das substâncias mostram-se ineficazes. Por isso, Zimerman (2008, p. 20) designa a adicção como uma "patologia do vazio".[4]

Refletindo sobre as toxicomanias, Birman (2000), classifica os indivíduos consumidores de substâncias em dois grupos distintos. O primeiro grupo é formado pelos chamados "usuários de drogas", que são aqueles sujeitos que se utilizam das drogas tanto para deleite quanto para aplacar momentos de angústia, sem que as drogas se transformem na razão de suas existências. Há, contudo, um segundo grupo, composto por sujeitos "toxicômanos", isto é, sujeitos que são compelidos por forças físicas e psíquicas poderosas à ingestão da substância. As drogas passam, desta forma, a representar o valor soberano da existência dos integrantes desse grupo.

Nesta perspectiva, ao utilizarmos os termos "adicto", "toxicômano" e "dependente químico", estamos nos referindo a indivíduos integrantes do

[4] Numa carta datada de 22 de dezembro de 1897, Freud já conjecturava que os vícios – álcool, tabaco, morfina, etc. – não passavam de sucedâneos para um "vício primário", que à época denominou como sendo a masturbação. Na concepção freudiana já no início de suas investigações psicanalíticas, o circuito pulsional incompleto levava o sujeito a repetir inconscientemente o movimento em busca de objetos substitutivos que proporcionassem êxito no alvo das forças pulsionais.

segundo grupo.[5] Entretanto, a designação "dependente químico" parece relacionar a condição de dependência exclusivamente à composição química presente nos psicoativos, como uma espécie de fraqueza do organismo diante da substância.[6] Como o número de indivíduos que se relacionam com as drogas de forma esporádica ou regular sem experimentarem a sensação de compulsão[7] incontrolável pelo uso da substância é imensuravelmente mais amplo, resta somente a pressuposição de que existem fatores cuja influência são de importância primária na adicção, ultrapassando a teoria de uma etiologia puramente orgânica. Do contrário, o "tratamento para desintoxicação solucionaria toda a problemática do uso abusivo de drogas" (VIANNA; JESUS; FREITAS, 2017, p 80). E, sabidamente, não é assim que acontece.

Para além da hipótese orgânica, o fenômeno da adicção pode estar vinculado à finalidade da pulsão, a saber, a descarga da excitação. Para que ocorra a descarga, o objeto da pulsão não precisa ser algo fixo e invariável. No caso daqueles que usam a substância apenas recreativamente, o objeto da pulsão costuma variar para além da substância, enquanto que nos toxicômanos, o objeto pulsional será invariavelmente a substância psicoativa (ainda que a categoria da substância seja matizada, o objeto será sempre alguma substância com potencial psicoativo).

Nesta perspectiva, o DSM-5 classifica alguns critérios indicativos de dependência química, os quais englobam as seguintes: baixo controle sobre o uso da substância; consumo em quantidades maiores ou ao longo de um período maior de tempo do que o planejado originalmente; expressar o desejo persistente de reduzir ou regular o uso da substância, mas sem êxito; dispêndio de muito tempo para conseguir a substância. Outro critério diagnóstico refere-se aos prejuízos na vida social, que englobam as seguintes situações: deixar de cumprir as tarefas escolares, do lar ou do trabalho por causa da substância; uso contínuo da substância apesar de problemas sociais evidentes causados pelo consumo; abandono de atividades importantes nos campos social, profissional ou recreativo; deixar de participar de atividades com a família para consumir a substância (APA, 2014, p. 483).

O consumo arriscado da substância é um dos fatores mais problemáticos no comportamento adictivo, uma vez que o sujeito acaba colocando em risco a sua própria vida (e a de outrem) a fim de persistir o uso [ou a busca] da substância. Nestes casos, a estratégia de redução de danos tem se mostrado bastante favorável no sentido de preservar o sujeito de situações arriscadas, como quando o indivíduo continua o consumo recorrente da substância em situações em que reconhece envolverem riscos à sua

[5] Neste artigo, optamos por utilizar o termo adicção, uma vez que os vocábulos "toxicomania" e "dependência química" remetem à presença de substância química, tóxica. Inclusive, a expressão "dependência química", popularizada no Brasil, originou-se do termo "farmacodependência", utilizado pela Organização Mundial da Saúde para definir as toxicomanias (OMS, 1974). Outro termo popularizado no Brasil é "drogadicção", uma transliteração da expressão inglesa *drug addiction* (adicção às drogas). Adicção, por seu turno, remete à ideia de que o sujeito perdeu a liberdade de escolha, independentemente da presença de uma substância.

[6] No aspecto orgânico, o efeito provocado pela substância no organismo do sujeito seria comparável ao efeito da kriptonita no super-homem. Na expressão "dependência química", o processo químico ocupa o núcleo da reflexão.

[7] A psiquiatria moderna utiliza o termo *craving* para designar a busca compulsiva pela droga.

integridade física ou psíquica (APA, 2014).

Consequentemente, pode-se designar de adicto aquele sujeito que perdeu completamente o controle sobre o seu desejo, vendendo-se como um escravo.

> A origem etimológica do termo provém do latim (*addictu*); nos tempos da República Romana, assim era denominado o homem que, para pagar uma dívida, se convertia em escravo por não dispor de outros recursos para cumprir o compromisso contraído (GURFIKEL, 2011, p. 204, 205).

Frequentemente, os sujeitos submetidos a comportamentos adictivos são encarados pela sociedade com grande reprovação moral. Além de encontrarem-se submetidos a um cruel processo de escravização, veem-se completamente desprovidos dos cuidados[8] que deveriam receber da sociedade, como indivíduos em situação de sofrimento psíquico.[9] Muitos desses indivíduos acabam se afastando das famílias, perdendo o contato de amigos ou passando a viver nas ruas em decorrência de seu comportamento adictivo. Em muitos casos, tornam-se corriqueiros os conflitos tanto com as forças de segurança como com traficantes;[10] E em alguns casos, o seu destino são as "cracolândias" existentes nas muitas esquinas do país, nas quais os indivíduos encontram-se totalmente sujeitos à autoridade despótica da substância.

Adicção: um tratamento possível

No decurso da história, indivíduos que apresentam comportamentos adictivos sempre foram estigmatizados. Independentemente de o comportamento estar sustentado no consumo abusivo de substâncias ou não, os julgamentos morais aparecem. Na primeira década do século XXI, foi aprovada a Política Nacional Sobre Drogas, que reconhece a dependência química como um problema de saúde pública no Brasil. Esta política vem servindo de incentivo para a ampliação do campo de estudos sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas, a fim de se promover o adequado acolhimento dos indivíduos com comportamento adictivo.[11]

A partir dessa política, ampliaram-se as pesquisas a respeito do padrão de consumo de substâncias e dos seus efeitos, considerando a singularidade das características biológicas dos indivíduos, assim como o contexto socioemocional no qual o indivíduo encontra-se inserido. Embora essa política preconize o trabalho em rede, muitas vezes esta rede tem se mostrado frágil no tocante ao acolhimento. A despeito de não ser possível falar de um fracasso da rede de atenção psicossocial, porquanto apresenta avanços importantes, muitas famílias

[8] Para informações adicionais, consulte o *Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas: Guia AD*, disponibilizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015).

[9] O Estado brasileiro aprovou a Política Nacional Sobre Drogas, que aborda a questão em três eixos básicos: a) prevenção; b) tratamento, recuperação e reinserção social de usuários; e c) redução dos danos sociais e à saúde (BRASIL, 2011).

[10] Não integra os objetivos deste artigo a discussão sobre a descriminalização das drogas. Portanto, a questão não será aprofundada.

[11] Esse acolhimento passou a ser realizado através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e estabelece pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do álcool e outras drogas. Diversos serviços integram a rede: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UAs) e os leitos de atenção integral (nos CAPS III). Além da Rede de Atenção Psicossocial, algumas estratégias que têm auxiliado adictos e familiares são os grupos de ajuda mútua, os grupos de apoio, comunidades terapêuticas – além dos CAPSad.

consideram insuficientes os serviços ofertados.

Adicionalmente, tornou-se cada vez mais comum a procura pelo tratamento psicoterápico para as adicções. Dentre as psicoterapias mais procuradas estão a Psicoterapia de Grupo, a Terapia Cognitivo-Comportamental e a Psicoterapia de Orientação Psicanalítica. Esta última será doravante o objeto da argumentação, considerando o arcabouço epistemológico constituído pela teoria psicanalítica no tocante às pulsões e o desenvolvimento psíquico dos indivíduos.

Em linhas gerais, o termo psicoterapia[12] designa uma forma de tratamento psíquico baseada na investigação dos fenômenos emocionais do sujeito. A psicoterapia de orientação psicanalítica levará em consideração – a exemplo da Psicanálise – os fenômenos psíquicos inconscientes, assim como os conceitos fundamentais como transferência, repetição e pulsão. Além disso, a psicoterapia de orientação psicanalítica ancora-se na palavra do sujeito que sofre, isso significa que "o psicanalista inaugura um espaço de escuta do sujeito – e não da droga – ao dar a palavra ao adicto" (VIANNA; JESUS; FREITAS, 2017, p. 83). O psicoterapeuta – diversamente do médico, que trata a doença – proporciona ao sujeito a possibilidade de ouvir a própria voz. Em outras palavras: o psicoterapeuta escuta o sujeito, não a droga (REIS, 2016).

Birman (2000, p. 2055) complementa:

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

Na psicoterapia, o sujeito questiona a sua própria relação com o desejo. Ao questionar o papel da substância como objeto intermediário nessa economia, o analisando busca as respostas possíveis para o seu sofrimento, expressando as motivações inconscientes para o seu comportamento. É através da interpretação dessas motivações inconscientes que o sujeito elabora os seus conflitos intrapsíquicos e encontra o sentido encoberto pelo sintoma que determina a sua posição diante da vida.

Estando o saber psicanalítico comprometido com a verdade do sujeito, não cabe ao psicanalista produzir no paciente um sujeito à sua imagem e semelhança. Assim, no lugar de estar a serviço de quaisquer ideologias ou modelos ideais de existência, o psicanalista encara o indivíduo como sujeito autônomo que busca lidar com seus conflitos internos e responsabilizar-se frente ao desejo.

Refletindo sobre a necessidade de o psicanalista não se apresentar rigidamente, como uma espécie de superego do paciente, Washton e Zweben (apud KESSLER *et al*, 2015) recomendam que a relação terapêutica com pacientes adictos não seja demasiadamente dogmática, mas flexível.

> Em paralelo ao exercício de uma abordagem pragmática e não preconceituosa, é vital que o terapeuta conheça profundamente os efeitos positivos e negativos que as

[12] Santos (2007) salienta que psicoterapia e aconselhamento de drogas (*addiction counseling*) são coisas diferentes. Em comparação com a psicoterapia, o aconselhamento enfatiza menos a identificação e obtenção de mudança interna dos processos intrapsíquicos.

> substâncias psicoativas exercem no cérebro em geral e no de seu paciente em particular (KESSLER *et al*, 2015, p. 808).

Compreender o funcionamento das substâncias psicoativas no cérebro auxiliará o psicanalista no trabalho interpretativo, especialmente na medida em que no *setting* analítico o paciente relata as sensações, emoções e afetos experimentados. A escuta analítica priorizará aqueles aspectos associados a padrões de comportamento iniciados na infância, como elementos fundamentais da personalidade do sujeito.

Na busca de autocompreensão, o psiquismo do sujeito será passado em revista por si mesmo. O percurso pulsional, com seus impulsos e objetos passam a ser ressignificados pelo sujeito à medida que este começa a estabelecer os pontos de estruturação de sua personalidade, reconhecendo padrões de comportamento compulsivo nas diversas etapas da própria vida. Vale ressaltar que a estruturação do sujeito é anterior à manifestação do padrão abusivo de consumo da substância, acarretando na sua relação peculiar com as drogas (GIANESI, 2005).

Frequentemente, o sujeito adicto chega ao consultório trazido por um familiar,[13] o que representa a primeira resistência diante do tratamento. Embora não seja a maneira adequada, geralmente a aceitação de procurar tratamento ocorre após longo período de tentativas da parte de amigos e familiares. Todavia, o tratamento psicanalítico só conseguirá algum êxito se o próprio sujeito demonstrar o desejo de mudança; do contrário jamais entrará verdadeiramente em análise. E ainda que frequente regularmente o consultório do psicanalista, não trará nada além da palavra vazia, sem nenhum proveito para o processo analítico.

Diversos são os desafios no tratamento psicanalítico das adicções. O maior deles, talvez, esteja vinculado à dificuldade encontrada pelo analisando de comprometer-se integralmente com o tratamento, uma vez que sua chegada deu-se não porque desejasse, mas porque recebeu intenso incentivo de familiares e amigos. Além disso, o mundo interno do paciente adicto apresenta-se caótico, na medida em que a autoestima encontra-se deteriorada e, possivelmente, a substância tenha causado desorganização neurobiológica – que tende a melhorar à medida que o indivíduo experimenta períodos mais longos de abstinência (KESSLER *et al*, 2015).

O comportamento adictivo funciona, via de regra, de maneira desorganizada, formando compromisso apenas com o padrão de consumo – o que inclui horários e circunstâncias de consumo. Neste sentido, embora o psicanalista não deva ser excessivamente dogmático, mas evitar juízos morais que possam desestabilizar ainda mais a realidade psíquica do indivíduo, cabe ao psicanalista a firmeza necessária para a manutenção do contrato terapêutico. Isso implica na postura terapêutica de preservação do *setting* terapêutico, uma vez que o analisando buscará formas de subverter o enquadre, quebrando-o, em virtude da dificuldade relacionada à manutenção de compromisso com tudo aquilo que não seja o padrão de consumo estabelecido anteriormente.

Olivieri (1998, p. 177) enfatiza ainda que no tratamento da adicção, "o analista está diante de um sujeito que não suporta ver

[13] Existe, na maioria das vezes, uma relação de codependência entre o familiar e o indivíduo adicto. Designa-se de codependentes as pessoas que tiveram suas vidas afetadas pela relação com o dependente químico, vivendo obcecadas em controlar o comportamento do adictivo.

seu gozo questionado." Por isso frequentemente o paciente abandona – ainda que temporariamente – o tratamento analítico, pois não suporta qualquer coisa que imponha barreiras ao seu gozo.

Nesta perspectiva, pode ser especialmente benéfico introduzir um novo objeto à economia de prazer do sujeito. Apesar de Freud (1996) ter recomendado não prover satisfações substitutivas aos pacientes neuróticos, a experiência tem demonstrado que pequenas balas de chocolate (ou algo não prejudicial à saúde que tenha a capacidade de atrair a atenção do sujeito), por exemplo, poderiam cumprir, no início do tratamento, a função de suprir parcialmente a necessidade de consumo da substância, podendo formatar um novo padrão.[14] No longo prazo, o processo transferencial encarregar-se-á de substituir paulatinamente a relação do sujeito com a substância para sua relação com o psicanalista, possibilitando o reconhecimento de seus conflitos intrapsíquicos.

Além do mais, a estrutura psíquica do sujeito será reconhecida pelo psicanalista apenas no decurso do processo analítico, não de antemão. Torna-se imprescindível ressaltar que o analista não pressupõe *a priori* a que estrutura psíquica o sujeito se filia, uma vez que o comportamento adictivo não é exclusividade de determinada estrutura clínica.

> Em relação à sua atividade clínica, a psicanálise vê-se assegurada de que a manifestação toxicomaníaca não é exclusiva de qualquer uma das três estruturas propostas. Um psicótico, um neurótico ou um perverso podem fazer uso problemático de drogas, e então serem classificados, a partir da referência médica, como quem sofre de transtorno de dependência de substâncias psicoativas (GIANESI, 2005, p. 126-127).[15]

Independentemente da estrutura psíquica do sujeito, é esperado que o paciente encontre alguma dificuldade de organização no início do tratamento psicanalítico, dada a maneira com que está acostumado à gratificação imediata proporcionada pela substância. Por isso, o psicanalista deverá ser flexível num primeiro momento, enquanto o analisando organiza a sua entrada em análise. Todavia, deve-se esperar que o paciente – por falta de gratificações imediatas – ataque o psicanalista e o *setting* terapêutico com identificações projetivas, principalmente como reação às mudanças que precisará empreender na vida afetiva. Adicionalmente, a decadência do simbólico poderá tornar desafiador para o sujeito colocar em palavras as suas experiências emocionais em relação à substância e/ou comportamento adictivo.

Portanto, torna-se indispensável que o paciente esteja sóbrio, abstinente da substância. Kessler *et al* (2015, p. 824) elenca dois motivos para isso: abstinente, o paciente apresentará melhores condições cognitivas de interação no *setting* analítico, compreendendo adequadamente os temas tratados na sessão; esta por sua vez deve reeditar as

[14] Pesquisadores da Universidade do Michigan, nos EUA, identificaram que o chocolate faz o cérebro produzir substância química semelhante ao ópio (O GLOBO, 2012).

[15] Embora reconheça-se a relação dos psicóticos com as drogas, não se pode classificar categoricamente o indivíduo de comportamento adictivo dentro da estrutura da psicose, visto que sujeitos neuróticos também estabelecem relação com as drogas. A diferença, portanto, ocorre justamente na função da substância articulada à estrutura psíquica como fator de desencadeamento ou como moderação do gozo (CIRINO, 2000). Zimerman (2008) considera válido encarar a adicção como uma forma de perversão, na qual a droga opera como um fetiche. Por outro lado, Olivieri (1998) considera impossível chegar à estrutura a partir do fenômeno da toxicomania.

condições originais da vida do paciente, fornecendo as respostas imprescindíveis para a compreensão das experiências afetivas que podem ter potencializado sua entrada no comportamento adictivo e, consequentemente, reforçando o uso abusivo da substância.

Após longos períodos de abstinência, pode acontecer de o paciente sofrer um lapso ou recaída.[16] Isso não precisa destruir a relação construída no enquadre analítico, uma vez que o analista deve estar preparado para essa possibilidade. Talvez seja necessário interromper a sessão ao perceber que o paciente está sob efeito da substância (álcool ou outras drogas), explicando que seria improdutivo continuar. É necessário, porém, enfatizar que situações assim poderão ocorrer e que isso não desfaz tudo o que foi construído até então. Além disso, a sessão poderá ser reagendada para o mais próximo possível – como o dia subsequente – demonstrando confiar que no dia seguinte o analisando estará completamente restabelecido, pronto para retomar o tratamento. Atitudes desta natureza provocam sensação de apoio ao ego fragilizado do paciente ao mesmo tempo em que gera a expectativa de um futuro a curto prazo.

Na sessão substitutiva, é importante que o analista auxilie o sujeito na reorganização de seu mundo interno, uma vez que geralmente o indivíduo retorna com a autoestima bastante deteriorada devido à sensação de impotência diante do comportamento adictivo.

Concernente à prática interpretativa, o psicanalista fará bem em evitar interpretações impactantes – como as interpretações transferenciais –, uma vez que estas poderão introduzir o analisando no risco da prática de *acting out*, isto é, recaídas no uso abusivo da substância ou do comportamento adictivo. Mas caso ocorra uma recaída no decurso do tratamento, esta deve ser encarada pelo analista como parte integrante do difícil processo terapêutico, não como um ataque em forma de atuação.

No decurso do tempo de análise, o analista conhecerá melhor a constituição psíquica do paciente e poderá adaptar sua abordagem às circunstâncias, conforme essas forem se apresentando. Espera-se que após algum tempo de análise, as interpretações transferenciais possam ser empreendidas pelo analista sem o risco de que o analisando responda a partir de atuações prejudiciais ao tratamento, como recaídas.

Não obstante as recomendações sustentem-se na literatura, muitas vezes torna-se necessário que o psicanalista inexperiente coloque em funcionamento o seu próprio estilo de atendimento. Isso significa que as recomendações possuem a função de orientar os rumos terapêuticos dos analistas inexperientes, mas não constituem regras inquestionáveis. Na medida em que a análise de pacientes adictos progride, o analista deverá adequar seus critérios técnicos a fim de conferir progresso à terapia. No fim das contas, cada terapeuta terá de haver-se com sua própria intuição na prática clínica, reservando parte de seus esforços diários à criação de seu próprio estilo no encontro com o sujeito que sofre.

Considerações finais

No presente artigo, buscou-se caracterizar a dependência química com o objetivo de compreender os fenômenos envolvidos no comportamento adictivo, com a presença de substância ou não. Encoberto no centro da questão, o mal-estar opera na reação do sujeito frente à angústia que

[16] Enquanto na recaída ocorre o uso intenso e contínuo da substância, no lapso o consumo é momentâneo, geralmente por um período mais curto – um dia, por exemplo.

revela o buraco, o vazio, que motiva o sujeito a buscar maneiras de tamponá-lo. Porém, sendo momentâneo o efeito da substância, o sujeito vê-se escravo do comportamento adictivo na medida em que se sente impelido à repetição.

Pressupondo-se que as adicções possuem origem primitiva no desenvolvimento infantil, indica-se tratamento baseado na psicoterapia de orientação psicanalítica, cujo objetivo refere-se essencialmente à realização de uma investigação acerca da maneira como o sujeito se relaciona com o gozo. Todavia, as condições nas quais a psicoterapia de orientação psicanalítica será realizada é um dos fatores mais relevantes, uma vez que o sujeito adicto possui imensa dificuldade de procurar tratamento por sua própria iniciativa, sendo geralmente encaminhado para os serviços de acolhimento e terapêutica por incentivo de familiares e amigos. Além disso, sua dimensão simbólica pode estar gravemente prejudicada, tornando vazio o lugar da palavra na sua constituição subjetiva, somando-se o fato de ter sofrido forte deterioração neurobiológica em resultado do uso abusivo da substância.

Um ponto dificultador do tratamento consiste no fato de este iniciar-se fundamentando-se na resistência do sujeito que não reconhece a necessidade de terapia para o restabelecimento de seu controle diante da vida. Os desafios são enormes para o paciente, considerando-se a dificuldade de reconhecer-se como um sujeito desejante destinado à incompletude, cuja sensação de plenitude fracassa irremediavelmente à medida que se percebe distante do objeto adictivo, que o controla.

A análise, contudo, constitui-se como espaço privilegiado para que o sujeito faça frente ao sofrimento psíquico que transforma sua trajetória pessoal numa estrada esburacada, passando a articular-se subjetivamente.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BEAR, Mark F.; CONNORS, Barry W.; PARADISO, Michael A. **Neurociências**: desvendando o sistema nervoso**.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

BÍBLIA Sagrada: **Tradução do Novo Mundo das Escrituras Sagradas com referências**. São Paulo: Watch Tower Bible And Tract Society Of Pennsylvania, 2006.

BIRMAN, Joel. **Mal-estar na atualidade**: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

BRASIL. Ministério da Justiça. (2011). **Legislação e Políticas sobre Drogas no Brasil**. Recuperado de https://www.justca.gov.br/central-de-conteudo/politcas-sobre-drogas/cartlhas-politcas-sobre-drogas/2011legislacaopolitcaspublicas.pdf. Acesso em: 24 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2015). **O Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e outras Drogas:** Guia AD. Recuperado de http://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-37723. Acesso em 24 jul. 2021.

CIRINO, Oscar de Almeida. Apresentação. In: BAHIA, Idálio Valadares; GROSSI, Fernando Teixeira; CIRINO, Oscar de Almeida. **Psicóticos e Adolescentes**: porque se drogam tanto?. Belo Horizonte: Centro Mineiro de Toxicomania, 2000. p. 10.

CORREIO BRASILIENSE. **Eduardo Costa faz tratamento para vício em sexo e choca: "15 vezes por semana"**. Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/diversao-e-arte/2021/07/4938937-eduardo-costa-faz-tratamento-para-vicio-em-sexo-e-choca-15-vezes-por-semana.html. Acesso em: 21 jul. 2021.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais** [recurso eletrônico]. 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2019.

FILHO, Humberto de Castro Lima. **O prazer do risco; viciados em adrenalina**. Será?. Disponível

em: https://www.isaude.com.br/noticias/detalhe/noticia/o-prazer-do-risco-viciados-em-adrenalina-sera/. Acesso em: 21 jul. 2021.

FREUD, Sigmund. **Projeto de uma psicologia**. Trad. Osmyr Faria Gabi Junior. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1995.

FREUD, S. (1919 [1918]). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. **Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.p. 171-184.

FREUD, S. (1920). Além do princípio do prazer. **Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 13-78.

FREUD, S. (1897). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess [carta 79]. **Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 219-334.

FREUD, S. (1933). Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. **Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

G1. **Confissão de ator sobre 'vício' desde os 12 anos abre polêmica sobre pornografia**. Disponível em: http://g1.globo.com/mundo/noticia/2016/03/e-possivel-ficar-viciado-em-pornografia.html. Acesso em: 21 jul. 2021.

GIANESI, Ana Paula Lacorte. **A toxicomania e o sujeito da psicanálise**. *Revista Psique*, ano IX, n. 15, p. 125-138, São Paulo, jan-jun, 2005.

GURFINKEL, Decio. **Adicções:** paixão e vício. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

KESSLER, Felix Henrique Paim *et al.* Abordagem psicodinâmica do paciente dependente químico. In: EIZIRIK, Cláudio Laks; AGUIAR, Rogério Wolf de; SCHESTATSKY, Sidnei S. **Psicoterapia de Orientação Analítica**: fundamentos teóricos e clínicos. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 808-830.

MALMAN, Charles. **Alcoolismo, Delinquência, Toxicomania**: uma outra forma de gozar. São Paulo: Escuta, 1992.

NÁPOLI, Lucas. **Por que nos viciamos?** Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=l9N2EC3WqXA&t=23s. Acesso em: 21 jul. 2021.

O GLOBO. **Chocolate produz mesmo efeito no cérebro que as drogas**. Disponível em: http://oglobo.globo.com/saude/chocolate-produz-mesmo-efeito-no-cerebro-que-as-drogas-6160290#ixzz27UK5tEWw. Acesso 26 jul. 2021.

OLIVIERI, Filippo. A psicanálise diante da toxicomania. In: BENTES, Lenita; GOMES, Ronaldo Fabião (Orgs.). **O brilho da infelicidade**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 1998. p. 173-178.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Comité de expertos de la OMS em farmacodependencia** (20º informe). Genebra: OMS, 1974.

PIRLOT, Gérard. **Psicanálise das adicções**. Tradução de Saulo Krieger. São Paulo: Ideias & Letras, 2014.

REIS, Maurício de Novais. Estrutura básica da clínica: da medicina moderna à psicanálise. **Psicanálise & Barroco em Revista**, v.14, n. 02, dez. de 2016.

SANTOS, Manoel Antônio dos. Psicoterapia Psicanalítica: aplicações no tratamento de pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. **SMAD - Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 3, n. 1, 2007.

SCHIMITH, Polyana Barbosa; MURTA, Geraldo Alberto Viana; QUEIROZ, Sávio Silveira de. A abordagem dos termos dependência química, toxicomania e drogadição no campo da Psicologia brasileira. **Psicologia USP**, v. 30, 2019. p. 1-9.

SOLMS, Mark. Integração da Psicanálise com as Neurociências. In: EIZIRIK, Cláudio Laks; AGUIAR, Rogério Wolf de; SCHESTATSKY, Sidinei S. **Psicoterapia de Orientação Analítica:** fundamentos teóricos e clínicos. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 41-61.

VIANNA, Alexandra de Gouvêa; JESUS, Ariadne Fantesia de; FREITAS, Yago Pereira de. As Adicções: de que se trata? **Analytica Revista de Psicanálise**, São João Del Rei, v.6, n.10, jan/jun. 2017. p. 76-88.

ZIMERMAN, David. **Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Recebido em 2022-02-03
Publicado em 2022-07-01