

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

José Waldemar Thiesen Turna

Palavras em torno do copo — sobre a clínica do alcoolismo

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO

2008

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC – SP

José Waldemar Thiesen Turna

Palavras em torno do copo — sobre a clínica do alcoolismo

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora
como exigência parcial para obtenção do título
de Mestre em Psicologia Clínica pela
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo,
sob a orientação do Prof. Doutor Manoel Tosta
Berlinck.

SÃO PAULO

2008

Banca Examinadora

Sumário

Introdução	8
Sobre o método clínico	21
Premissas para internação e tratamento	28
O caso clínico: Transferência e contratransferência	51
Do sujeito ao botequim	88
Do botequim ao sujeito	136
Conclusão	161
Referências	167

Agradecimentos

Agradeço ao Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck pelo cuidado, atenção e carinho que me dedicou durante toda jornada acadêmica.

À Patrícia e Luísa, pelo apoio e paciência.

À “Casa de Saúde de São João de Deus”, Irmãos, colaboradores e pacientes que formam ambiência de inenarrável contribuição ao trabalho aqui apresentado.

A CAPES pelo apoio e crédito na pesquisa.

Ao “Grupo de estudos de sexta-feira”, Adriana Grosman, Daniella P. Castiglia, Eliane Marracini, Julieta Jerusalinsky, Marciella Henckel e Regina Gromann, pelos comentários, críticas e intervenções sem as quais este trabalho não tomaria o rumo e cresceria como idéia e realização.

À querida Ana Cecília Magtaz Scazufca, pela paciência e carinho no incentivo e auxílio desse percurso.

Aos queridos amigos pela paciência e coleguismo.

Aos colegas do “Laboratório de Psicopatologia Fundamental” pelas valiosas discussões e comentários.

À minha mãe, Elsa Lopes Thiesen e meu pai Josef Turna (in memoriam).

TURNA, José Waldemar Thiesen. *Palavras em torno do copo* – sobre a clínica do alcoolismo. 2008. 166 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Resumo:

Os problemas em torno do alcoolismo questionam as ordenações de etiologia, diagnóstico e tratamento deste grave sintoma clínico. O álcool, para além de seu entorno histórico, mítico e prosaico, vem estabelecendo um conjunto de fenômenos evolutivos de estado mórbido oferecendo ao sujeito condições de sustentação imaginária de suas relações objetais circunscritas ao dever fálico ao mesmo tempo em que cobra seu preço com a instalação de uma cronificação corporal e psíquica ante esse estado.

A partir do relato clínico de um paciente internado em um hospital psiquiátrico para o tratamento de seu sintoma alcoólico encontramos uma série de elementos que nos interrogam sobre as condições de transferência e contratransferência presentes nessa clínica.

Também foram observadas e comentadas as ambiências criadas por essa clínica dentro do espaço hospitalar e suas origens.

Este trabalho visa discutir as origens dessa relação interrogando as fundações e funções mais arcaicas dos objetos parentais, as vicissitudes decorrentes dessas relações, a impossibilidade do luto e a instalação de uma confusão diagnóstica entre o estado de depressão e o sintoma melancólico, estados de afetação através de um pathos que encontra nos distúrbios da oralidade alcoólica manifestações extremamente agressivas.

Palavras-chave: alcoolismo, clínica alcoólica, melancolia, depressão, distúrbios da oralidade.

TURNA, José Waldemar Thiesen. *Talking about drinking* - discussing clinical work in alcoholism. 2008. 166 p. (Master's Dissertation in Clinical Psychology), Catholic University of São Paulo, Brazil

Abstract

Problems related to alcoholism bring up questions as to the etiology, diagnosis and treatment of this very serious clinical symptom. Beyond its historical, mythical and prosaic aspects, alcohol causes a number of evolving phenomena related to the morbid state of alcoholism that provide the subject with imaginary props for his object relations related to phallic expectations. In the process, it results in serious chronic physical and mental consequences.

Based on the clinical account of an in-patient at a psychiatric hospital undergoing treatment for symptoms of alcoholism, we discuss a number of elements regarding the conditions of transference and counter-transference present in this type of situation.

The environment established at a clinic which functions inside a hospital, and its origins, are also treated.

The aim of the dissertation is to discuss the origins of this relationship by questioning the earliest foundations and functions of the parental objects, problems resulting from these relationships, the impossibility of mourning, and diagnostic confusion between depression and melancholia. Both such states consist of affective pathos which results in extremely aggressive manifestations in disorders of alcoholic orality.

Keywords: Alcoholism, alcoholic clinic, melancholia, depression, orality disorders

Introdução

O trabalho terapêutico com alcoolistas internados em hospitais psiquiátricos vem acompanhado por uma proposta psiquiátrica e psicoterapêutica que visa eliminar do horizonte do alcoolista o objeto álcool.

Processo complexo, pois pretende situar outro horizonte, outro modo de existência, para além do já visto, vivido e sabido. Apesar de — sempre — bem intencionadas, estas propostas encontram as mais firmes resistências quando se trata de mudanças, pois observa-se todo um modo discursivo, medicamentoso e organizacional (hospitalar) centrado no objeto alcoólico.

Esse objeto transita como um satélite em órbita ao redor de um planeta, sendo o ego, em analogia, esse planeta. Ainda circundando a metáfora, essa órbita representada pelo ego e sua narrativa constroem elipses, circunvoluções e atravessamentos dos mais impressionantes, porém nunca abandonando o objeto polarizador de sua gravidade: o álcool.

Este trabalho pretende analisar esses discursos e referências do sujeito capturado por essa relação e focado em um especial e determinado momento de vida quando, em alguns casos clínicos mais graves, se faz necessária uma intervenção hospitalar psiquiátrica para restabelecer seu corpo e, quiçá, encontrar orientações psicológicas para continuar seu tratamento.

Nesse intento, enquanto psicanalista em trabalho terapêutico com os pacientes internados em um hospital psiquiátrico, buscamos uma *posição*.

Como sublinha Berlinck (2000) sobre o termo, posição “se origina no vocabulário militar romano, quer dizer, inicialmente, lugar onde uma pessoa ou coisa está colocada” (p.11).

Portanto, tentamos encontrar um lugar como espectador, não de modo paralisado sobre o evento linguageiro a que me lanço, nem ortopédico, *irrepreensível* (sentido da palavra *orthos* em grego), mas de uma posição onde meus atos clínicos incluam a noção de posição enquanto “movimento corporal” (ibid, p.15).

“Ver, escutar, anotar e relatar constituíam uma prática, mas, também, um movimento que ocorria de uma posição” (ibid, p.15), então é nesse encontro entre corpos que se dá a prática clínica e a posterior narrativa escrita que resultou neste trabalho; a encenação vivida através das fantasias narradas pelo paciente apresentado no caso clínico não pretende postar o analista como detentor de uma verdade sobre o sintoma e a doença do sujeito, nem como puro observador que nada possui em seu corpo desde o lugar desse encontro; aliás, para além dessa quimera é visível o quanto o terapeuta sofre em sua alma os efeitos do *pathos* transferencial em um tratamento.

A proposta clínica espera (caminha), tanto no sentido temporal quanto em sua expectativa em encontrar a verdade sobre o *pathos*, verdade essa que não pertence nem ao analista nem ao paciente, mas se posta entre esses dois para fazer falar os corpos que compõem essa narrativa.

Forbes (1999) ao comentar uma coincidência de pontos de vista entre Lacan e Diderot¹ sobre o acesso à verdade, escreve:

Não é o acesso ao bom entendimento e não é o acesso à verdade daquele que faz o Outro aceder; não se trata do conhecimento da verdade conquistada. À verdade a que o analisando chega não é necessária a compreensão do analista; ao ator, não é necessário o conhecimento do que uma pessoa na platéia está sentindo. Por isso se buscam ordens de representação que permitam o particular de cada um se pronunciar, nesse algo de profunda particularidade. (p.56)

¹ Denis Diderot. Escritor e filósofo francês (1713–1784) idealizou e colaborou na Enciclopédia Francesa.[...] Também foi matemático e poliglota. Tomou parte no movimento político-literário, do qual resultou a revolução francesa. *Dicionário Enciclopédico Brasileiro*. p. 753.

Portanto, a posição de um analista também se completa com o corpo do teatro em que a narrativa do paciente e de seu analista se presentifica; ainda com Berlinck (2000), “A palavra ‘teatro’ deriva do grego *theatrom*, que pode ser traduzida literalmente como ‘um lugar para ver’” (p.16).

Minha experiência com o *pathos* clínico conduz a intervenção e orienta uma posição teatral “que se opõe, assim, à do *orthos* porque aquele não pretende convencer o interlocutor da irrepreensibilidade de sua posição e, sim, apresentar um discurso mito-poiético epopéico que produza experiência” (ibid., p. 17).

É necessário que o analista crie um *setting*, que apesar de ser sempre virtual (pois conduz à entrada das marcas da história, da comunidade, das crenças, dos corpos ancestrais, de tudo que compõe o corpo dos sujeitos expostos a essa experiência clínica) permite a geração de uma ambiência que promove o encontro e a constituição dessa narrativa para que os interesses mais profundos e arraigados do paciente possam encontrar lugar de manifestação. Manifestação essa sempre atual e atualizada nos corpos envolvidos com esse trabalho.

Assim, seguem a transferência e a contratransferência se propondo a realização de uma narrativa do sofrimento, realização essa oposta à proposta de *orthos*.

O capítulo 1 — “Sobre o método clínico” — se dedica a observar as premissas que orientam o modo de agir e de ser afetado pela experiência psicanalítica, levando em conta a vivência transferencial e contratransferencial da mesma e a tentativa de transformação de uma narrativa de sofrimento em uma experiência.

O trabalho com alcoolistas internados em um hospital psiquiátrico apresenta construções narrativas que nos orientam sobre os diversos âmbitos abarcados desde essa forma de intervenção de cuidados.

O capítulo 2 — “Premissas para internação e tratamento” — faz um necessário retorno histórico e social buscando compreender onde confluem essas determinações referentes ao sintoma alcoólico; onde a história, a medicina e os contratos sociais se encontram delimitando abordagens para a escuta e tratamento, e, ainda, as repercussões do alcoolismo em seu contexto histórico. Como nos orienta Carneiro (2002):

O álcool constitui-se como um tipo de mercadoria muito especial, pois ao mesmo tempo que responde a necessidades psicológicas de evasão, consolo, anestesiamento, cumpre o papel de via privilegiada de reprodução do capital na época da acumulação primitiva. Um produto da cultura material, de arcaicos usos religiosos, medicinais e lúdicos, torna-se o principal instrumento de produção de consciência alterada, ou seja, de produção de imaginários e de sentimentos artificialmente estimulados. (p. 3)

Observamos como um vício é sustentado por uma indústria, por uma mídia e por um discurso sobre o alcoolismo, o alcoólatra e o álcool; conjunto à oferta, os mecanismos ambientais dessa sustentação e suas incidências sobre a arquitetura, subjetividade e tratamento, direcionando no presente trabalho a incidência sobre o ambiente hospitalar.

Todo o processo de urbanização que acompanhou o crescimento industrial no Brasil foi seguido por uma série de contingências, que se mostraram complexas revelando suas conseqüências psicopatológicas em sua proliferação no seio do país.

Logo se pode observar o modo de aparição do alcoolista. Para além do bebedor social, ou mesmo do abstêmio, o alcoolista aparece no cenário social por sua violência, que por sua vez pode gerar agressão, mas que não se confunde necessariamente com isso, pois queda, sexo sem proteção, ausência do convívio familiar, laboral e, em circunstâncias mais radicais, complicações na participação do trânsito civil ditado por cada cultura, são sintomas mudos dessa relação de objeto.

Pesquisas constataram que o brasileiro apresenta características próprias e importantes nesse cenário, como explica a psiquiatra Florence Kerr-Corrêa (apud Zoretto, 2007), da Universidade Estadual Paulista: “Não bebemos mais do que os canadenses, norte-americanos e os povos de outros países da Europa, mas consumimos álcool de modo mais nocivo” (p. 44).

O brasileiro ingere níveis elevados de álcool por mais tempo ao longo da vida, o que o diferencia de outros estudos realizados em diferentes países. Nos Estados Unidos, por exemplo, a ingestão de bebidas alcoólicas diminui a partir da terceira década de vida, mantendo o índice geral de que os jovens são os que mais bebem.

Em estudo conduzido pelo psiquiatra Raul Caetano, professor da Universidade do Texas (EUA), e também autor do questionário e da estratégia utilizados, diz que “Esses dados sugerem que provavelmente haverá mais problemas com consumo de álcool por parte de pessoas em idade produtiva, numa fase da vida em que geralmente já constituíram família” (apud Zoretto, 2007, p. 44).

Observa-se a configuração de um problema de ordem social que toma proporções alarmantes:

Feitas as contas, conclui-se que esses bebedores ditos freqüentes e também pesados, são nada menos do que 10% dos brasileiros adultos ou 12 milhões de pessoas. É uma população equivalente à de uma metrópole como São Paulo que uma vez na semana lota dezenas de milhares de restaurantes, bares, botecos e padarias do país e toma pelo menos cinco copos de cerveja ou várias doses de pinga. (Zoretto, 2007, p. 45)

Histórica e estatisticamente o alcoolismo passa a configurar uma das mais proeminentes sintomatologias que a humanidade vem sofrendo. Suas causas e conseqüências se fazem presentes em todo estrato social, sua circulação é vivida em qualquer faixa etária e sua potencialidade industrial financeira se eleva a cifras gigantescas, bem como os meios de propaganda financiados por essa indústria.

Assim, se evidenciam ofertas e variados tipos de tratamentos sendo propostos aos sujeitos que apresentam problemas com bebidas, suas famílias, e a sociedade em geral. Uma destas ofertas é a internação psiquiátrica, sendo no âmbito hospitalar que se desenvolve esse trabalho.

O presente estudo foi realizado no hospital psiquiátrico denominado “Casa de Saúde de São João de Deus”, fundado em 1989, e situado na cidade de São Paulo.

O hospital recebe o nome de seu patrono “São João de Deus”, personalidade de destaque na luta pelos direitos a um tratamento humanitário e profissional dos doentes, necessitados e excluídos. A Casa de Saúde recebe pacientes do sexo masculino, em regime fechado, para o tratamento de sintomas agudos de uma série de diagnósticos psiquiátricos, entre eles o alcoolismo.

A grande maioria dos pacientes internados nesse hospital é proveniente de convênios públicos, servidores do Estado e do município de São Paulo, e destes, a maioria se destaca por problemas relacionados ao abuso etílico; são os chamados alcoolistas.

O termo alcoólico/alcoolista é o preferido por médicos e entidades que tratam dessa doença (ao invés do termo alcoólatra) por uma razão etimológica. O sufixo latino “latria” significa adoração e, portanto, alcoólatra seria um idólatra do álcool, um admirador, um apreciador. Entendemos que se tomássemos o termo popularmente mais utilizado — alcoólatra — para designar o sujeito dependente do álcool, não só não separaríamos modos distintos de uso de substâncias, como colocaríamos em seu contexto uma parte significativa da humanidade, de forma pejorativa, provocando uma impressão errônea sobre o uso, o caráter da doença e a dependência. Como observa Perrier (1992) ao comentar essa situação:

Mas, no que diz respeito ao bebedor, o que acontece com o que lhe concerne singularmente, uma vez que se objetivou e isolou, nele e para ele, a doença alcoólica, *incipiente* ou já instalada? De uma certa maneira, e ao menos na nossa área ocidental, o diagnóstico faz do alcoólatra menos um ser a parte do que a “tiragem especial”, o exemplar sempre reproduzível de um clichê.

Ele é: ou uma causa de aflição para os bons corações, pois o álcool, psicotrópico euforizante, continua a ser um presente a se oferecer como sinal de hospitalidade entre amigos, mas também a velha garrafa de reserva para beber (tanto pior, tanto melhor) sozinho, nas horas de frio, de cansaço, de tédio; ou uma causa de desprezo, de piedade ambivalente ou de difamação pelos bebedores de água, os higienistas, os atletas da garrafa, ou os inteligentes da moderação em qualquer coisa. (p. 334)

É na tentativa de compreender mais profundamente os modos de relação do sujeito com o álcool que este trabalho se desenvolve. O “clichê” alcoólico nos interessa do mesmo modo que a estereotipia, o lugar-comum e o chavão têm o que nos relatar sobre essa experiência, mas o termo alcoolista se sobressai justamente enquanto um “a mais” dessa relação do homem com o álcool. A opção pelo termo alcoolista serve para designar o caráter essencialmente sintomático desta relação de objeto.

Um cálculo médio mostra que aproximadamente 60% da lotação da “Casa de Saúde de São João de Deus” é composta por pacientes que foram encaminhados por seus ambulatórios de referência após avaliação clínica, psiquiátrica e social, tendo sido observados traços de embriaguez, prejuízo corpóreo, alterações de comportamento e de situação sociofamiliar para que, após contemplarem prejuízos nestes campos, se efetue a internação psiquiátrica.

A média de idade destes sujeitos é de 32 anos, e o tempo de internação dura cerca de 30 dias. São 30 dias, ou o tempo necessário (pois esse período pode se ampliar dependendo das exigências clínico-sociais do caso), durante o qual lhes é oferecido um programa de propostas psicoterapêuticas, tais como: grupos de discussão e reflexão sobre o alcoolismo; grupos de reflexão sobre temas do cotidiano; atendimentos

individuais (o hospital dispõe de um grupo de voluntários e estagiários da área de psicologia e psicanálise bastante incorporada, que semanalmente participam de várias atividades com os pacientes); atendimentos familiares, além de atividades propostas por outros setores (psiquiatria, terapia ocupacional, serviço social e todo campo de hotelaria) do hospital.

De modo geral, desde aí já se encontram pronunciadas as bases de intervenção e defesa presentes na organização hospitalar em relação à transferência e à contratransferência que tanto constatamos quanto estamos assujeitados. No âmbito psicoterapêutico os ideais não se distinguem de outras intenções propostas pela instituição de saúde:

De uma certa maneira, o que se preconiza como psicoterapia de apoio, individual ou coletiva, para a reeducação dos alcoólatras é feito para conservar, por condicionamento, sob forma de culpabilização/desculpabilização, apelo à vontade, compreensão fraternizante etc., um modelo de organização neurótica, a ser “recuperado”, na sua economia, para ser colocado a serviço dos ideais de saúde dos terapeutas. (Perrier, 1992, p. 335)

Durante alguns anos observei, confrontei, pratiquei e conflitei com uma tendência de trabalho terapêutico de cunho “matricial”, ou seja, os grupos de auto-ajuda, “Alcoólicos Anônimos” (AAs) ou outras denominações que se queira dar a esses agrupamentos.

São organizações cuja proposta é estancar o hábito compulsivo do beber, da ingesta alcoólica, sem exigir daí um sentido, sem o intuito de instaurar, frente ao hábito compulsivo da bebida, outra produção de sintoma.

É certo que esse tipo de agrupamento tem uma função social muito importante, funcionando como interventor da ingesta alcoólica onde uma série de outras tentativas naufraga, oferecendo um apoio a seus integrantes bem como à sua família, com grupos especializados aos jovens filhos e filhas de pais alcoolistas.

No entanto, um discurso repetido à exaustão nos grupos em que participam quando internados no hospital, expressa advertência pela queixa, pela desconsideração, pela — interessante — irritação em relação à proposta desses centros matriciais. E o argumento a que numerosas vezes se referem — e que passa a chamar atenção — é o de que esses centros não entendem seus problemas, suas mazelas, que, sem dúvida, eles reconhecem que devem parar de beber, mas, como me alertam: “o problema é mais embaixo”.

Este trabalho não tem qualquer intenção de tecer crítica negativa sobre qualquer forma de tratamento, principalmente os trabalhos vinculados às associações de cunho matricial; aliás, não reconhecer o valor desses centros não denotaria outra coisa a não ser arrogância e ignorância.

A distância tomada pela presente pesquisa a esse tipo de abordagem encontra sua justificativa por entender seu interesse em outro modo de escuta e compreensão sobre a constituição do sujeito, qual seja, a crença no sujeito do inconsciente e uma desconfiança — sempre aberta — sobre os horizontes de liberdade nas relações de objeto.

Para além ou aquém disso nenhuma forma de tratamento deve ser subestimada ou desvalorizada, já que seu intento último ainda propõe salvaguardar o alcoolista de sua degradada situação psíquica com sua conseqüente deterioração física.

Convém não interpretar esta última observação como uma denúncia dos métodos e meios atuais da luta contra o alcoolismo, e ainda menos como uma contestação de princípio. Mais valem, sem dúvida, as neuroses de transferência intermináveis sobre os terapeutas, a doutrinação eficaz que permite as boas estatísticas a partir dos condicionamentos e interditos, ou ainda a reunião sob uma direção comum nas ligas de sobriedade; antes disso do que a triste adição das cirroses, das polineurites e das deteriorizações psíquicas, tal como dão testemunha os responsáveis pela higiene somatopsíquica ou os interrogadores do estatuto eto-ecológico de uma sociedade. (Perrier, 1992, p. 336)

Assim sendo, e seguindo a orientação dos próprios pacientes de que o problema “é mais embaixo”, resolvemos descer para indagar as origens desse problema.

Na busca de características presentes nesses discursos grupais, encontramos uma população identificada com o que podemos entender como “classe proletária”, “homem de nível de vida relativamente baixo, e cujo sustento depende da remuneração recebida pelo trabalho que exerce em ofício ou profissão manual ou mecânico” (Ferreira, 1986, p. 1400).

É sabido que o alcoolismo, ou a ingesta compulsiva alcoólica, não se restringe à classe, gênero, cor ou estrutura clínica, mas as internações que recebemos no hospital encontram parceiros firmes — e isto identificado numericamente — na população de um proletariado masculino.

Não é proposta deste trabalho desenvolver uma análise social que pretenda explicar a sociogênese do alcoolismo, mas observando, escutando e debatendo com essa classe (proletária) de sujeitos, assujeitados a este sintoma clínico, não podemos deixar de notar que efetivamente representam um número substancial nessa patologia.

Quando observamos o resultado de estudos como o levantamento nacional de como, quando e o que se bebe no país, pesquisa conduzida pelo psiquiatra Ronaldo Laranjeira e sua equipe, constata-se (a partir dos resultados) que, “aqui bebe-se mais nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, onde 38% das pessoas não param antes do quinto copo. No Sul e Sudeste o consumo é mais moderado, mas freqüente: metade da população não passa da segunda dose” (Zoretto, 2007, p. 45).

E mais, quando a discussão adentra o terreno do alcoolismo nas classes sociais, os indicadores apontam na direção de uma relação privilegiada entre as classes menos favorecidas e o alcoolismo.

Em todas as regiões a bebida mais consumida é a cerveja, embora haja variações no Norte e no Nordeste, onde a cachaça aparece em segundo lugar, à frente do vinho. Outra diferença é que as pessoas de classes sociais mais elevadas (A e B) consomem álcool de modo distinto das da classe E. As primeiras bebem durante as refeições, em bares comendo algum petisco ou sozinhas em casa (...) Já entre os mais pobres quem bebe são os homens que se reúnem em um boteco e tomam cachaça em pé, sem comer nada. (ibid., p.45)

Quando um sujeito ultrapassa o que seria suportável clínica (corporal) e socialmente, poderá então adentrar o espaço hospitalar, quer seja psiquiátrico ou não, para parar a ingesta alcoólica e encontrar suportes terapêuticos para dar continuidade ao seu tratamento quando de alta.

A proposta de intervenção terapêutica será questionada nesse momento de internação, comentando narrativas escutadas em atividades grupais e no caso clínico apresentado.

O capítulo “O caso clínico: transferência e contratransferência” será dedicado exclusivamente à análise — através das formações sintomáticas envolvidas no processo e da narrativa constituída sobre o caso clínico — do manejo transferencial e as conseqüentes atuações contratransferenciais que ocorreram nesse tratamento.

Esses aspectos observados e discutidos sobre a clínica do alcoolista internado fundamentam as indagações sobre a constituição da subjetividade desse sujeito. Para tanto, foi necessário estabelecer um percurso em que as relações objetais indicassem um sentido sobre esse fenômeno sintomático. Esse capítulo foi nomeado “Do sujeito ao botequim”, e procura determinar os limites estruturais que delineiam o modo privilegiado na constituição das relações objetais onde posterior e clinicamente encontramos as “recaídas”; eterno retorno ao objeto idealizado, saída sempre possível para o alcoolista frente ao superego vociferador que o atormenta.

Saída sempre possível, porém sempre a mesma.

Perrier (1992) propõe uma aguda posição:

A recaída está no cerne de toda proposição sobre o alcoólatra. Ela é a instância que vem se inscrever como uma ameaça sempre presente, qualquer que seja a solidez de um pacto e de uma organização terapêutica, enquanto empresa de *longa duração*.

Ela está ligada ao que caracteriza a relação do alcoólatra à sua bebida: a saber, o “não poder parar” como critério de diagnóstico. Ele define, então, o homólogo de um processo que continuaria a evoluir – se necessário ao estado latente – até o dia em que tal agente intercorrente, tal acontecimento, tal acidente viesse reativar um desequilíbrio e reatualizar o recurso ao álcool.

(...) E todo o longo trabalho empreendido teria que ser recomeçado!

Isso justifica todas as medidas empregadas no plano médico-psicológico para edificar as defesas à prova de qualquer surpresa. Mas na medida em que a recaída está sempre na filigrana do discurso terapêutico, ela celebra o inimigo, o “mitologiza”, por fazer dele um objeto de superinvestimento. Em outros termos, o alcoólatra não tem nenhuma possibilidade de esquecer o álcool, como um amante faria o luto de um amor em proveito de outro, pois lembram a ele constantemente sua existência, sua imagem imperecível. (p. 341)

De suma relevância para este trabalho foi observar como, durante o período de internação desses pacientes, vai se organizando uma ambiência de cunho pitoresco no espaço mesmo do hospital: uma recriação do ambiente do botequim. Só que agora sem o componente alcoólico. O hospital se transforma em um grande “bar sem bebidas” e os aspectos envolvidos nessa recriação ambiental nos interessam por sugerir que há, aí, uma recriação da subjetividade envolvida no processo e fantasia do sujeito e sua relação de objeto e imagem de si.

Desde a demanda de um espaço hospitalar que possa sustentar um “tempo” de recuperação articulando uma distância desse objeto impossível de esquecer, até as primeiras imagens de uma melancolia (pois um luto se mostra impraticável), passamos a direcionar nossa pesquisa sobre a doença e seu sintoma.

A partir da origem do sintoma, situado nas relações objetais arcaicas e suas recriações ambientais fantasmáticas e fantasísticas, desenvolvemos uma busca sobre a doença pela qual sofre o alcoolista.

No capítulo intitulado “Do botequim ao sujeito” traçamos o percurso em que as neuroses narcísicas evidenciam sua estrutura clínica e a “mania-melancolia” refina seu traço sobre esse sujeito. Esperamos, assim, orientar nosso estudo desde a formação da doença até a constituição do sintoma pelo qual sofre o alcoolista.

É a partir da dúvida que se impõe frente à escuta desses pacientes que se articula a proposta deste trabalho. Explorando o discurso clínico, observando os afetos apresentados e daí confrontando-os com as construções conceituais psicanalíticas e psicopatológicas para tentar compreender qual a questão psicopatológica implicada nessa clínica. Clínica essa que merece consideração, já que o número de sujeitos, bem como suas saídas psicopatológicas para conseguir sustentar as condições subjetivas que vivem, vem aumentando constantemente.

E é esse mesmo *socius* que trará as condições (ou não) para que os chamados distúrbios da oralidade — dos quais o alcoolismo faz parte — se manifestem enquanto problemas sociais, articulando os modos proibitivos para tal hábito, bem como se apropriará dessa dinâmica para daí conseguir seus lucros.

Todo este trabalho não seria possível sem o incômodo e perturbação corporal que foi vivenciado pelo pesquisador em sua tarefa terapêutica de sustentar a transferência dos sujeitos alcoolistas em questão e poder, a partir daí, gerar uma contribuição psicopatológica a esta clínica que, por mais que se aprofunde a cada caso, sempre mantém uma natureza enigmática a nos enlaçar.

E este é o motivo pelo qual lhes sou grato.

Sobre o método clínico

O método clínico utilizado neste trabalho de pesquisa foi vivenciado e estabelecido a partir de uma análise com um paciente que esteve internado para tratamento de alcoolismo, bem como a utilização de uma série de falas provenientes de grupos terapêuticos (denominados “grupos de reflexão”) realizadas com pacientes internados pelo mesmo sintoma.

A posição do analista, em seu limite, aproxima-se da angústia de um vazio. Posto que trabalha com seu inconsciente e traduzindo para a relação analítica a vivência desse encontro, em seu limite se encontra com uma posição dita feminina, pois trata-se de encontrar uma posição que permita ao paciente encontrar um “buraco” no analista para projetar seu desejo, projetar seu gozo.

Isso só ocorrerá se o analista se apresentar com um “véu” que, cobrindo seu desejo orienta o desejo, do paciente para si, suportando daí a posição contratransferencial que entrará em jogo.

Este trabalho é orientado por uma dinâmica ativa, o que faz uma contraposição à caricatura passiva em relação a uma imagem comumente alardeada sobre o método clínico psicanalítico.

Mas este trabalho não se constitui sem um paradoxo, como orienta Berlinck (2000) em seu texto sobre “O que é Psicopatologia Fundamental”: “Ocorre, decerto, que deve mover-se para agir sobre o paciente, mas como agente” (p. 19).

O *pathos* a que padece o paciente também afeta o analista, e assim um tratamento pode desdobrar-se e tornar-se uma experiência.

“Psicopatologia” literalmente quer dizer: um sofrimento, uma paixão, uma passividade que porta em si mesmo a possibilidade de um ensinamento interno que não ocorre a não ser pela presença de um médico (pois a razão é insuficiente para proporcionar a experiência). Como *pathos* torna-se uma prova e, como tal, sob a condição de que seja ouvida por um médico, traz em si mesma o poder de cura. Isso coloca imediatamente a posição do terapeuta. *Pathos* não pode ensinar nada, ao contrário, conduz à morte se não for ouvido por aquele que está fora, por aquele que, na condição de espectador no teatro grego do tempo de Péricles, se inclina sobre o paciente e escuta essa voz única se dispondo a ter, assim, junto com o paciente, uma experiência que pertence aos dois. (ibid., p. 21)

Mas essa experiência não é natural, não prescinde de uma direção, como Lacan observa em seu texto sobre “A direção do tratamento e os princípios de seu poder”, onde entendemos que a posição política vivida no tratamento não poderá ser vinculada a nenhum partido. Uma posição política sem governo, mas com uma ética específica sobre o tratamento, ética essa que propõe a escuta da verdade justamente do lugar que não se espera encontrá-la, ou seja, do lado de lá, do ato-falho, do sonho, do detalhe que o “eu” — aqui em seu pronome oblíquo “mim”, sujeito da referência identificatória, para diferenciar do Eu do sujeito em sua concepção estrutural — trará em sua fala.

Como nos relata Lacan (1993) respondendo à J.-A. Miller em *Televisão*:

— *Titile, pois, a verdade que Boileau assim versifica: “O que bem se concebe, claramente se enuncia”. O estilo do senhor, etc... [...] Restabeleço que o que bem se enuncia claramente se concebe – claramente quer dizer que consegue. É inclusive desesperadora essa promessa de sucesso, pelo menos sucesso de venda, para o rigor de uma ética. (p. 79)*

É a partir daí que se espera a direção de um tratamento. A verdade não se anuncia como puro saber sobre a técnica; está para além dela. Em uma verdade que não traz promessas (não promete o sucesso) só é possível esperá-la de uma enunciação em que a clareza conduz à concepção (concepção na dupla acepção semântica: tanto um ponto de vista quanto a geração de uma idéia ou ato).

Orientado pela condição de que a verdade expressa no tratamento sempre o conduz em conjunto com a verdade vivida pelo analista no seio do mesmo, entendemos o método clínico como uma tentativa de transformar, junto com o paciente em uma vivência transferencial, a narrativa de seu sofrimento em uma experiência, experiência que não está livre de alguns problemas que se revelam no percurso terapêutico.

Um dos problemas do método clínico, problema sempre presente em toda consideração transferencial, é supor um observador ausente do observado.

O que garante o método clínico é a crença de que existe uma singularidade, ou seja, cada sujeito proposto ao método clínico psicanalítico é “UM”, distinto, singular, estranho e estrangeiro a toda estrutura já proposta na doutrina psicanalítica.

Frente a essa necessidade o terapeuta deverá se postar atento às nuances dessa singularidade e procurar seu lugar (que dificilmente se fixa) nesse encontro, lugar que não deixa de des-situá-lo da posição que confortavelmente pensou ocupar, passando com isso, a ocupar uma posição em relação à fantasia do paciente.

Buscar a constituição da fantasia, sempre singular, que movimenta cada corpo proposto à análise é a função do psicanalista e o mesmo só poderá tecer uma teoria metapsicológica se compreender o *como* e o *porquê* dessa fantasia e suas conseqüências durante o processo.

Assim nos indagam Abraham e Török (1995) a respeito da fantasia e da posição fixada do analista em um tratamento: “Toda a teoria metapsicológica não seria feita, em última análise, para explicar o como e o porquê da fantasia e de seus frutos?” (p. 244)

E isso significa que a fantasia não sustenta toda a metodologia psicanalítica, mas devemos procurar compreender a que resistências ela se engaja quando das tentativas de modificação dos sintomas existentes, forças em ação que atravessam toda análise.

Procurar, ao contrário, saber, atravessando uma fantasia, a que modificação processual ela vem se opor, é passar da descrição do fenômeno à sua competência transfenomenal, é manter-se nesse ponto geométrico a partir do qual poderia ser lida a origem metapsicológica de cada fantasia até a “origem” do próprio originário. (ibid., p. 244)

O método clínico se inicia quando passa a revelar a singularidade do caso. E um caso clínico é o evento fortuito, acidental, que ocorre na clínica e que vem desacomodar a teoria. É justamente aí que se insere uma de suas principais funções: fazer avançar a prática clínica esclarecendo a estrutura psicopatológica subjacente.

De modo sucinto, para a psicopatologia fundamental, bem como para a psicanálise, a nosologia é esclarecida por um funcionamento psíquico de suas leis, e responde ao critério de universalidade organizando assim a constituição das concepções estruturais.

O método clínico utilizado neste trabalho pretende atender às concepções propostas tanto pela psicanálise quanto pela Psicopatologia Fundamental em sua experiência de produção metapsicológica, aqui entendida como “discurso mito-poiético epopéico que é uma experiência e que, como tal, é terapêutica” (Berlinck, 2000, p. 24).

O porquê da escolha de utilizar duas posições que compartilham espaços na orientação do método clínico se responde em um enunciado de Berlinck (2000):

A descoberta do inconsciente freudiano como manifestação do *pathos* e como algo que surge da violência primordial, bem como a conseqüente metapsicologia que é conhecida por psicanálise é a casa mais confortável existente na contemporaneidade para a Psicopatologia Fundamental. (p. 24)

E ainda delimitando as características propostas no método clínico utilizado, destacamos que, enquanto a observação clínica repousa sua atenção sobre a vivência perceptiva consciente, o caso clínico se insere em uma clínica da escuta levando em

conta fenômenos para além dos observáveis pela consciência. Nesse sentido, o caso clínico provoca a verdade de uma construção.

O caso clínico, portanto, é uma ficção do analista que, abstraindo a história individual do paciente, se dirige a uma vivência clínica “pática”, e solicita uma construção.

A construção de um caso clínico é a narrativa de um acontecimento e para darmos condições de que essa experiência aconteça, como nos propõe Nasio (1999), devemos “montar o cenário para que a verdade apareça” (p. 9). Isso diz respeito à ambiência que, revelando a singularidade, inaugura, oferecendo espaço, a possibilidade de uma narrativa.

Assim podemos nos manter o mais exposto aos efeitos do inconsciente.

O clínico está entre o sujeito e o objeto vivido na clínica, do mesmo modo que o sujeito está entre o clinicante e este objeto. Portanto, nosso método clínico precisa sustentar seu lugar no “entre”, desde sua transferência e sua contratransfência.

Como orienta Perrier (1992), “Porque a transferência existe convém estar sempre em outro lugar que não no seu próprio” (p. 367).

E isso sem esquecer que o lugar do “objeto”, situado entre esses sujeitos nada será a não ser o objeto “pequeno a”, designação de Lacan para dizer do objeto causa de desejo.

Enlaçando as três instâncias (Simbólico, Real e Imaginário), o “a” designa o sintoma pelo qual o sujeito se faz refém, retornando incessantemente à busca em sua compulsão à repetição.

Temos então uma tarefa terapêutica aliada a uma tarefa diagnóstica: buscar o que é singular na manifestação da estrutura, oferecendo uma ambiência possível de

situar esse singular, a partir de onde deverá brotar, nessa relação, uma construção metapsicológica.

Essa manifestação da estrutura é sintomática, ou seja, ela sempre possui uma parte que se revela consciente e outra que é inconsciente, não sendo, porém, a estrutura que revela o sujeito.

Quando buscamos o singular do sujeito na clínica buscamos o que se refere irreduzivelmente àquele sujeito.

Mas o sujeito não habita no universo uma posição de mônada solipsística; de modo geral habita sempre uma comunidade, e a ambiência clínica é uma ambiência comunitária. Sempre que recebemos um paciente o recebemos em uma comunidade; talvez recebamos uma comunidade em conjunto com sua singularidade, constituindo, a partir daí, as estruturas clínicas que nos auxiliam a pensar o lugar do sujeito em nosso universo metapsicológico.

Pode-se sustentar, a partir dos trabalhos dos grandes mestres do estruturalismo, (...) que apesar da diversidade dos protagonistas envolvidos e da lógica singular a cada uma das disciplinas, a busca do rigor científico e de um método eficaz, consagrou um programa voltado para o desvendamento de estruturas subjacentes às aparências mutáveis dos fenômenos sociais.
(Debert, 2007, p. 94)

Então, se existe uma categoria que pode ser chamada de estrutura, enquanto clínicos da psicanálise estamos fundados na crença básica de que toda espécie é composta por singulares que habitam um *socius*.

Admitir que habitamos uma comunidade faz reconhecer que nosso *setting* é sempre virtual, por mais que nos ofereçamos a organizar esse ambiente propício ao outro. E o clínico, em sua fantasia, regida por seu fantasma, organizará esse espaço e organizará também a possibilidade da surpresa que nos envia para longe, revelando assim a transferência clínica.

A constituição do *setting* é contemporânea à comunidade, portanto não há como criar ambiência sem a comunidade que habita esses corpos — tanto do paciente quanto do analista. Isso diz respeito à nossa comunidade ancestral, às nossas marcas corporais, subjetivas, históricas e que temporal e espacialmente são sempre atuais como o sintoma.

Essa comunidade se articula sobre uma série de crenças, como poderemos observar a respeito do ambiente clínico vivenciado tanto no hospital quanto no caso clínico em questão.

O método clínico se propõe a constituir, na direção do analista a seu paciente, qual sua posição sem querer reduzi-lo a si, estabelecendo um método que relacione o singular com o geral; das formações do inconsciente à estrutura.

Se a estrutura traz a questão do invariante — padrões, comportamentos repetitivos e padronizados — o singular traz a questão do indefinido, do que se oferece enquanto resistência até a possibilidade de mudança; traz a esperança na espera.

Premissas para internação e tratamento.

A complexidade apresentada no campo clínico do alcoolismo propõe âmbitos dos mais diversos, mas que tendenciosamente se encontram.

Desde os sintomas mais expressivos e que conduzem um sujeito para uma internação (os efeitos agressivos dessa sintomatologia na vida civil, corporal e subjetiva), até os fenômenos (sujeitos) mais silenciosos, escondidos, trancados em suas casas, vivendo nas ruas.

Desde que o alcoolismo passou a ser identificado como doença social, passa a ser incluído no campo das moléstias derivadas do convívio social, como a sífilis, a tuberculose e a loucura, sendo, a partir daí, vinculado ao desenvolvimento urbano-industrial e identificado com as populações pobres e a miséria urbana.

No âmbito médico o conceito de alcoolismo data de meados do séc. XVIII, como sintetizam Gigliotti e Bessa (2004):

O conceito de alcoolismo só surgiu no séc. XVIII, logo após a crescente produção e comercialização do álcool destilado, conseqüente à revolução industrial. Deste período, destacam-se dois autores: Benjamin Rush e Thomas Trotter. O primeiro, um psiquiatra americano, foi responsável pela célebre frase: “beber inicia num ato de liberdade, caminha para o hábito e, finalmente, afunda na necessidade”. O segundo foi quem, pela primeira vez, referiu-se ao alcoolismo como “doença”. Outro autor de relevância foi o sueco Magnus Huss (1849), que introduziu o conceito de “alcoolismo crônico”, estado de intoxicação pelo álcool que se apresentava com sintomas físicos, psiquiátricos ou mistos. (p. 11-12)

O discurso abstencionista e erradicatório do álcool, discurso proibicionista em relação ao álcool, tem suas raízes na moral e na economia vigentes à

época histórica da humanidade e, também encontra relação frente a outras substâncias psicoativas. Citando Carneiro (2004):

O uso do álcool pela força de trabalho sempre foi uma prática comum, pois garantia a manutenção dos níveis de produtividade. No mundo antigo, o vinho era dado até mesmo aos escravos, pois além de fazer parte da dieta alimentar servia como agente antiséptico misturado com a água. Na Idade Média, o vinho fazia parte da ração diária dos monges e os maiores vinhedos da Europa pertenceram às abadias cistercienses. Na maior concentração de mão-de-obra do início da época moderna, o Arsenal de Veneza, o segundo item do orçamento, após a madeira, era o vinho.

No final do século XIX, a atitude institucional dos Estados diante do álcool mudou, a influência de um forte movimento puritano de temperança foi capaz de impor uma emenda à constituição norte americana, proibindo o comércio de álcool. Antonio Gramsci, em “Americanismo e Fordismo”, analisou a Lei Seca nos Estados Unidos como uma das manifestações dos mecanismos tayloristas de aumento da produtividade através de um controle estrito não só da linha de produção como também da vida cotidiana operária, especialmente de sua vida sexual e das formas de diversão, onde o álcool passou a ser visto como o pior risco para a perda do auto-controle. As atitudes antialcoólicas, apesar de seu triunfo momentâneo no início do século XX, perderam influência no mundo ocidental, onde outras drogas ilícitas (maconha, cocaína e opiáceos), a partir especialmente do fim da Lei Seca, nos anos 30, tomaram o seu lugar como bodes expiatórios farmacológicos e produtos de um rendoso e hipertrofiado comércio clandestino. (p. 6-7)

Para além dos discursos perpetrados pelo álcool e suas interconexões com os mais variados ramos de contrato social, encontramos o corpo enquanto objeto central na organização das relações entre essas interconexões. Em seu comportamento, suas atitudes e desejos, estão descritos os modos de subjetivação, economia e comportamento próprios aos sujeitos de cada época, e, mais particularmente, o modo como cada sujeito arca com o preço adaptativo de seu lugar na história.

A bebida alcoólica, sendo apropriada pelo sistema produtivo, sustenta a possibilidade do alcoolismo se desenvolver. O vício — como qualquer outro — só é possível se manter se o seu objeto estiver disponível; em relação ao alcoolismo,

encontramos esse objeto ofertado abundantemente e a baixo custo, em qualquer mercado mundial (no Brasil, essas condições são particularmente expressivas).

Como podemos observar nas recentes cifras desse mercado:

As bebidas alcoólicas e o tabaco consolidaram-se como mercadorias de primeira importância na economia mundial. O vinho, assim como diversos outros produtos alimentares, teve uma superprodução mundial nos anos 60 de 280 milhões de hectolitros (28 bilhões de litros), caindo para 154 milhões de hectolitros nos anos 90. Mas a cerveja continua sendo a bebida alcoólica mais consumida. O Brasil com 70 milhões de hl/ano está em quinto lugar na produção mundial (após, EUA, Alemanha, China e Japão), mas tem a segunda maior produtora mundial, a AMBEV, com 60 milhões de hl/ano (a primeira é a Anheusen Bush, dos EUA, com 113 milhões de hl/ano). Mas em aguardente de cana, o Brasil é o primeiro produtor mundial, com cerca de um bilhão de litros/ano e, em relação ao tabaco e ao açúcar, também continuamos a manter a recordista posição de primeiro exportador mundial. (ibid., p. 7)

A intensificação do processo de urbanização, com uma tendência de criar espaços cada vez mais sofisticados, fizeram necessária uma série de delimitações quanto às suas funções, usos e abusos, e coube às instituições (Estado, Igreja, família, medicina) ordenar e ocupar estes espaços segundo a moral vigente, estabelecendo as áreas possíveis para a ocupação de suas organizações correspondentes.

Matos (2001), em seu relato conjuntural, nos orienta que:

A intensa urbanização, o processo de imigração, o final da escravidão e do império e a industrialização exigiam novas formas de comportamento ditas “civilizadas” (...) assim, as ações da Igreja, do Estado e particularmente da medicina foram convergentes e decisivas para disciplinar mulheres e homens. (p. 25)

Neste sentido a medicina se apropriou de um papel decisivo na constituição de um olhar sobre o alcoolismo. Sustentada pela crescente evolução da ciência médica, com argumentações fundamentalmente racionais, amplia seu poder de intervenção e

suas orientações sobre o hábito alcoólico que, a partir de então, deverão ser seguidas com constância escrupulosa.

O poder médico se amplia principalmente onde a constituição de seu saber se sustenta amparada na materialização de seus instrumentos de detecção, gerando assim as bases necessárias à consolidação de um saber que se esforça em divulgar sua crença.

Matos (2001) nos auxilia a pensar por este prisma quando propõe:

O papel do médico também mudava, no sentido de afirmar-se a medicina enquanto saber. Graças às teorias de Pasteur e de Koch expandiu-se o paradigma microbiano e bacteriológico, que possibilitou uma outra compreensão das causas das doenças, suas formas de transmissão e cura, e a idéia de contágio transformou hábitos e atitudes. (p.25-26)

Mas a principal contribuição deste enfoque se amplia e refina:

Com o aperfeiçoamento do microscópio, o olhar médico sobre os corpos doentes foi redimensionado, já que foi possível a visibilidade do até então oculto, dando a conhecer uma variedade de microorganismos patogênicos e iniciando a valorização da profilaxia, da assepsia e da higiene como sinônimos de saúde. Assim, o indivíduo passou a ser visto como principal veículo de propagação, e gradativamente as políticas de saúde pública passaram a ser direcionadas para a educação e conscientização sanitárias, centradas na proposta higienista, valorizando cada vez mais o papel dos médicos como responsáveis por resolver os problemas do país. (p.26, n.11)

Em conjunto com o fundamento moral e religioso que delimitará as normas de organização civil, novos fundamentos científicos de ordem médica passam a ditar os padrões de comportamento.

Um “olhar” se propõe a organizar este que passa a se mostrar como um dos piores flagelos que já se abateu sobre os homens. Assim, a luta contra o alcoolismo será instituída em todos os *fronts* onde se fizer necessário.

Uma verdadeira “cruzada antialcoólica” em que a proposta, chefiada pela medicina, mas apoiada por todos os segmentos sociais vigentes, apresentar-se-á doutrinária, produzindo um conjunto de princípios que virão a servir de base para um sistema científico e propedêutico sobre o tratamento desta doença.

Em artigo recente de Zoretto (2007) observa-se que estudos realizados no Brasil mostram que “cerca de metade da população adulta, mais especificamente 48% das pessoas com mais de 18 anos, é abstêmia: não consome bebidas alcoólicas ou o faz, em média, menos de uma vez por ano” (p.42) (dado auferido e sobre o qual o grupo de pesquisadores não encontrou explicação, algumas hipóteses levantam razões religiosas para isso). Entretanto, outros dados dessa pesquisa² apontam para situações mais preocupantes encontradas, ou seja, o que acontece com os outros 52% dos brasileiros apontados por esse estudo:

Desses, aproximadamente metade aprecia uma cerveja gelada ou uma taça de vinho com pouca frequência, entre uma a três vezes por mês. O problema está na outra metade, correspondente a 25% da população adulta ou cerca de 30 milhões de brasileiros, que consome bebidas alcoólicas mais de uma vez na semana. Um em cada seis desses consumidores, classificados como freqüentes, ingere níveis de álcool considerados nocivos para a saúde porque aumentam o risco de se envolver em brigas, de sofrer quedas ou fazer sexo sem proteção. (ibid., p. 44)

O consumo abusivo de álcool não é motivo de preocupação somente em relação aos seus usuários freqüentes. Seus familiares, assim como toda a sociedade e seus ordenadores legislativos e administrativos (o governo), também são vítimas desse hábito e seus recorrentes prejuízos.

² Essa pesquisa foi realizada pela Universidade Federal de São Paulo, coordenada pelo psiquiatra Ronaldo Laranjeira, onde, “de novembro de 2005 a abril de 2006, pesquisadores treinados por ele e sua equipe entrevistaram 3.007 pessoas com mais de 13 anos de idade em áreas urbanas e rurais de 147 municípios das cinco regiões brasileiras”. Fonte: Revista Pesquisa Fapesp, Ciência e tecnologia. Pesquisa Fapesp setembro 2007, n. 139, p. 42.

Outra pesquisa nos adverte sobre esses efeitos: “Os índices de problemas na população variam conforme a cultura, as camadas sociais e dentro de cada cultura ao longo do tempo. Ademais, o peso de problemas sociais e de saúde recai não apenas sobre aqueles que bebem excessivamente, fato bem ilustrado em publicações clássicas e recentes”. (Meloni e Laranjeira, 2004, p.7-8)

Do Brasil para o mundo podemos observar algumas características importantes sobre o consumo alcoólico e suas consequências.

Os padrões de consumo alcoólico no mundo apresentam variações conforme “a cultura, o país, o gênero, a faixa etária, as normas sociais vigentes e o subgrupo social considerado” (ibid., p.8), e as relações entre consumo alcoólico, pobreza e violência nem sempre são tão claras quanto podemos inferir precipitadamente. Esta mesma problemática ocorre entre a produção de bebidas alcoólicas e o consumo global, sendo importante mencionar dados coligidos pela própria indústria do álcool sobre fabricação e venda de destilados no mundo a cada ano:

Tais informações dão conta de que a China é o maior produtor e consumidor de destilados do planeta (725 milhões de litros de baijiu³ produzidos e comercializados), seguida pela Rússia, que ostenta um consumo estimado em 350 milhões de litros de vodka por ano. Essas mesmas fontes encontraram que o Brasil ocupa, com sua cachaça, uma preocupante quarta colocação na ordem dos maiores produtores mundiais de destilados, com algo em torno de 200 milhões de litros comercializados ao ano, sendo 195 milhões consumidos no mercado interno. Produzimos e consumimos o mesmo volume de pinga de que whisky. A diferença é que o whisky é consumido mundialmente e a pinga somente no Brasil”. (ibid., p. 8)

Ainda assim, quando avaliamos os indicadores de mercado de bebidas alcoólicas no Brasil, não é a cachaça sua representante de prevalência; em uma estatística sobre o

³ *Baijiu* ou *Shaojiu* é uma potente bebida alcoólica destilada chinesa. O nome *Baijiu* literalmente significa “licor branco”, “álcool branco” ou “espírito branco”. É uma bebida transparente, destilada do Sorgo, sendo que outros grãos podem ser utilizados. Na aparência o *Baijiu* é parecido à *vodka* russa, ao *shochu* japonês ou ao *soju* coreano, mas seu sabor é distinto e único. O *baijiu* tem, geralmente, entre 40% - 60% de etanol, o que o torna uma bebida potencialmente perigosa. (Fonte Wikipedia).

consumo per capita em nosso país “a cerveja aparece em primeiro lugar, com 54 litros per capita/ano; depois a cachaça, com 12 litros per capita/ano, seguida pelo vinho, com 1,8 litros per capita/ano”. (Galduróz e Caetano, 2004, p. 4) E isso sem contar com a produção ilegal de bebidas alcoólicas, que a Associação Brasileira de Bebidas (ABRABE), em 1984, “estimava que quase metade do consumo de destilados no Brasil era produzida ilegalmente. Hoje em dia esses números não são conhecidos”. (ibid., p. 5)

Mas o que esses indicadores de mercado de bebidas alcoólicas não cessam de apontar, é que:

Nota-se um crescente e imperturbável aumento do consumo de cervejas no país, da ordem de 3 a 5% ao ano com uma produção anual, estimada para 2005, de 9.884 milhões de litros. A cachaça teve, em 2002, uma produção nacional de 1,3 bilhões de litros, dos quais 14,8 milhões de litros foram exportados. Já o consumo de vinho teve, em 2000, uma produção de 2,3 milhões de litros. (ibid., p. 4)

Meloni e Laranjeira (2004) apontam para a mensuração do impacto à saúde relacionado ao consumo do álcool:

Em uma escala coletiva, deve-se explorar duas dimensões correlatas. Uma é a dimensão de exposição, que inclui volume médio de consumo per capita e padrões de consumo. A outra comporta as medidas das conseqüências, incluindo um extenso conjunto de dados de morbi-mortalidade geral e as frações de risco atribuíveis ao álcool. (ibid., p. 8)

E avançando ainda nesse artigo, apontam na direção de índices em que:

O volume médio de consumo é um dos elementos fundamentais para avaliação do risco atribuível ao álcool como fator implicado nas taxas de morbi-mortalidade geral, [...]. De maneira geral, tanto maior o volume médio consumido, mais problemas de saúde ocorrem. (p. 8)

E quando esse cálculo demonstra proporções globais:

Para o cálculo do peso global dos danos relacionados ao consumo do álcool, a OMS caracterizou o padrão de consumo em cada nação do globo terrestre, classificando-as em quatro níveis de risco com variação crescente de 1 a 4, conforme o padrão encontrado. (p. 8)

Observando as escalas mundiais, as conclusões apresentadas são as seguintes:

Os resultados podem ser considerados estratégicos em razão das conclusões as quais é possível se chegar a partir dos mesmos. De uma forma geral, a Europa ocidental possui padrões de consumo de menor risco, evidenciando-se o contrário para a Europa central e o bloco da antiga União Soviética. Grã-Bretanha, China, Austrália, América do Norte e Oriente Médio compõem, juntamente com a Argentina – representante única da América Latina –, um grupo cujo padrão situa-se numa faixa intermediária ou de baixo risco. Para a grande maioria de países remanescentes, entre estes o Brasil, verificou-se a vigência de padrões de consumo com elevado grau de risco (nível 4). Os dados mostram que o padrão de consumo reflete-se nas taxas de morbi-mortalidade atribuível ao consumo do álcool, numa razão diretamente proporcional ao grau de risco associado ao mesmo. (p. 8)

Sendo a epidemiologia “o estudo da distribuição dos estados ou acontecimentos relacionados à saúde de uma dada população” (Galduroz e Caetano, 2004, p. 3), quando traçada a fração de risco atribuível ao álcool em uma escala mundial temos que:

Os resultados do estudo reportado pela OMS mostram que, para a população masculina, 5,6% de todas as mortes que ocorrem no planeta são atribuíveis ao consumo de álcool, e 0,6% das mortes ocorridas entre as mulheres, concluindo-se que o álcool determina 3,2% da mortalidade global. Em 1990, a estimativa foi de 1,5%, tendo havido uma majoração que ultrapassou aquela cifra em mais que o dobro no período de dez anos, indicando, portanto, uma tendência nada auspiciosa. (Meloni e Laranjeira, 2004, p. 9)

E em se tratando de Brasil, estudos recentes traçam um panorama onde os indicadores estatísticos sugerem que “o álcool, certamente, contribui fortemente na etiologia e manutenção de vários problemas sociais, econômicos e de saúde enfrentados em nosso país”. (Galduroz e Caetano, 2004, p. 3) Uma amostra disso relata que:

Os estudos epidemiológicos mais abrangentes do uso de álcool na população geral foram os realizados pelo CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Galduróz et al. (2000) pesquisaram as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo, num total de 2.411 entrevistas, estimando que 6,6% da população estava dependente do álcool. Dois anos depois, a

mesma população foi pesquisada novamente e constatou-se um aumento estatisticamente significativo para 9,4% de dependentes. (ibid., p. 3)

Conclusão: o alcoolismo é responsável por uma parcela significativa dos problemas sociais, econômicos e de saúde, e sua tendência vem demonstrando crescimento acentuado em curtos espaços temporais. Além disso, os lucros financeiros auferidos pela acentuada avidez fazem com que essa demanda seja sempre crescente, com a mídia tendo um papel relevante nesse sentido.

Para compreendermos os signos responsáveis pelas internações de pacientes por motivo de abuso e/ou dependência alcoólica, devemos circunscrever de modo mais minucioso e particular sua interferência no corpo dos sujeitos e os meios propostos para o tratamento do alcoolismo.

O corpo e o álcool mantêm uma história secular, porém, “O alcoolismo não é nem o álcool nem o alcoólatra” (Perrier, 1992, p. 333).

Como nos faz ver esse autor:

O álcool é um significante que tem sua história e suas estórias através dos mitos, das lendas, das tradições, das particularidades etnoculturais, das religiões, dos climas, etc. Ele é suporte de interditos religiosos, bebida sagrada das celebrações ou agente das catarses coletivas. Ele é, além disso, valor econômico internacional, e, da mesma forma, como produto de consumação corrente, um parâmetro de referência em sociologia, em ecologia; tudo isto encoberto por ideologias manifestas ou latentes.

Quanto ao alcoólatra, ele é, sabendo-o ou não, mas sempre para aquele que o observa, o escuta, o procura ou o reconhece, o amanuense de plantão, o representante de um impossível comércio, o figurante desfigurável de tudo o que precede. (ibid., p. 333)

É assim que encontramos a “economia” do alcoolista enquanto uma economia corporal seriamente abalada, desfigurada frente à demanda social que o sustenta e exige, e quando essa desfiguração atinge níveis de atenção, devido à precariedade da condição

do sujeito ante o objeto álcool, faz-se presente a possibilidade da internação psiquiátrica.

Para um sujeito adentrar um hospital psiquiátrico na condição de paciente a partir de um diagnóstico de alcoolismo, é necessário que preencha uma série de requisitos atestando que está comprometido, de modo acentuado, com transtornos de humor, prejuízo corpóreo e carência social.

O projeto de organizar meios de tratamento e combate ao alcoolismo não é contemporâneo, e a proposta de internação de pacientes alcoolistas em hospitais psiquiátricos não é algo que tenha sido sempre usual.

Uma série de tentativas de ordenar o que poderiam vir a compor modos terapêuticos para o tratamento e prevenção do alcoolismo em veiculação civil no Brasil já foi material de ampla divulgação, como nos mostra Matos (2001):

As estratégias de ação nas campanhas eram diversificadas: palestras e conferências, propaganda (cartazes, folhetos etc.), semana antialcoólica, voltadas primordialmente às classes populares, as “mais atingidas pelo mal”, já que os hábitos, o meio e a educação poderiam evitar o aparecimento e a difusão do alcoolismo. (ibid., p. 29)

Igualmente foram tentados os meios econômicos para supressão da ingestão alcoólica:

Para combater o alcoolismo no Brasil, cuja característica é a predominância nas classes pobres, deve-se encarecer progressivamente, mas firmemente, o custo das bebidas e colocá-las dentro em pouco fora das possibilidades de aquisição dos modelos consumidores de poucos recursos. Eis o caminho a seguir. (ibid., p. 31)

Também uma importante e interessante criação de “Ligas” (associações de indivíduos com interesses comuns no intuito de alcançar determinado fim) antialcoólicas:

A luta antialcoólica teve inicialmente como um dos seus centros difusores a Liga Brasileira de Higiene Mental, que em diferentes momentos desencadeou a campanha. Ela se propunha a desempenhar um papel de amparo aos poderes públicos, orientando-os e sugerindo ações e medidas. [...] Tem-se conhecimento da ação empreendida pela Liga Paulista de Higiene Mental (fundada em 1926), Sociedade Paulista de Higiene, Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária, Liga Antialcoólica Dr. Belisário Penna, Sociedade Antialcoólica feminina Dr. Erwin Wolffenbruttel, Liga Militar Antialcoólica, Liga Antialcoólica Operária, Liga Antialcoólica Infantil, Liga Antialcoólica Pelotense, Ligas Antialcoólicas Católicas. O gradativo desaparecimento das Ligas nos anos 30, não deve ser visto como superação de suas propostas, mas evidenciam a concretização de seus objetivos, o que pode ser atestado pela institucionalização de políticas públicas. (ibid., p. 31, n. 21)

Além disso, em conjunto com as questões de comércio, as conexões associativas entre o consumo alcoólico e as mazelas sociais como pobreza, loucura, criminalidade, desemprego e estados da família (problemáticas conjugais e familiares decorrentes do abuso etílico), sempre estiveram entre os fatores desencadeantes das propostas higienistas e disciplinares para o tratamento do alcoolismo.

As estatísticas coincidiam com os fatores álcool x criminalidade x transtornos mentais e clínicos, estando a problemática situada em como propor o melhor lugar para esses doentes. Hermeto Lima, médico do início do século XX, apresenta os dados estatísticos para a cidade do Rio de Janeiro em 1912: “Eram alcoólatras 83% dos indivíduos presos, 80% dos condenados, 67% dos mortos por tuberculose, 62% dos suicidas e 73% dos entrados em hospícios”. (ibid., p. 29)

Sob o prisma de pesquisas recentes, o fenômeno do alcoolismo apenas amplia sua área de atuação, evidenciando as características já marcantes em seu trajeto social:

Distinguidas dos problemas de saúde, as categorias de problemas sociais relacionadas ao álcool incluem: vandalismo; desordem pública; problemas familiares, como conflitos conjugais e divórcio; abuso de menores; problemas interpessoais; problemas financeiros; problemas ocupacionais, que não os de saúde ocupacional; dificuldades educacionais; e custos sociais. Ainda que uma causalidade direta não possa ser estabelecida, o estudo dessas categorias de danos [...] demonstrou que as consequências sociais do uso do álcool colocam esse produto, no mínimo, como um fator adicional ou mediador entre outros que contribuem para a ocorrência de determinado problema, conclusão similar aquela válida para problemas de saúde. (Meloni e Laranjeira, 2004, p. 8)

Interessante observar um estudo recente dos técnicos em Saúde e Segurança Pública que analisaram, no ano de 2006, amostras de sangue de 1073 pessoas que foram assassinadas na cidade de São Paulo. O resultado indicou que em 41% delas foi constatada a presença de álcool no organismo. Túlio Khan, sociólogo responsável pela pesquisa, acredita que o álcool tenha sido ingerido na mesma proporção pelos agressores, “é comprovado cientificamente que bebida e crime andam juntos” (Dimenstein, 2007).

A queda no número de homicídios dolosos no Estado de São Paulo, a partir de 1999, encontra forte referência de critério em que: “parte dessa queda se deve à região metropolitana, onde, em alguns municípios e bairros, antecipou-se o horário de fechamento dos bares” (ibid.).

Frente às estatísticas e constatações dos danos sociais diversos causados pelos sujeitos em estado de embriaguês alcoólica, são adotados desde o fim do século XIX e início do século XX, medidas profiláticas, terapêuticas ou de reclusão com o intuito de debelar a sanha alcoólica. As propostas terapêuticas eram diversas, desde a utilização de soros, acompanhamento psicoterapêutico, isolamento ou todas elas reunidas.

Também a identificação do álcool como droga se fez gerador de campo de infração civil, produzindo assim uma pressão para a elaboração de leis que pudessem dispor sobre o comércio e utilização da substância, além de causa para reclusão do indivíduo em estabelecimento correcional. A aprovação do Decreto nº. 4.294 de 6/7/1921, estabelecia:

Artigo 2º – Apresentar-se publicamente em estado de embriaguez que cause escândalo, desordem ou ponha em risco a segurança própria ou alheia: Pena: multa de 20\$ a 200\$000. O dobro em cada reincidência.

Artigo 3º – Embriagar-se por hábito, de tal modo que por atos inequívocos se torne nocivo ou perigoso a si próprio, a outrem, ou à ordem pública: Pena: internação por três meses a um ano em estabelecimento correcional adequado. (Matos, 2001, p. 32)

Havia também a punição para o cidadão responsável pelo fornecimento da substância “inebriante”, e a pena sofria um acréscimo se o referido fosse dono de casa comercial. O tratamento seria composto de medidas médico-correcionais com regimes de trabalho e intervenção médica adequada.

Todo esse trabalho de ordenação social em relação ao álcool e seus dependentes gerou uma série de polêmicas sobre quais poderiam ser os lugares adequados para o tratamento dessa afecção.

A solução encontrada foi manter o envio dos alcoolistas para locais onde pudessem dispor de acomodações e tratamento – em uma ampla gama de significações à palavra “tratamento” –, pois os centros de atendimento a toxicômanos, em que se incluem alcoolistas, podem sustentar características de cunho ideal terapêutico pelas vias mais diversas: laborais, punitivas, religiosas, psicanalíticas etc.

Enfim, locais para tratamento foram criados, a problemática se mantém no que fazer e como pensar esses sujeitos e sua doença. As internações têm a função de oferecer um **tempo** ao corpo, para que novamente ele possa se sensibilizar; a tentativa via internação é a sustentação de uma abstinência da substância.

A primeira operação lógica e estratégica consiste, então, para o interlocutor, em postular metodologicamente uma possível supressão do uso do álcool: tomado como agente duplo favorecendo uma guerra interminável entre o alcoólatra e ele mesmo, isto a fim de que se depreendam as leis de funcionamento de um conflito, referido à sua economia, sua história e suas predeterminações, sob condição prévia de uma exclusão do terceiro. É preciso então a bandeira branca de uma trégua, que equivale metaforicamente à neutralização do alquimista, para que se negocie, entre dois aliados ocasionais, uma questão sempre inoportuna, porque entediante enquanto interminável (aborrecedora como uma Justine sadiana, sempre alerta e vítima do vício, na sua virtude). É, no nosso entender, a partir deste modelo que nos serve de hipótese de trabalho, que se pode decifrar de outro modo as tradicionais condutas terapêuticas que definem a luta anti-alcoolismo. (Perrier, 1992, p. 338)

O grande equívoco que é o alcoolismo e que interroga incessantemente todo tratamento terapêutico se dá quando o sujeito, supondo apaziguar o que o oprime dando-se o que beber, com essa atitude faz com que o ego caia junto nesse entorpecimento, pagando, portanto, um preço gigantesco com o próprio corpo, pois quando se embebeda, fatalmente perde o controle corporal.

Nesta perspectiva, o recurso à bebida, uma vez que ele é enunciado e assumido, pode ser interpretado, de início, como uma determinação corajosa para *tomar o partido de si mesmo*; a ser aquele que encontraria a arma-instrumento apta a abrir uma brecha num sistema fechado como um *huis clos* solipsista ou kafkiano.

Mas sabe-se que a absorção do filtro de potência e de liberdade não interioriza, de fato, senão um agente de dissolução do Eu. (ibid., p. 336)

Outra característica comum às entidades que se propõem a cuidar desses sujeitos – quanto ao desafio da abstinência – é a proposta de que a privação do objeto alcoólico deve ser associada a uma sustentação narcísica valorizada, grupalmente valorizada, preenchida por uma vaidade ou presunção de que a vitória ante o objeto se constitui em afastá-lo de seu ambiente.

Para tanto, o preço será sustentar uma comunidade de semelhantes, como propõe Charles Melman (1991):

Encontra-se nesse lugar dos ALCOÓLATRAS ANÔNIMOS uma espécie de duplo efeito produzido, por um lado, pela sustentação do narcisismo – reconforta-se por se encontrar numa comunidade com seus semelhantes. Por outro lado, há o aspecto “challenge”, há o aspecto desafio: a partir de agora transforma-se num homem de palavra, há uma mudança de valores que se opera então; o que se torna viril é segurar a barra, é a sobriedade. (p. 115)

Esse sistema foi criado e desenvolvido em meados do século passado nos Estados Unidos da América do Norte e vem arrebanhando seguidores como psicólogos, religiosos, médicos etc., em praticamente todos os continentes. Ao longo de sua existência seus seguidores vêm contribuindo para a expansão e desenvolvimento de “atitudes” que, ou bem seguem à risca os “passos” a serem percorridos por um dependente ou inovam seu sistema (mas sem perder as características originais dos “passos”), adaptando-o ao que supõe terapêutico, sendo praticado nos mais diversos locais: hospitais, escolas, igrejas, estabelecimentos públicos e privados servindo à função social de saúde pública.

Mas o surpreendente é que as tentativas de entrada dos AA’s no hospital, enquanto grupo de suporte, ou mesmo enquanto propaganda de continuidade de manutenção desse “tempo de não-beber”, não se configura como uma ferramenta plenamente eficaz.

A contínua recusa dos pacientes internos em aceitar participar desses grupos nos fez reordenar a proposta de entrada do AA. Hoje, palestrantes designados pelo grupo realizam apresentações sobre o trabalho por eles desenvolvido e fornecem material de divulgação no intuito de proporcionar, aos que assim desejarem, um apoio e direção quando da alta médica do hospital. Interessante notar que os pacientes convidados a

participar desses encontros só o fazem em grupos muito pequenos, muitas vezes se recusando absolutamente à participação.

Qualquer que seja a forma utilizada no intuito de estabelecer algum outro tempo e espaço para o alcoolista que sinta necessidade de se internar devido à sua relação com o álcool, o fato é que estaremos propondo um tempo de descanso e restabelecimento ao corpo, aliado a algum modo *contratual* de que ele deverá se abster desse vínculo para que o espaço faça algum sentido outro. Porém, o que não deve ficar de fora dessa proposta de contrato é a dúvida – eterna – em que se encontra esse outro (médico, psicanalista ou a função que tiver quem quiser ajudá-lo – sempre um problema com as boas intenções) sobre a presença do objeto álcool nesse jogo, ou seja, de que esse objeto estará sempre assombrando essa relação e isto o obrigará (esse interlocutor) a repensar incessantemente a posição que, fatalmente, sentirá como agressão no contrato estabelecido.

Como nos questiona Perrier (1992):

Enfim, todo interlocutor, por acaso, por eleição ou por profissão, não seria posto em posição de agredido pelo que, no procedimento do alcoólatra é ao mesmo tempo busca do outro, apelo a ele e à sua alteridade, e também denegação desta em proveito deste outro desconhecido, “o alquimista” do etanol? (p. 337)

Efetivamente, não estaremos mais inadvertidos perante a armadilha que nos ronda, o que não significa, em hipótese alguma, que não poderemos, e talvez até devamos, nos sujeitar a nela cair.

Voltando às condições necessárias para que um sujeito adentre um hospital psiquiátrico para o tratamento de seu alcoolismo, é fundamental que preencha requisitos de ordem médica-psiquiátrica. Esses requisitos encontram-se atualmente classificados nos dois grandes manuais de transtornos mentais e de comportamento utilizados: o DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual, em sua quarta revisão), criado e utilizado

de modo mais estrito nos EUA, e o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, em sua décima revisão).

Tendo o programa de saúde mental da Organização Mundial de Saúde criado e referenciado globalmente o CID-10, este também se tornou o sistema classificatório adotado oficialmente no Brasil que, como signatário da carta da ONU, tem esse sistema classificatório regendo todas as organizações de saúde mental no país. É a partir de suas diretrizes que observaremos as condições de entrada do alcoolista no hospital psiquiátrico brasileiro.

O CID-10 apresenta em seu capítulo destinado a “Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas” a classificação F10. para os “Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool”, seguido de uma especificidade sobre as condições clínicas apresentadas pelo paciente quando da entrada em ambulatório para avaliação.

“A substância envolvida é indicada por meio do segundo e terceiro caracteres (isto é, os primeiros dois dígitos depois da letra F) e o quarto e quinto caracteres especificam os estados clínicos” (CID. 10, 1993, p. 71).

Para que se observem as *Diretrizes diagnósticas* a identificação da substância psicoativa utilizada pode ser feita “com base em dados fornecidos pelo próprio paciente, análise objetiva de amostras de urina, sangue, etc. ou outra evidência (presença de amostras de drogas em posse do paciente, sinais e sintomas clínicos ou relatos de terceiros)”. (ibid., p. 71) O relato do transtorno deve ser classificado, preferencialmente, de acordo com a substância mais importante (causadora do transtorno) utilizada.

O reconhecimento do estado do paciente se dará após observação de algumas diretrizes diagnósticas:

F1x.0 Intoxicação aguda – A intoxicação aguda está usual e intimamente relacionada aos níveis de doses (ver CID-10,

capítulo XX). Exceções a isto podem ocorrer em indivíduos portadores de certas condições orgânicas subjacentes (p.ex. insuficiência renal ou hepática), nos quais pequenas doses de uma substância podem produzir um efeito intoxicante desproporcionalmente grave. Desinibição decorrente do contexto social deve ser também levada em consideração (p.ex. desinibição do comportamento em festas ou carnavais). A intoxicação aguda é um fenômeno transitório. A intensidade da intoxicação diminui com o tempo e os efeitos finalmente desaparecem na ausência de uso posterior da substância. A recuperação é completa, portanto, exceto quando surgirem lesão tecidual ou complicações. (ibid., p. 72)

Há também, ainda no terreno das intoxicações agudas, “complicações associadas” tais como traumatismo ou outra lesão corporal, *delirium*, distorções perceptivas, coma, convulsões, e especialmente para o uso do álcool:

F1x.07 Intoxicação patológica

Usada somente para álcool. Início abrupto de agressão e freqüentemente comportamento violento que não é típico de indivíduo quando sóbrio, logo após ter ingerido quantidades de álcool que não produziriam intoxicação na maioria das pessoas. (ibid., p. 73)

F1x.1 Uso nocivo – Um padrão de uso de substância psicoativa que está causando dano à saúde. O dano pode ser físico (como nos casos de hepatite decorrente da auto-administração de drogas injetáveis) ou mental (p.ex. episódios de transtorno depressivo secundários devidos a um grande consumo de álcool).

A diretriz diagnóstica para avaliação de “uso nocivo” proporá:

O diagnóstico requer que um dano real deva ter sido causado à saúde física e mental do usuário.

Padrões nocivos de uso são freqüentemente criticados por outras pessoas e estão com freqüência associados a conseqüências sociais diversas de vários tipos. O fato de que um padrão de uso ou uma substância em particular não seja aprovado por outra pessoa, pela cultura ou possa ter levado a conseqüências socialmente negativas, tais como prisão ou brigas conjugais, não é por si mesmo evidência de uso nocivo.

A intoxicação aguda (ver F1x.0) ou a “ressaca” não é por si mesma evidência suficiente do dano à saúde requerido para codificar uso nocivo. (ibid., p. 74)

F1x.2 Síndrome de dependência – Um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância ou uma classe de substâncias alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham maior valor. Uma característica descritiva central da síndrome de dependência é o desejo (freqüentemente forte, algumas vezes irresistível) de consumir drogas psicoativas (as quais podem ou não terem sido medicamente prescritas), álcool ou tabaco. Pode haver evidência que o retorno ao uso da substância após um período de abstinência leva a um reaparecimento mais rápido de outros aspectos de síndrome do que o que ocorre com indivíduos não dependentes. (ibid., p. 74)

As diretrizes diagnósticas que evidenciam a síndrome de abstinência são as seguintes:

Um diagnóstico definitivo de dependência deve usualmente ser feito somente se três ou mais dos seguintes requisitos tenham sido experienciados ou exibidos em algum momento durante o ano anterior:

- (a) um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
- (b) dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término ou níveis de consumo;
- (c) um estado de abstinência fisiológico (ver F1x.3 e F1x.4) quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: a síndrome de abstinência característica para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- (d) evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas (exemplos claros disto são encontrados em indivíduos dependentes de álcool e opiáceos, que podem tomar doses diárias suficientes para incapacitar ou matar usuários não tolerantes);
- (e) abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para obter ou tomar a substância ou para se recuperar de seus efeitos;
- (f) persistência no uso da substância, a despeito de evidências claras de consequências manifestamente nocivas, tais como dano ao fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estados de humor depressivos consequentes a períodos de consumo excessivo da substância ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado à droga; deve-se fazer esforços para determinar se o usuário estava realmente (ou se poderia esperar que estivesse) consciente da natureza e extensão do dano.

Estreitamento do repertório pessoal de padrões de uso de substância psicoativa também tem sido descrito como um aspecto característico (p.ex. uma tendência a tomar bebidas alcoólicas da mesma forma em dias úteis e fins de semana, a despeito de restrições sociais que determinam o comportamento adequado de beber). (ibid., p. 75)

Uma característica essencial da síndrome de dependência é que tanto a ingestão da substância quanto o desejo de ingeri-la devem estar presentes, sendo que a consciência subjetiva dessa compulsão é mais claramente observada na tentativa de estancar ou controlar o uso da mesma.

Além desses requisitos, a síndrome de dependência ainda pode ser especificada pelas seguintes precisões: abstinente, abstinente porém em ambiente protegido (hospital, comunidade terapêutica, prisão etc.), atualmente usando a substância, uso contínuo, uso episódico (dipsomania).

F1x.3 Estado de abstinência – Um conjunto de sintomas, de agrupamento e gravidade variáveis, ocorrendo em abstinência absoluta ou relativa de uma substância, após uso repetido e usualmente prolongado e/ou uso de altas doses daquela substância. (ibid., p. 76)

A diretriz diagnóstica do estado de abstinência é também um dos indicadores da síndrome de dependência, em que esse diagnóstico deve também ser considerado, porém, o “estado de abstinência deve ser codificado como diagnóstico principal, se é a razão para o encaminhamento e grave o suficiente para requerer atenção médica por si só” (ibid., p. 77).

É possível observar uma variação entre os sintomas físicos de acordo com cada substância que vinha sendo utilizada, mas devem ser observados também os aspectos comuns da abstinência, ou seja, perturbações psicológicas como ansiedade, depressão e transtornos de sono, bem como a referência dada pelos pacientes de que esses sintomas são atenuados pelo uso posterior da substância.

F1x.4 – Estado de abstinência com *delirium* – Uma condição na qual o estado de abstinência é complicado por *delirium*.

Delirium Tremens induzido por álcool deve ser codificado aqui. *Delirium tremens* é um estado toxiconfusional breve, mas ocasionalmente com risco de vida, que se acompanha de perturbações somáticas. É usualmente uma consequência de abstinência absoluta ou relativa de álcool em usuários gravemente dependentes, com uma longa história de uso. O início usualmente ocorre após abstinência de álcool. Em alguns casos, o transtorno aparece durante um episódio de consumo excessivo de bebidas alcoólicas, em cujo caso ele deve ser codificado aqui.

Os sintomas prodrômicos tipicamente incluem insônia, tremores e medo. O início pode também ser precedido por convulsões por abstinência. A clássica tríade de sintomas inclui obnubilação de consciência e confusão, alucinações e ilusões vívidas afetando qualquer modalidade sensorial e tremor marcante. Delírios, agitação, insônia ou inversão do ciclo do sono e hiperatividade autonômica estão também usualmente presentes. (ibid., p. 77-78)

F1x.5 – Transtorno psicótico – Um conjunto de fenômenos psicóticos que ocorrem durante ou imediatamente após o uso de substâncias psicoativas e que são caracterizados por alucinações vívidas (tipicamente auditivas, porém freqüentemente em mais uma modalidade sensorial), falsos reconhecimentos, delírios e/ou idéias de referência (freqüentemente de natureza paranóide ou persecutória), transtornos psicomotores (excitação ou estupor) e afeto anormal, o qual pode variar de medo intenso à êxtase. O sensorio está usualmente claro, mas algum grau de obnubilação de consciência, ainda que não confusão grave, pode estar presente. O transtorno tipicamente se resolve, pelo menos parcialmente, dentro de 1 mês e completamente dentro de 6 meses. (ibid., p. 78)

Junto às diretrizes diagnósticas deve-se incluir: alucinose alcoólica, ciúme alcoólico, paranóia alcoólica e psicose alcoólica.

F1x.6 – Síndrome amnésica – Uma síndrome associada a um comprometimento crônico e proeminente da memória recente; a memória remota está às vezes comprometida, enquanto que a imediata está preservada. Perturbações da orientação temporal e cronológica de eventos são usualmente evidentes, assim como dificuldades em aprender material novo. Confabulação pode ser marcante, mas não está invariavelmente presente. Outras funções cognitivas estão em geral relativamente bem preservadas e os defeitos amnésicos são desproporcionais em relação a outras perturbações. (ibid., p. 80)

As observações para compreensão das diretrizes diagnósticas são:

- a) comprometimento de memória como exibido em comprometimento de memória recente (aprendizagem de material novo); perturbações do sentido de tempo (rearranjos da sequência cronológica, superposição de eventos repetidos em um só etc.);
- b) ausência de defeito da memória imediata, de comprometimento de consciência e de comprometimento cognitivo generalizado;
- c) história ou evidência objetiva de uso crônico (e particularmente altas doses) de álcool ou drogas. (ibid., p. 80)

Inclui-se aqui as diretrizes diagnósticas “psicose” ou “síndrome de Korsakov” induzida por álcool ou outra substância.

F1x.7 – Transtorno psicótico residual de início tardio – Um transtorno no qual alterações de cognição, afeto, personalidade ou comportamento induzidas por álcool ou outra substância psicoativa persistem além do período durante o qual um efeito direto da substância psicoativa pode ser razoavelmente considerado como operante. (ibid., p. 81)

As diretrizes diagnósticas para esse transtorno exigem que o mesmo esteja relacionado diretamente ao uso do álcool ou substância psicoativa, e que para ser codificado aqui somente quando houver “evidência clara e forte de que o estado é atribuível ao efeito residual da substância”. (ibid., p. 81)

Também é necessário observar o período de tempo em que os efeitos da substância possam ser considerados operantes, para demarcar uma diferença entre esse transtorno e a “intoxicação aguda” (F1x.0), pois “demência induzida por álcool ou substância psicoativa não é sempre irreversível; depois de um período longo de abstinência total, funções intelectuais e memória podem melhorar” (ibid., p. 81).

Além disso, o transtorno deve ser distinguido de condições relacionadas à abstinência. Haverá também a possibilidade de subdivisão diagnóstica utilizando-se os seguintes descritivos complementares: *Flashbacks* (revivescências), transtorno de personalidade ou de comportamento, transtorno afetivo residual, demência, outro comprometimento cognitivo persistente ou transtorno psicótico de início tardio.

F1x.8 – Outros transtornos mentais e de comportamento –
Codifique aqui qualquer outro transtorno no qual o uso de uma substância pode ser identificado como contribuindo diretamente para a condição, porém o qual não preenche os critérios para inclusão em qualquer um dos transtornos acima. (ibid., p. 82)

F1x.9 – Transtorno mental e de comportamento não especificado. (ibid., p. 82)

Como descrito nesse “bloco” do CID–10, os transtornos aqui descritos vão de uma intoxicação não-complicada até transtornos psicóticos e demências relacionadas ao álcool e outras substâncias. Para que uma internação psiquiátrica se efetive, é necessária a contemplação de algum desses itens, bem como um pedido do paciente ou, quando impossibilitado dessa anuência, que alguém se responsabilize (geralmente algum familiar) pela internação.

W. Chega ao Hospital contemplando os critérios de “uso nocivo” e “síndrome de dependência” nos “Transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas” em relação à “dependência alcoólica”.

O caso clínico – Transferência e contratransferência

Primeira sessão

W. tem 43 anos e está internado há três meses no hospital. Chamo-o para conversar sobre sua situação, como se sente, o que pensa do tempo em que já está internado e o que propõe para a continuidade de nossas direções terapêuticas para seu caso.

— *Minhas internações começaram no ano de 2000, tive muitas, não lembro quantas, em períodos muito curtos, e que foram se encurtando. Sinto como se os tratamentos fossem paliativos. Fui tendo convulsões, e acredito que elas estavam se vinculando com a bebida.*

W. apresenta um histórico de convulsões desde os seis anos, mas que manteve sob breve tratamento medicamentoso com rápida supressão dos sintomas convulsivos.

A história da bebida

— *Eu era um toxicômano, usava maconha constantemente, mas também bebia, não era como agora, como o ponto em que cheguei, a maconha eu consegui largar, mas acho que tudo isto tinha uma relação com a relação que tive com meu padrasto.*

Comecei a andar com maus elementos, fugi de casa, voltei... Minha frustração maior é isso, eu luto, luto, luto, e por causa de coisas banais acabo voltando. Ando em estado de alerta, com medo de ter convulsão, acordar e não lembrar de nada e ter outro ataque.

Meu padrasto era alcoólatra, me vinguei de muita coisa sendo um alcoólatra. Fiquei obcecado por isso, a tal ponto que estudei como é o procedimento, o ambiente, tudo, estudei como ser um viciado!

Trabalhei como livreiro, dava para ler muito, tinha acesso a muitos livros, e no conceito de vício aprendi tudo.

*Eu queria me desvencilhar dele, me desvencilhar do meu padrasto, ele só me dava bronca, o único diálogo era sobre as coisas que eu tinha que fazer para ele, e tomar bronca quando não fazia. Eu era o homem da casa, a casa era em um declive, tive que aterrar a casa, tinha até o apelido de **popó**, pois eu vivia empurrando carrinho-de-mão cheio de terra para aterrar a casa, para compensar o declive.*

Meu pai sofria de nefrite,⁴ chegou a fazer hemodiálise, mas, infelizmente, a medicina não tinha recursos para ele. Ele morreu na mesa de operações, eu tinha quatro anos, mas minha mãe nunca me explicou melhor do que isso a morte dele, nunca entendi o porquê ele morreu.

Minha mãe era batalhadora, criou dez filhos, mas eu dei errado. Estive preso, foi uma injustiça, por causa da maconha fiquei uns meses preso, era pra uso próprio, mas como carregava muita quantidade quando me flagraram, me taxaram como traficante. Uma injustiça.

A bebida mesmo só começou a influenciar depois, acho que depois de muitas frustrações, frustrações no trabalho. Eu lecionava pelo Estado, e também pela prefeitura, mas isto significava um acúmulo de cargos, eu precisava preencher uma burocracia chamada CPAC, uma papelada que me permitiria manter esse duplo vínculo, mas eles não permitiram. Eu trabalhava na maior favela de São Paulo,

⁴ Inflamação dos rins.

trabalhava na periferia, em Mauá, meu ideal era ser uma pessoa normal, mas, mais ainda, eu queria levar as pessoas que estavam no mal caminho para algo melhor.

Tive tudo para ser um marginal e me tornei um alcoólatra.

*Quando vou ao bar saio com o título de **professor**, a gente só é reconhecido como o que se é quando se está na pior. Minhas qualificações só são reconhecidas no bar. Sabe, a impressão que tenho é que têm umas duzentas pessoas torcendo para eu encher a cara. Mesmo quando me internava aqui no hospital eu mal passava pelos grupos, eu ficava com muita vergonha. Eu procuro me recuperar, mas sempre sofro com a recuperação, sinto como se estivesse sendo vigiado, jogado no fundo do poço.*

*Tem um negócio que chamam **ego** e o **ego** deles não permite que andem comigo. Minha leitura é taxada de subversiva, então virei um grande solitário, mas é uma solidão imposta, eu não escolhi. Gosto de lecionar, interpretar os livros, mas com um copo na mão não adianta. Fico envergonhado quando venho aqui, há alguns anos não me considerava mais **gente**.*

Mesmo sendo um bêbado tento conservar minha vida, só isso, não posso ficar em silêncio o resto da vida.

Segunda sessão

— *Tô na luta apesar dos entraves.* É assim que W. inicia sua sessão. Os entraves – me explica – são os problemas familiares. Peço que amplie o que quer dizer a partir disso.

— *“Não me dou bem com nenhuma das duas famílias. Em relação à primeira, a história é assim: eu optei em casar, era jovem, trabalhava em pesquisa, gostava de conhecer as trilhas, os terrenos; os lugares onde viajava eram explorados por mim, então, na década de noventa, fim dos anos oitenta, fiz uma viagem para o Vale do Ribeira; tem uma cidadezinha lá chamada Iporanga, lá eu conheci um rapaz com o qual fiz amizade, e foi ele que me apresentou a mulher. Ela era doméstica, tivemos um relacionamento e ela ficou grávida, eu resolvi assumir a criança. A pobreza era geral no Vale do Ribeira, e eu não possuía defeitos profissionais, podia dar uma vida boa para nós, e foi em 1991 que minha filha nasceu em 19 de dezembro. Acho que nas cidades do interior tem esse conceito de que quem é de São Paulo é um partidão, mas eu nunca fui um partidão.*

Chamou minha atenção o desvio abrupto e confuso que toma, a partir daí, para continuar explicando sua primeira família, mas depois observo que sua narrativa mantém, simbolicamente, uma conexão sintomática importante.

Ele continua: — *O gatilho do álcool estava dentro de casa, meu padrasto sempre chegava bêbado. As minhas palavras ela não entendia (a esposa) eu tinha a faca e o queijo na mão para estar rico, mas havia interferência. Aí construí uma casinha em São Paulo, para que ficássemos juntos, construí no terreno de minha mãe, construí lá porque eu era primogênito e herdeiro do primeiro casamento de minha mãe.*

*No meu trabalho na prefeitura eu não aceitava as falcatruas que se faziam, e me sentia reprimido em casa; queria falar com alguém sobre como as coisas que aconteciam no trabalho me afetavam, mas ela não conseguia me ouvir, só sei que ia ficando deprimido por estar tão sozinho. Claro que aí eu já tinha começado a beber, era muito deprimido sabe, cresci num contexto familiar onde não havia diálogo, só tarefas, que se não fossem feitas eu era agredido por meu padrasto. Mas tudo bem, são coisas que **não** relevo, por que eu aprontava mesmo.*

Peço uma pausa e pergunto se percebeu o que havia dito, ou seja, na intenção narrativa de dizer que releva, desculpa, o que lhe foi feito desde sua infância por seu padrasto, diz justamente o contrário.

— Eu me embalo nas conversas, fico constrangido de falar tanto e nós não chegar-mos em conclusão nenhuma... não criticando, pois o tratamento aqui é ótimo, aliás, vocês estão de parabéns, mas o problema é que quando eu volto pra cá eu volto pior.

Insisto para que pense em seu ato de fala, e como poderia nos explicar por que diz que não **relevo**, que não **perdoa** o que lhe aconteceu, bem como quais seriam as consequências para si de tal conduta.

— Tem formas de magoar e a aversão é pior do que cometer um ato. Consegui sair das drogas e o álcool me pegou, engraçado, estudei muito sobre o álcool e os vícios, achei que isso me daria controle sobre as drogas. Mas ainda lhe respondendo, eu optei pela honestidade, está na minha índole, tentaram me pegar, não conseguiram, pois quando trabalhava na prefeitura meu almoxarifado sempre esteve certo, o percentual de erro estava dentro do aceitável, nunca tive problemas, mas eles queriam me pegar, acho que para abafar outros almoxarifados, não sei, mas sempre estive com tudo certo. O problema sempre foi a falta de conversa, se eu tivesse com quem

conversar não acho que teria recaído, não acho que teria voltado para cá desta vez, mas sei que não estou bem ainda, não estou preparado para sair. Tenho crises de depressão.

— Me explique como entende isso que chama de depressão.

— *Depressão é ter alguns sonhos para realizar e você não conseguir iniciar, pelo contrário, quanto mais passa o tempo mais o sonho fica distante, isso vai dando uma frustração que me leva à bebida, começo a fazer julgamentos, começo a analisar a situação, mas quando percebo já está tudo errado, pois já estou bêbado. Tenho que saber cuidar das minhas coisas, ainda tenho posições de adolescente, como se os outros tivessem que resolver minhas coisas; fico pensando em tudo isso e fico deprimido, tomo **chocolatada, chibatada**, e minha mãe nem liga para mim, aliás ela ligou, não veio me visitar, mas ligou para dizer que umas camisas que eu havia deixado de molho apodreceram.*

*Ela conseguiu sobreviver, casou com meu padrasto que me **obriga** a chamar de pai, ele tinha muitos problemas, era muambeiro, briguento, bebedor. Ele não entende que eu passo maus bocados, eles estão me cobrando a perfeição que eu não tenho.*

Fico surpreso com o relato, a agitação mental é evidente; estes são os ecos que reverberam incessantemente durante seu período abstinente no hospital. Também me surpreende escutar a queixa de dívida para com esses outros que lhe cobram perfeição, uma perfeição que não possui, um Ideal de Eu prejudicado. Faço um comentário sobre o quanto ele é duro consigo...

— *Eu agora tenho com quem falar, antes não havia ninguém.*

Mas o que o impedia de procurar outros serviços que pudessem auxiliá-lo justamente nesse sentido, ou seja, o que o impedia de procurar pessoas que pudessem escutá-lo?

*Eu fui à **dianética**,⁵ freqüentei a acupuntura, fiz aulas de desenho, mas nunca consegui conversar com as pessoas, acho que é o modo delas levarem a conversa, aqui parece que tem algo diferente, não tenho vontade de beber, vou até o ateliê e faço minhas obras, passo o tempo assim, vocês me ajudam muito com nossas conversas, tem também a psiquiatra... Não tenho vontade de beber quando estou aqui. Mas sei que assim que sair tenho que voltar à escola, ocupar meu tempo, utilizar meu tempo, ter outros diplomas. Não estou produzindo nada. Na prefeitura não consigo fazer nada, vejo as coisas erradas vou falar e não posso. Pensei que na verdade o que eu quero é consertar o mundo e não tenho força para isso. Quero consertar minha família, mas não tenho jeito; já cheguei a fugir de casa duas vezes, fugi pelos conflitos que tinha com o meu padrasto, ele jogava dominó e ia bebendo, quando chegava em casa escolhia um **pra loco** e esse — que era eu — apanhava. Ele era muito rígido, tinha que cortar o cabelo à moda dos EUA, corte de réco.⁶*

Nesta internação não participo do clubinho⁷, eu não consigo consertar o outro e nem consigo consertar eu mesmo. Minha fortuna não é a do dinheiro, é a do intelecto, e eu não tenho medo de nenhum desafio de intelecto.

Então eu proponho um desafio. Será? Será que você encara qualquer um? Veremos onde poderá encontrar esse desafio.

— *Doutor, isto aqui é um privilégio de Deus!*

⁵ W. já me havia explicado anteriormente que a “dianética” é um grupo de estudiosos que se reúne e oferece seus conhecimentos para reuniões e diálogos entre seus participantes. A proposta é de uma terapia calcada na conscientização dos **erros** do sujeito e, a partir daí, uma mudança efetiva em suas vidas.

A “Dianética” se auto-intitula uma igreja e uma religião; em 1950, Lafayette Ronald Hubbard publicou *Dianetics: The modern science of mental health*. Esse livro é a bíblia da Cientologia, e nessa obra Hubbard diz ao leitor que a Dianética “contém uma técnica terapêutica com que podemos tratar todas as doenças mentais inorgânicas e orgânicas psicossomáticas, com garantia de completa cura”. (fonte Gogle).

⁶ Corte de cabelo feito com máquina, utilizado pelo exército quando da admissão do sujeito a recruta.

⁷ O “clubinho” é uma prática já conhecida no hospital (e que imagino presente em outros centros de tratamento) onde muitos pacientes ficam conversando em roda, de modo às vezes furtivo — ao menos dos funcionários do hospital — sobre como e de que modo continuarão a utilizar as substâncias que invariavelmente os trouxeram para cá.

E de modo intrigante me vejo irritado, como se toda nossa conversa houvesse caído por terra. Ante esse comentário, digo-lhe que isto aqui não é um privilégio divino, ao menos que não é só, e que desse âmbito nada tenho a dizer, mas que precisava então lhe contar como foi que **ele**, paciente, conseguiu um privilégio comigo.

Durante muitos grupos realizados percebia a presença pouco dedicada de W. nos encontros. Imaginava achar que ele estivesse atento, escutando, mas sem se manifestar, não dizendo uma palavra, não tecendo qualquer comentário. Certo dia, em um grupo, ele começou a falar e a relatar suas experiências familiares, falando também de seu desejo de encontrar interlocutores; senti-me atraído por sua fala, pensei o quanto ele poderia se beneficiar de um atendimento individual.

Digo-lhe que espero que saiba que escolho poucos para este atendimento, pois sou muito ocupado com outras tarefas e este tempo é dedicado aos que realmente me tocam de modo especial.

Durante o tempo que falei, me escutou com um olhar surpreso e um misto de alegria e vergonha. Ao término de minha fala fico observando sua reação e me sinto estranho. W. fica parado, como que aturdido, em alguns segundos acorda desse estado de torpor e agradece minha sinceridade. Não sei o que pensar.⁸ Encerro esse encontro ali e proponho que pense sobre tudo isso.

⁸ Mais tarde, escrevendo sobre essa sessão, percebo que esse momento me fez refletir sobre uma passagem em que Freud (1930), em “O mal-estar na civilização” escreve: “O destino é encarado como um substituto do agente parental. Se um homem é desafortunado, isso significa que não é mais amado por esse poder supremo, e, ameaçado por essa falta de amor, mais uma vez se curva ao representante paterno em seu superego, representante que, em seus dias de boa sorte estava pronto a desprezar” (p. 130). Minha aposta é de que eu conseguisse uma aliança com seu ego, reduzindo a influência da instância superegógica na fuga pela idéia de uma intervenção divina e conduzindo a mim essa aliança, mas o que entendo na observação de Freud é justamente o risco de que isso não ocorra, o desprezo podendo mais uma vez se manifestar quando proposto à boa sorte do terapeuta ter lhe escolhido, o que parece se manifestar em sua frase final: “Desculpe por qualquer coisa”. Por enquanto só posso observar a continuidade disto nos próximos atendimentos.

Ao acompanhá-lo até a porta me despeço e novamente sou pego de surpresa por minha irritação; ele me estende a mão em cumprimento, num gesto rápido, um obrigado e um “**desculpe por qualquer coisa**”.

A sensação foi de que o sintoma de se sentir cobrado à perfeição está completamente presente, em seus atos e em seus encontros; a transferência fica marcada por esta letra.

Terceira sessão

Começo a sessão decidido a retomar o “desculpe por qualquer coisa”. Pergunto-lhe, portanto, como foi que sentiu nossa última sessão.

— *Foi uma sessão muito boa porque fomos espontâneos! Uma palavra errada pode transtornar a conversa.*

— E por que, então, você me pediu desculpas quando o deixei na porta da ala para subir?

— *É meu modo de falar, se eu acho que ocupei demais do seu tempo, isso é devido à falta de diálogo com as pessoas.*

— Estou lhe perguntando sobre o pedido de desculpas, o que foi que aconteceu? Por que você teve de me pedir desculpas?

— *Ficou parecendo que eu tinha que me agitar mais, movimentar mais, deixar fora o álcool e pegar outra coisa, ficou nítido que eu agarro o infrutífero e viro – de novo – o coitadinho, aquilo que eu disse (o pedido de desculpas) não passa do meu modo adolescente que não consegue virar adulto.*

— E por que você me pediu desculpas?

— *Porque achei que tomei seu tempo.*

— E quem te disse isso?

— *Eu imaginei.*

— Então é por isso que você não dialoga?

— *O problema é que faço questão de frisar que eu sempre estou embriagado, daí não entendo porque é que eu tenho ataques epiléticos quando não bebo.*

— Porque você está sempre embriagado.

Nesse instante W. me olha com estranheza, com um sorriso de canto de boca – como quem não entendeu muito bem – e silencioso.

Em seguida retoma a conversa:

— *Eu não sou uma pessoa maldosa nem vingativa.*

— É sim, especialmente com você.

(Firmando a voz, com elevação de seu tom): — *Eu não quero viver em um mundo de conflitos, eu **sou** um conflito!*

— É justamente isto que estou lhe dizendo, é assim que você se vinga e prejudica a si mesmo.

(Mais alterado em sua voz e postura): — *Você não percebe que já mudei minhas atitudes? Eu estou mais falante!*

(De modo questionador, quase inquisidor contínuo): — Isso é aqui dentro, e lá fora, como será?

(Já retomando o tom de voz calmo, com o olhar de submissão que lhe é característico): — *Gosto de pintar, quando aparecer o conflito vou pintar.*

— Me diga, quanto você ganha por mês?

— *Eu deveria ganhar...*

— Perguntei quanto você ganha não quanto deveria, líquido, quanto?

— *Esse mês veio uns R\$500, 00, no mês passado foram R\$700,00.*

— E o que você acha disto?

— *Ridículo (e ri).*

— *Sou formado em hotelaria, deveria poder ganhar mais, uns R\$2.500,00, aí estaria melhor, poderia viver de modo mais digno. Eu sei que agora eu já estou melhor, nossas conversas têm me ajudado muito.*

— E qual é sua opinião sobre minha pessoa?

— *Em relação a você, eu escutava muito do que o pessoal dizia a seu respeito, que você fala muito, dá ordens, não dá atenção individual para todos, mas eu não vejo assim, sempre entendi sua situação, você é coordenador aqui, tem suas obrigações, apresenta as psicólogas e o tratamento para nós, o pessoal dos estágios...*

— E você nunca me viu de forma ruim

— *Não.*

(Não entendo bem, mas fiquei decepcionado, como se esperasse que ele pudesse dizer sobre meu lado ruim, meu lado que não o agradaria, o que incomodaria em minha pessoa).

— Gostaria de voltar à desculpa. Então, por que será que você me pediu desculpas naquele momento?

— *O senhor sabe sobre o meu problema, o senhor estudou para isso...*

— Como você acha que eu posso saber mais do seu problema do que você mesmo? Acho que você, com esse pedido de desculpas, me jogou em uma vala comum.

— *Não, eu gostei da conversa. Eu é que estou ressuscitando, eu é que estou saindo de uma vala comum; para mim, Maquiavel é o pai da geopolítica, meus livros são subversivos, Paulo Freire, Antônio Calado, Gabriel García Márquez, Fernando de Moraes, esses não são subversivos.*

— Qual é a sua subversão?

— *Procurar me atualizar, não me distanciar da cultura, me apresentar melhor aos que não tem acesso a ela. Senão caímos na lei de Newton, “todo corpo tende a ficar parado até que uma força aja sobre ele”. Estou tentando me expressar, estou pintando, desenhei Freud, vou mostrar para o senhor, tenho uma guerra para travar, mas quero fazer isso em paz.*

Lembro de um ditado de um imperador Romano que dizia: “Se quer a paz, prepare-se para a guerra”. (Ditado creditado tanto a Cícero quanto a Ápio Cláudio, o cego).

— *“Duco, non duco”, conduzo, não sou conduzido. Essa é uma forma de ganhar a guerra, mas tenho que tomar cuidado, pois não posso fazer fontes imaginárias. A guerrilha no Brasil foi um sonho, pois ela não estava preparada nem técnica nem eticamente, além de que foi ludibriada pelos falsos guerrilheiros, espiões infiltrados, os X-9.*

— Como você espera que sua guerrilha, seu ato subversivo possa chegar ao poder?

— *Já andei pensando nisso... Será que não podemos continuar nos encontrando quando eu sair de alta? O senhor marca na sua agenda, eu penso no meu tempo e consigo uma dispensa da prefeitura para me tratar nesse período, uma vez por semana talvez?*

(Não posso dizer que não fiquei surpreso, não esperava que esse tipo de proposta pudesse partir dele, ao contrário, sempre imaginei que isso seria oferecido por mim, com poucas chances de acordo... acho que devo também parar de imaginar).

— *Ela não será uma subversão bélica, mas intelectual, mudar a linha de raciocínio através do intelecto, estou me lembrando de Graciliano Ramos, “Memórias*

do cárcere”. A solidão, ela é triste, assim como me tornei um alcoólatra poderia ter me tornado outra coisa, será que posso me tornar outra coisa?

Quarta sessão

Estou ansioso por saber qual a posição da psiquiatria em relação ao pedido de licença para W. Chamo-o pela manhã e ele me conta que a médica ainda não conversou com ele, mas seu irmão o visitou no fim de semana e concorda em levá-lo de licença. A partir daí iniciamos este encontro.

— *Eu evitava conversar com algumas pessoas da família e ele (o irmão que o visitou no hospital no fim de semana) era um deles. Minha mãe é uma rainha para mim, no modo psicológico, como ela conseguiu me tratar... **Ela me trata como você me trata**, quando precisa dialogar, dialoga, quando precisa de uma **coerção**, desculpa, correção...*

— Por favor, volte à palavra que você arrumou.

— *Sabe o que é, são todos descendentes de nordestinos, e por isso são assim meio marrudos; quando era necessário, minha mãe também sabia dar uma dura.*

— Conte mais sobre sua ascendência.

— *Meus pais são filhos de portugueses, da parte de meu pai da Ilha da Madeira, de parte de minha mãe, de Lisboa, tanto que o Aleluia em meu sobrenome significa uma árvore que cresce muito na região da Madeira.*

Filho de meu pai só eu, que sou o primogênito, e mais uma irmã e um irmão — esse que veio me visitar —, os outros são filhos do meu padrasto — são mais sete filhos —, quando penso em família penso em como é que se pode pensar em ter uma

família pura, acho que não tem jeito, as famílias são miscigenadas mesmo, mas minha irmã acha que dentro da nossa família é como se já nascêssemos com a vida pré-determinada.

*Não sei o que pensar sobre isso, foi minha irmã que me conduziu à **dianética**, foi num bate-papo, ela quis meu bem e na **dianética** explicaram que por meio de algumas técnicas eu poderia me curar do alcoolismo. Meu interesse era a cura. Foi uma época difícil, eu estava me desquitando, mas a **dianética** não pôde me ajudar, eu sabia dos erros, mas não mudava, e aí voltei à bebida.*

Digo-lhe que pensei sobre a condição financeira em que se encontra e será muito importante voltar a trabalhar no ramo hoteleiro, pois isso pode significar um acréscimo financeiro às suas [parcas] rendas.

— *Eu penso em voltar a trabalhar, quando trabalhei no hotel R. foi muito bom, era um período eclético, eu tinha contato com médicos, engenheiros, doutores, eu podia conversar com eles; o que nos diferenciava era o dinheiro.*

— Acredito que não só o modo como você se coloca como um pobre da aldeia (em referência às aldeias portuguesas) o deixa muito diferente dos outros; acho interessante como com os inferiores você se sente superior [quer dar aulas para os mais necessitados] e com os superiores você se rebaixa.

— *Minha região é pobre, muito pobre, a marginalidade é muito alta.*

— A região pobre é seu corpo; já a marginalidade é a bebida.

Quinta sessão

A equipe terapêutica que acompanha W. e que se compõe de uma psiquiatra, uma terapeuta ocupacional e por mim, a partir de uma demanda do próprio paciente

acredita que uma “licença” ⁹ pode ser importante para ele. Mas isto se mostrou mais complicado do que aparentava. Seus familiares não conseguiram se organizar; marcaram alguns dias para virem conversar comigo, mas sempre desmarcavam na última hora. Cheguei a ir ao hospital nesse sábado, dia possível para que sua irmã e irmão me encontrassem para conversarmos, mas eles não compareceram. É assim que W. começa seu atendimento:

— *Conversei com meus familiares ontem por telefone, mas eles acham que eu estou manipulando vocês, estou forçando vocês a me concederem esta licença.*

— Mas que poder você tem, hem?

— *Poder que eu não quero, não funciono assim, até por que não vou aceitar ser vigiado como uma criança. Ontem também falei com a F., ela trabalha na prefeitura e me incentiva a ir para um CAPS ¹⁰, eu fui durante um tempo, mas depois recai, ela quis saber o que foi que aconteceu antes de eu vir para cá. Eu já estou forte, não é qualquer um que assimila a força que vocês estão me dando.*

— E o que é isso?

— *Isso é você colaborar com aquilo que estão te oferecendo, ter credibilidade, acreditar que vai ser possível sobreviver lá fora; eu acho isso, mas só posso comprovar lá fora. Eu sinto hoje que estava fazendo castelos de areia aqui, castelos que eram levados facilmente, tô me sentindo valorizado; por incrível que pareça, vocês conseguem resgatar alguém que estava fora da sociedade.*

— Então estar aqui é estar fora da sociedade?

⁹ A “licença” é concedida nos fins de semana, geralmente de sexta-feira a domingo, e tem a intenção de servir como bússola ao tratamento medicamentoso, comportamental e familiar do paciente desde sua internação. Devem ser observados o comportamento, a ingestão medicamentosa e o relacionamento com seus familiares. Além de servir para “arejar” o sujeito do ambiente hospitalar, muitos pacientes se servem dela para resolver pendências das mais diversas que, com sua internação, ficaram em aberto. Há algum tempo o hospital permite as licenças somente para psicóticos e neuróticos graves; alcoolistas e toxicômanos são proibidos, visto os transtornos que causam nas mesmas e em sequência, transtornos com seus convênios de origem. Mas, como toda regra possui exceções, uma foi aberta para W.

¹⁰ CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial, quando associado à sigla AD faz referência ao tratamento especializado em álcool e drogas.

— Não, aqui é parte, parte dela, mas o problema maior é que quando estou aqui eu me rebaixo, me menosprezo, não tenho valor. Quem vai falar do W. que desenha? Quem vai falar do W. que produziu todo um sistema de controle de almoxarifado e que com isso conseguiram entender o “escândalo das arruelas” na prefeitura? Sou um anônimo, eu sempre quis ser tratado como sou.

— E o que significa isso?

— Ser tratado como uma pessoa boa, tratado com dignidade, o W. pai de família, que a pinga destruiu, mas mesmo assim eu tive família, eu tenho uma filha. Eu sou tudo isso, mas sou um bêbado também, tudo bem, eu aceito, é uma verdade. Meu problema é que sou um F.10, não dá para correr dele, o F.10 é o que atrapalha minha vida, toda vez que alguém comete um erro, ou mesmo quando vou orientar alguém sobre algo, todo momento em que devo ficar em evidência, o F.10 vem à tona.

— E esta evidência surge a partir de quem?

— Das pessoas, dos outros, de quem trabalha comigo. Um exemplo: me deram um setor para trabalhar, sabe o nome dele? Elefante branco, eu nunca vi um elefante branco, nada funcionava lá... Eu fiz funcionar, fiz o elefante branco funcionar, recuperei compressores, o armazenamento e distribuição do óleo; havia um desvio de material constante, falcattruas absurdas, eu organizei isso. E ainda assim eles davam risada de mim. Eu não quero falar que eu sou o Rei, nunca quis entrar na panelinha deles...

— Sabe W., eu fico intrigado, não sei como é que você me escuta. Como você acha que estou escutando toda esta conversa?

— Eu escuto o senhor, até falo com a Dra. G. sobre sua pessoa, como o senhor é legal...

(Fico realmente irritado com estas palavras, tenho a impressão de que sou posto de lado, não consigo ser escutado, não faço parte, minha impressão é de que por mais que tente sou excluído nesse discurso).

— A questão não é se você me ouve ou não, eu acredito que sim, mas acho que você não me escuta, aí existe uma diferença, você entende? Como é que você me imagina te escutando?

(A postura e a voz tomam uma firmeza inédita, mas com uma característica defensiva nesta explicação).

— *Para mim, o que interessa é sua participação dentro dos direitos e deveres que possuímos, é uma posição política, sou adepto de Maquiavel e sua geopolítica, minha esposa não conseguiu me escutar; cá numa depressão, mas não a culpo, é meu jeito de ser.*

— É justamente disso que estou falando, e acho que você não consegue me escutar; por que será que as pessoas não conseguem te escutar? Só por que não tem o conhecimento político que você tem? Será que isso não implica que você faça um esforço para escutá-las? Você diz que sua esposa não conseguiu escutá-lo e o abandonou; será que você prestou atenção nela? Será que você presta atenção em mim? Talvez seja por isso que nós achamos que você não fala conosco. Talvez por isso alguns achem que você tem uma certa deficiência.

— *Eu tento transmitir o que posso, seria parte do meu Id, eu nunca transmito tudo o que posso.*

— Você lembra que algumas sessões atrás me disse que gostaria de um desafio intelectual?

— *Sim.*

— Pois esse desafio intelectual já começou, comigo. Eu não sou um burocrata, um técnico, eu estou te desafiando intelectualmente, mas você está jogando de um jeito que me perturba, você faz de todo nosso encontro um encontro intelectual, e eu acredito que devemos observar outro aspecto disso, porque fica tão difícil um outro modo de transmissão, não sei direito como lhe dizer isso.

— *De recepção, nosso desafio deve ser menos intelectual e mais de recepção, eu vejo os erros e não falo, aliás, é sempre assim, eu vejo os erros e não consigo me posicionar.*

— *Eu tenho medo de ficar viciado em psicotrópicos.*

— Pode ser, mas eu aposto que você tem medo de ficar viciado no psicoativo de uma relação.

— *Pode ser, eu nunca pensei nisso antes.*

(Neste momento me atravessa uma cena do filme “Blade Runner”, de Ridley Scott, onde um dos replicantes – um sintozóide – relata ao investigador policial sobre as maravilhas que havia presenciado nas missões que fez em outros planetas, e em condições completamente inóspitas aos humanos. Entendi isso como a fala desconcertante de alguém, pois os replicantes reclamavam seus direitos de conviver em sociedade de modo livre, onde sua queixa era a injustiça de, por ser um robô poder ser descartado. Justo ele que havia presenciado maravilhas que nenhum olho humano poderia presenciar, seria sacrificado, perdendo todo esse conteúdo, e mais, um desperdício de tudo que viveu decretado por um outro que o condena. Falo para W. sobre essa cena, e me vejo com lágrimas nos olhos, disfarço, pois estou envergonhado de estar tão emotivo).

— *Pode ser, pode ser que se eu pudesse falar sobre o erro dos outros isso me ajudasse, mas eu seria massacrado.*

— O álcool está fazendo algo diferente disso?

— *Claro que não, ele está me matando, mas também foi o álcool que me tirou disso, foi onde ele me ajudou. Olha só, nós estamos conversando no nível de paciente e profissional, mas estamos conversando normalmente porque geralmente o paciente se põe como coitadinho.*

— E eu fico pensando em como seu rosto faz esta expressão continuamente, uma expressão de coitado.

— *Eu só quero que me dêem solidariedade.*

(E mais uma vez me vejo irritado. Este é, sem dúvida, um dos efeitos mais marcantes nesse atendimento, o modo como sou suprimido da relação, posto como resto que se arrasta para chegar até o sujeito, porém sou persistente e um pouco abusado, o que me permite encontrar forças e não desistir).

— Acho que você considera nossa relação um lugar onde você deve falar sobre as verdades, não é?

— *Sim, é isso mesmo, aqui eu posso falar sobre as verdades que sustentam o que sou, todas as formações intelectuais e que me fizeram assim, as verdades...*

— Pois acho que você confunde saber e verdade; todo seu conhecimento intelectual não faz parte de sua verdade, mas de seu saber sobre as verdades do mundo, você mal fala de sua verdade comigo, até fala para mim, mas comigo... E eu gostaria de ouvir sua verdade, quando erro, quando o incomodo, enfim quando o perturbo... Eu o perturbo?

(Começa a gaguejar, e esboça algo, ainda perdido entre palavras desconexas, sobre o F.10).

— Vamos parar por aqui hoje.

Sexta sessão

— *Tô sabendo que preciso dar um destino para minha vida; tenho que solucionar meus problemas paliativamente.*

— Paliativamente? (automaticamente pensei que gostaria de ter dito “paulatinamente”).

— *É, aos poucos, devagar, com metas. Mas algo resolvido paliativamente só traz uma eficácia momentânea. Tenho uma meta, sou um cidadão e quero viver como um. A alta só será segura se os profissionais, que sabem mais do que eu, me proporem (sic) que eu estou bem para isso. Aí eu vou ter confiança.*

— E você não acha que deve nos ajudar a pensar sobre isso?

[Silêncio]. — *Ontem encontrei outra psicóloga que trabalha aqui, e eu, conversando com ela, acho que devo fazer no mínimo uma consulta mensal.*

— E como é que você está pensando sobre a viabilidade disso, desse encontro mensal?

— *Como já estou fazendo, falando.*

— Sim, isso é importante, mas como pensa em organizar isso praticamente?

— *O senhor está pensando em como vou organizar a forma de pagar mensalmente uma consulta?*

— Por que você pensa em fazer uma consulta por mês?

— *Porque aí vem o problema financeiro.*

— É o que você quer?

— *Teoricamente não seria o ideal, o melhor seria alguém que me acompanhasse mais freqüentemente, mas não tenho ninguém, tanto faz...*

— Como assim tanto faz? Então não há nenhum ideal em sua proposta, se é tanto faz é também qualquer coisa, qualquer um. Estou perguntando se lhe interessa esse encontro, se você pensa em viabilizar esta parte do seu tratamento.

— *Claro que quero, quero continuar a me tratar, pode ser com o senhor, pode ser com a P.* [outra psicóloga do hospital].

— Vou te explicar uma coisa: você tem de escolher, se quer e com quem quer continuar seu tratamento.

— *Eu sei que o senhor tem vários encargos...*

— Você sabe?

— *Desculpa, é que eu gostaria de continuar este tratamento com você, é uma vontade.*

— E por quê?

*Porque você já me conhece, o senhor sabe **relevo** que você é sincero comigo e eu com você. Sem omissão. Eu tenho é ambição. Tenho que retornar a trabalhar, tenho que agitar meu mundo.*

Sétima sessão

— O que acontece no primeiro gole?

— *É um rancor grande de um fato que ocorreu na própria residência, então eu penso “vou beber moderadamente”, mas isso não existe, e aí não adianta, meu primeiro gole é um litro. Para o alcoolista não existe esse primeiro gole, ele vai beber até chegar o limite dele, e o limite é a hora que não fala coisa com coisa ou então desmaia. Comigo ocorrem as convulsões, e eu já tive convulsões abstinentes.*

— E o que impele ao primeiro gole?

— *Por exemplo, ser acusado de alguma coisa que você não cometeu, a família falando “W. você trouxe gente pra casa, bêbados!”, o fato de um alcoolista me procurar em casa, revela para eles que eu já estou em recaída, daí eu fico magoado, chateado, aí eu saio, não tem ninguém para conversar, para desabafar, aí eu vou para o bar e bebo.*

— E como é o efeito dela em você nesse momento?

— *Ela chega como um anestésico, como se você sofresse um trauma, uma batida, e isso ameniza a dor. Quando me desquitei aquilo foi doloroso, fui obrigado a falar que aceitava o desquite, eu, por mim, adoro minha filha, estou aqui todo esse tempo e não me deixam vê-la. Tiraram o elo entre eu e ela, na frente dela eu não bebia, eu passeava com ela, fazia campismo, íamos pescar... (com os olhos marejados) aí vem um pessoal de fora e se intromete.*

Minha ex-esposa ficou comigo pelo meu poder aquisitivo, eu estava com dois empregos, ela só ficou comigo pela questão financeira e por que estava grávida.

— Mas você acha que nunca houve amor entre vocês?

— *De minha parte sim, da parte dela... Acho que não, eu não conseguia conversar com ela.*

— Você se apaixonou?

— *Não dela, eu cheguei a ficar noivo, mas em uma época em que eu não era muito certo; me viram andando com maus elementos e minha sogra fez com que ela terminasse comigo o noivado. Daí pra frente meu mundo foi esse, caiu, fiquei chateado, não deu para arrumar a situação. Eu não sou mentiroso. Então não tinha como mentir para ela. Daí pra frente comecei a beber muito mais. Ninguém na minha casa me deu força para nada, meu padrasto continuava bebendo, aquilo me atormentava, eu via*

como ele tratava minha mãe e meus irmãos e como me tratava, aquilo não podia segurar ninguém. Eu tinha que reagir.

— Mas aí você desenvolve uma forma de reação que é se identificar com ele?

— *Foi, minha reação é se vingar dele, mostrar para ele o que é que ele me fez, o quanto ele me fez mal.*

— Mas esse tipo de vingança não recai continuamente sobre você? Você não fica relembrando incessantemente a destruição de sua infância?

[W. fica mudo me olha perplexo e muda de assunto]. Retomo.

— Você entendeu o que lhe perguntei? (novamente muda de assunto de modo impressionante).

Insisto com minha construção: — Você ficar embriagado como seu padrasto não te relembra incessantemente a infância de um modo rancoroso?

(Pára por um instante e responde): — *Montei um castelo sobre nuvens, e nuvens não sustentam um castelo.*

*

W. me encontrou uma vez mais alguns dias após esta conversa para acertarmos os trâmites de sua saída, após organizarmos sua alta hospitalar manteve a proposta que surgiu dele sobre a continuidade de tratamento em meu consultório. W. nunca apareceu.

Transferência e contra-transferência

*Aprender e não pensar no que aprendeu é perfeitamente inútil.
Pensar sem antes ter aprendido é perigoso.*

(GoreVidal,Criação).

Foi necessário um tempo, uma distância razoável para conseguir escutar os ecos desse tratamento. Enfatizo a necessidade do tempo para uma compreensão; meu envolvimento transferencial e contratransferencial foi intenso e profundo, e estão em íntima relação com a minha longa permanência nessa organização hospitalar. Entendo assim a necessidade de um distanciamento temporal e físico do caso clínico no intuito de proporcionar um “ar”, um “respiro”, gerar clareza para a compreensão dos reflexos dessa relação analítica.

W. faz parte de uma classe singular de alcoolistas: ele se encontra internado. Este é um viés importante, pois não se chega a essa condição sem que alguns requisitos estejam completos; e são requisitos sociais pejorativa e corporalmente negativos.

O hospital, sendo um ambiente de acolhimento terapêutico para esse momento, retrata a incompatibilidade desses sujeitos consigo mesmos e para com seu meio; se não fosse assim, ainda estariam fora do hospital. Nesse momento encontram-se afastados de casa, do lar (quando ainda se tem um), ou mesmo em condições chamadas de “albergantes” onde passam a residir temporariamente em locais como pensões (a maioria cortiços), albergues, hospitais, enfermarias, ou na própria rua (constituindo assim uma via sacra de residências). Também poderão estar afastados de seu ambiente de trabalho, do trânsito público. Tudo que poderia atestar a condição de convívio civil desses sujeitos se acha comprometido.

Não respondendo mais por seus atos em seus ambientes de convívio, será convocado a os abandonar, convocação muitas vezes tramitada sem a anuência do sujeito. Ambulância ou carro-patrolha, a direção é a mesma: uma enfermaria clínica que atestará sua condição crítica, e daí a internação.

Esse trajeto merece destaque, pois testemunha o fracasso, a vergonha, a queda desse sujeito. Em seu retorno, a estada hospitalar é completamente marcada por uma configuração prévia ou inédita em referência ao hospital, configuração esta que destaca um modo de convívio que se manterá na dinâmica das relações terapêuticas propostas.

Reverenciado como um local abençoado, pois o recebe, acolhe e cuida, sendo também marcado pelo ódio. “Atesta o retorno do fracassado”, fazendo disso um trocadilho ao mote psicanalítico para o alcoolista: um retorno do (recalque) fracassado.

Essas atuações contra o local que o acolhe são várias, mas observamos algumas que se pronunciam de modo geral. Tomando como exemplo as que se manifestam na ordem da sujeira, da delinqüência, da queixa externada pelo mínimo; não importa o quanto se busque atender à demanda solicitada, ainda assim é pouco, sempre pouco, a organização hospitalar ainda (e sempre) estará em falta.

A utilização de “espaços próprios” para o tratamento do alcoolismo sempre apresentou complicadores em seu intuito terapêutico, já que os alcoolistas eram (e ainda são) internados em conjunto com patologias que compõe outros quadros psiquiátricos, sendo desse modo questionada a eficácia dessa internação, visto que os alcoolistas demonstram baixa tolerância às interferências de outras patologias em seu território, além de conturbarem a ordem e gerarem uma superpopulação de internos.

Mas as instituições de saúde mental e suas organizações clínicas que pretendem tratar desse mal não imputam dúvidas quanto ao caráter confinatório que esse ambiente deve conservar.

Confinatório, pois devem manter à distância seu objeto de consumo, além de propiciar de modo intensivo vias terapêuticas para lidar com seu problema.¹¹

A “Casa de Saúde de São João de Deus” mantém uma proposta de liberdade de escolha ao alcoolista ou toxicômano que lá se interna. Ele deve escolher se aceita ou não o tratamento nos moldes que lhe é apresentado o local, e condições para tanto. Mas entendemos que a questão do ambiente confinatório abrange uma problemática maior, como as formas instituídas de organização social, seus direitos e deveres como cidadãos etc., assunto que não abordaremos no presente trabalho.

Não é difícil perceber o quanto toda essa disposição afetiva se transfere ao corpo do hospital; esse é o *pathos* desse sujeito que, atravessado nesse momento por essa força, impinge com virulência essa carga ao outro e ao Outro.

Funcionários, técnicos, psiquiatras, espaço concreto de residência (seus quartos, áreas comuns, salões, corredores, pátios etc.) todos passam a apresentar em suas falas as queixas contra esses sujeitos, e a história atesta esse tipo de perturbação na ordem das coisas dentro do espaço manicomial desde sua intenção de restringir o alcoolista no hospital para tratamento.

Matos (2001) relata o quanto:

¹¹ Que as instituições e suas organizações respectivas não têm dúvidas quanto ao caráter confinatório do tratamento, essa não é a opinião de autores como Foucault ou Szasz, que não só a criticam quanto apontam para o surgimento de incapacitados e inválidos criados por esse modo de tratamento, cito trecho de Szasz (1994):

“Concentro-me aqui na distinção entre o que podemos chamar de trabalho de mercado e serviço público. Uso o primeiro termo para designar o desempenho de um trabalho pelo qual o outro se predisponha a pagar ao trabalhador; e o último termo para me referir às interferências ou aos serviços burocráticos, eufemisticamente chamados de trabalho com pessoas, pago pelo governo. Independentemente de ser o serviço público moralmente nobre ou ignóbil, é uma falácia tratar o serviço burocrático como semelhante ao trabalho que satisfaz as necessidades do consumidor pagante. Não obstante, os economistas calculam o PIB (Produto Interno Bruto) como a soma dos bens e serviços produzidos a cada ano, independentemente dos tipos de serviço ou de quem paga por eles. Se produzimos e vendemos mais carros e milho, ou se criamos e servimos mais pacientes mentais (esquizofrênicos) e prisioneiros (delinquentes de drogas), o PIB cresce de qualquer modo. Esta é uma das razões porque a sociedade americana contemporânea é insuperável na criação de profissões de ajuda que, com a desculpa de capacitar pessoas habilitadas, as invalida” (p. 208).

Era freqüente a defesa da criação de asilos para ébrios mediante as rendas advindas dos impostos cobrados sobre as bebidas alcoólicas. Estes asilos teriam um duplo sentido: garantia para a sociedade, isolando os ébrios, correção e restabelecimento destes, não apenas como medida de repressão ao vício, mas também para lhes propiciar o ensinamento de um ofício, já que a disciplina e o trabalho eram vistos como elementos reintegradores dos ébrios na sociedade. (p. 34)

É uma vivência perturbadora que encontra como resposta do corpo hospitalar – aos atos praticados por esses pacientes contra o Outro, esse corpo simbólico hospitalar que o abriga e procura atendê-lo – escárnio, sarcasmo, um gozo maledicente, permitindo assim apaziguar a incidência, o atravessamento desse penoso processo de manutenção desse sujeito internado.

Do outro lado, mas não menos incisivo, se vive o torpor. O hospital é um ambiente de parada para esses corpos, de cuidado, de tentativa implícita de gerar uma depressão para que possam encontrar um refúgio para se recuperar do estrago neles produzido pelo excesso de bebida. Ansiolíticos, hipnóticos, relaxantes musculares, vitaminas, comida e tempo ocioso passam a regular uma modorrenta existência que assim se compõe para recompor o que antecedeu corporalmente à vinda desses pacientes.

São freqüentes os momentos que atestam o quanto a “atitude” terapêutica, visando oferecer um tratamento em que se possa pensar sobre esse momento atuado antes e durante a internação, é rechaçada, evitada, impelida a uma irritação pela atitude de desprezo ante os esforços terapêuticos de retirá-los desse sintoma.

Podemos inserir aí a tentativa de aproximação e rechaço encontrada pelos Alcoólicos Anônimos ao convidarem os pacientes para as palestras e estes recusarem com veemência, ou mesmo o esforço e também rechaço dos auxiliares que orientam os pacientes para os “grupos terapêuticos” que o próprio hospital oferece, ou seja,

enquanto estiverem no ambiente hospitalar não querem ouvir falar do “modo como lidar com a (não) bebedeira”.

Isso não se mantém sempre como uma atitude negativa ou de rechaço, como observamos e como também observa Perrier (1992):

O tempo de desintoxicação, pedido pessoalmente ou exigido pelas circunstâncias, pode ser dramático no começo (tanto para o doente quanto para o médico); mas, freqüentemente, ele se torna rapidamente idílico. Há alegria no ar, pelo oitavo ou décimo quinto dia, uma vez que um velho ou jovem embebido se reconcilia com ele mesmo e a humanidade, graças à boa tutela paterno-maternante do “doutor”. (p. 339)

É aí, no intervalo dessa miríade de afetos e desconexões que se situa minha tentativa de intervenção terapêutica, e é justamente aí que sou capturado.

Contratransferencialmente me encontro cansado, frustrado, irritado; encontro o ar necessário entre colegas ou mesmo em atendimentos com psicóticos... Momentos de parada ou humor para reencontrar a possibilidade de espera. A espera que restaura esperança, mas que também conduz ao pior: ao reler com certo distanciamento o relato do caso clínico trabalhado, enxergo os traços que preferiria não ver, já que a vergonha chega a perturbar, mas também sei que se não os visse, nada mais poderia enxergar.

O caso explicita os modos transferenciais mais freqüentes com os quais um analista precisa lidar ao tratar com esses sujeitos: o descrédito e o autoritarismo.

O descrédito frente à situação problemática vivida pelo alcoolista surge quando o analista acredita que, com seu saber, é poderoso o suficiente para modificar uma estrutura subjetiva que assim se formou justamente para se defender de um descrédito anterior.

A história de W. é freqüentemente situada nesse tipo de relação; ele é um resto, o que apanha, o sofredor, o sujeito que, apesar do meio intelectual que dispõe só pode utilizá-los no bar, único lugar em que o título honroso de professor é lembrado enquanto

referência de altivez. O bar é o lugar onde – afinal e ainda – embriagados ouvintes são as únicas testemunhas desse título.

Nesse jogo constituinte da posição contratransferencial frente a esse tipo de sintoma, rapidamente se estabelecem tentativas de ordenamento de um saber sobre o corpo, os hábitos e o sintoma alcoólico desse sujeito.

Estas tentativas de ordenação, por seu caráter imperativo, facilmente escorregam para o mandato, para uma prescrição imperativa do que deveria ser a ordem correta das coisas, ou seja: não beber, valorizar o que se possui, se arrepender sobre o que se perdeu etc.

Perrier (1992) comenta de modo excepcional essa situação:

Inconsciente ou não, todo especialista do alcoolismo sabe disto. Encontrar-se-á a prova estudando o estilo e a tonalidade dos discursos sobre o álcool cada vez que um homem de ciência, clínico ou não, trazer a sua contribuição ao estudo deste problema. Isto vai, a partir de um princípio de objetividade, da severidade do estatístico à indulgência desabusada do velho médico, passando pelo austero relatório missionário da sobriedade e a neutra tolerância, fixada como um sorriso de Gioconda, do freudiano de profissão. Em todos esses casos, pode-se detectar modos de defesa do Eu contra uma agressão. (p. 340)

O surpreendente é que justamente uma proposta terapêutica se organizará pelos dois lados, porém de modos distintos, ou seja, tanto para o corpo hospitalar quanto para os alcoolistas essa proposta de tratamento será vivida e atuada.

O corpo hospitalar, tentando imperativamente construir, incutir, um saber (no outro alcoolista) sobre os malefícios do álcool, seus prejuízos corpóreos e sua degradação familiar e social, e os alcoolistas, confrontados com esse imperativo, resistirão pacientemente (porém de forma contundente) a introjetar esse saber fazendo, quando muito, uma repetição desse discurso de modo assentido, gerando uma saída frente à intervenção hospitalar: que essa se cale.

Quando se consegue ir além dessas respostas defrontamo-nos com uma construção crítica ante o sintoma e sua doença, gerando bons prognósticos de tratamento. Porém, temos de admitir, essa não é a consequência mais freqüente de um tratamento.

Uma tentativa de ordenamento terapêutico, analítico, demanda uma espera, um sacrifício temporal que permita que a constelação significativa das relações de objeto se apresente aos dois — paciente e corpo hospitalar — enquanto letra, cifra para um deciframento. A prescrição comportamental, decorrência apressada de um descrédito ante a pressuposta e antecipada impotência do alcoolista em sua relação com o outro, encontra como barreira uma surdez. Aspecto psicopatológico de relevância, pois denota uma alienação específica desse sintoma: o que o analista sabe sobre esse corpo pode ser rechaçado, não dizendo nada a esse sujeito, nada sobre esse sujeito. Tão surda quanto a defesa do paciente, se transforma em muda a fala do analista.

O alcoólatra fala por dois. Ele bebe nele a intuição de uma inteligência de seu discurso que ele não empresta ao outro senão para privá-lo de sua própria parte. É assim que o interlocutor se sente agredido e opõe uma defesa de *surdez* relativa ao que se lhe conta sem contar com ele. Além disso, ele aprende depressa que ao tentar colocar uma palavra, ela será talvez ouvida, mas não considerada. A verve do momento presente deixa a memória no vestiário. Enfim, a interpretação psicanalítica não se gravará na orelha do bebedor. O verdadeiro problema do alcoolismo em psicanálise está, na nossa opinião, essencialmente, aí. (ibid., p. 348)

As diversas passagens durante as sessões com W., em que o analista sente-se terrivelmente irritado, dão mostras da potência desse modo de comunicação que se estabelece entre o paciente e seu analista. A irritação do analista quando se percebe “mudo”, “excluído” em sua fala alienante e alienada, demarcam a linha divisória entre sua “posição” proposta e sua “posição” imposta. Sua aposta só pode encontrar escuta se compreender como propor um crédito ao paciente e a sua “posição”.

Isso quer dizer que dar crédito propõe um movimento contrário a esse; dar crédito enquanto esperança que o sujeito o escute propõe uma modificação, uma brecha nesse sintoma surdo. O crédito necessário é um tempo em comum. Uma espera para ambos.

Crédito ou descrédito oriundo de um tempo determinado somente pelo analista gerará a defesa surda desse sujeito.

Tanto crédito ou descrédito estão situados na atuação angustiada, vivência contra-transferencial resultante dessa pretensa captura do sintoma alcoólico, da intervenção analítica que, baseada no pressuposto fracasso, pressuposta impotência desse sujeito ante a demanda do analista em sua direção de cura, recriam as condições de defesa primitivas da alienação. E mais, não contar com a defesa de um sintoma — como se observa no discurso do alcoolista — é não relembrar o que foi proposto acima sobre a defesa da anormalidade do alcoolista em sê-lo: “uma determinação corajosa para *tomar o partido de si mesmo*” (ibid., p. 336)

O alcoolista internado em um hospital recebe assim uma manifestação contra-transferencial ambígua; o discurso analítico lhe oferece um saber que supostamente, em seu ideal, poderia auxiliá-lo a compreender e superar sua tormenta, mas é manifesto de tal modo que esse saber é anulado, inaudito, alimento alienante.

O analista (de modo geral ou específico como operado no caso clínico) ao provocar o paciente propondo-lhe um desafio maior em prol de um saber pleno sobre si, faz com que o paciente entre em um estado defensivo alienado, desatando um discurso intelectual completamente alheio à situação e efetivamente ensurdece passando ao largo com suas respostas deixando, em seguida, o analista irritado e estupefato.

O discurso é imperativo. Superegoicamente imperativo. Tanto o do analista quanto o de W. As configurações transferenciais inconscientes e pré-conscientes assim se defendem de um excesso vivido em relação a um corpo oprimido.

E a opressão é vivida em ambos, porém, com respostas diversas. Se o paciente se aliena, ensurdece e se põe como devedor a esse tratamento (obviamente pedindo desculpas por achar que o analista perde seu tempo com ele), do lado do analista a resposta não poderia ser muito melhor: identificado com essa opressão, transforma seu discurso em uma fala ditatorial, autoritária, reflexo da repetição sem sentido de uma fala que insiste em não conseguir sair de seu eixo poliqueixoso, fracassado e empobrecido (como vivida na fantasia do analista com W. sobre o filme “Blade Runner”, nada mais opressivo, autoritário e impotente do que a situação vivida pelos sintozóides — analista — do filme).

É o Gozo do Outro retomando o comando dessa relação.

O que pode retornar sob o comando desse Gozo encobrindo a relação analista-paciente é o que Perrier (1992) anuncia como a política de dois corpos marcados, desde sempre, por uma posição singular de forças:

Assim, se desenhará e se reproduzirá o retrato psicológico de um “alcoólatra”: aquele que demonstra a aliança mortífera entre uma máquina, inicialmente mais frágil que uma outra, ou secundariamente deteriorada, e a política do pior de seu condutor precavido. (p. 332)

É esse o excesso que resiste em escoar, em desaguar, que incita o discurso para um “bom” funcionamento terapêutico transformando-se em uma tirânica proposta de mudança de posição. O bom, andando próximo ao ruim.

Se no trato dinâmico transferencial isso não cessa de se desenvolver é porque esse excesso responde a um afeto, ou seja, aquilo que afeta uma relação; a forma que

estabelece uma ligação e que precisa, no sentido de defesa, se manter evidente. A submissão vivida de modo triste enquanto modo de uma melancolia se expressar.

W. expressou por diversas vezes o sentimento de frustração sobre sua vida, a posição de estranhamento e tristeza sobre a morte do pai biológico, o inequívoco sarcasmo de ser “reconhecido” como professor no botequim, a sensação de ser “jogado no fundo do poço”, a posição de “coitadinho”, enfim, modos melancólicos de expressão de sua existência.

Tentando atravessar, ou talvez mais precisamente circundar esse sentimento de submissão e tristeza, o analista apostou em um “direcionamento honroso”, ou seja, sustentou desde o início do tratamento uma fantasia sobre a ocupação do paciente nessa relação analítica em um lugar de destaque. Quando o escuta, antes mesmo de iniciar os encontros individuais, falando sobre sua participação em um grupo terapêutico, foi tomado por essa idéia de que seria importante salientar alguma diferença ante o que W. relatou sobre o ambiente da infância, o despótico lugar do padrasto, e a geração de um ambiente adequado e propício à palavra dentro do ambiente hospitalar.

O intento não foi malogrado; é possível observar que as palavras nunca tiveram um espaço tão propício a se manifestarem como, de fato, ocorreu. Refere, em passagens esparsas durante o tratamento que nunca se sentiu tão bem-assistido, porém isso está longe de ser o suficiente, até mesmo porque, para além dessa oferta, o analista responde com agressão ao objeto apresentado por W., gerando assim uma espécie de caos mental no paciente, uma impossibilidade de metaforizar a construção analítica oferecida.

Necessário sim criar uma ambiência propícia à palavra, mas crer que esse ambiente oferecido por si só garante a suficiência exigida, nunca.

O ambiente oferecido retoma a perturbação fantasmática desse sujeito, não permitindo que se fale sobre isso sem repetir sempre o mesmo. O necessário proposto retoma o asfixiante já vivido.

É essa característica presente na discursividade do paciente que se torna característica da discursividade do analista, quando este não responde a partir do amor em relação ao objeto apresentado como objeto do luto impossível no momento, mas, como proposto abaixo, já contém em germe a possibilidade de uma saída da própria contratransferência.

Esse é o modo constituinte contratransferencial. Uma intoxicação oriunda da relação linguageira desse sintoma.

Como nos faz ver Abraham e Török (1995):

Ora, o objeto-fantasma habita também a contratransferência. No esforço de objetualizar a agressão, ele é tomado freqüentemente por alvo, sem saber, esquecendo que o único interlocutor presente é precisamente o fantasma (o objeto incorporado), e que, assim procedendo, pronunciamo-nos *contra* o que é mais caro, mais ciumentamente recalcado e que, sob todas essas camuflagens de ódio e de agressão, éramos chamados a reconhecer. Reconhecer o prazer de um em ver o outro enlutado por ele; reconhecer, não o ódio, mas o amor do objeto pelo sujeito; reconhecer, enfim, a exaltação narcísica de ter recebido – ao preço de perigosas transgressões – o amor pelo objeto: eis o que o melancólico espera do analista. Quando ele tiver obtido esse reconhecimento, a inclusão poderá aos poucos dar lugar a um verdadeiro luto, as fantasias de incorporação poderão se transformar em introjeções. (p. 256)

Faz-se fundamental considerar que os chamados “distúrbios da oralidade” produzem efeitos intoxicantes dos mais diversos, e o efeito gerado pela toxicidade linguageira presente na relação analítica com o alcoolista não deixa nada a dever aos efeitos mais intoxicantes das relações do paciente a seu objeto droga, nem aos aspectos transferenciais mais contundentes entre analista e paciente em outros distúrbios psicopatológicos.

Essa situação problemática, enunciadora de um mal-estar difuso entre ambos, não é localizável a não ser **entre; entre** a direção transferencial do paciente e a recepção contratransferencial do analista.

A causa dos fenômenos de irritabilidade durante o tratamento (importante ressaltar que esse afeto irritadiço não permanece após a sessão; sua manifestação é pontual) diz respeito à impermeabilização, à surdez da alienação manifesta do paciente frente às demandas do analista. Isso recai sobre a questão da verdade em análise: de quem ela é? A quem pertence? Aos dois e a nenhum deles. A psicanálise retoma aí seu campo de enunciação sobre a Ética. Em uma análise a ética é condição radical de suportar a verdade do Outro.

Como nos propõe Perrier (1992):

Será que isto reconcilia com a função da verdade, aquela que não é de ninguém, uma vez que dois analisandos não devem unir-se nem reunir-se entre o divã e a poltrona?
Esta questão poderia desembocar na teoria a ser feita de uma *ética da pós-transferência* e da *pós-contratransferência*. (p. 367)

E o que se encontra proposto nestas demandas? O que poderia gerar, a partir da demanda expressa pelo analista, esse estado de alienação no sujeito?

Hipoteticamente, podemos pensar que foi devido à contratransferência vivida pelo paciente com o analista durante o tratamento prometido, mas não cumprido: a continuidade de tratamento em seu consultório.

A causa dessa manifestação parece estar contida tanto no conteúdo quanto em sua forma; a partir de seu conteúdo, o que se pede é que reconheça o lugar que ocupa e que valorize esse lugar otimizando sua participação no mesmo. Já em relação à forma, a proposta para tanto é lançada enquanto uma aposta e não um desafio.

Aposta é um “ajuste entre pessoas de opiniões diversas, no qual a que não aceita deve pagar à outra algo de antemão combinado” (Ferreira, 1986, p. 146). Um desafio é

o que se propõe a ambos. Ainda que a palavra em jogo no contexto clínico tenha sido “desafio”, o sentido, seu significado e sua direção, alcançaram a toxicidade estrutural da palavra, abalando as instâncias comprometidas entre o interlocutor-analista e o paciente, tornando-os parceiros e convertendo esse sentido em intoxicação vincular, transformando um desafio em uma aposta.

Aqui, a palavra tóxica nos contaminou inteiramente, irritando o analista e alienando o paciente. O que retorna como prêmio pré-concebido frente à aposta é a posição submissa do paciente ante um superego obscuro, uma entrega submetida à relação em que apenas o Outro, tem lugar. Para o analista, o que retorna é o prêmio ilusório de acreditar que um bom saber sobre a doença poderá modificá-la. A irritação, afeto marcante nesse tratamento sobre o analista diz da frustração ante um saber inoperante. Esse fenômeno é freqüentemente vivenciado – apesar de raramente reconhecido – pelo meio clínico, incluindo o ambiente hospitalar, que se dispõe a tratar desses pacientes. Essa vivência se traduz no discurso desses pacientes enquanto às queixas de isolamento, de estigmatização injusta, do quanto são pouco ou nada compreendidos, como não os escutam, enfim, a geração de um queixume a partir do efeito originado pela distância produzida entre diferentes demandas e suas possibilidades de resposta, gerando, sobre o próprio tratamento hospitalar, uma dissolução da transferência “saudável” impelindo o sujeito à recaída:

É seguramente doutrinação... Basta, freqüentemente, que o médico creia nisto “realmente”, por um tempo de sua vocação, para que o alcoólatra sele o pacto de aliança que condicionará a seqüência, ou seja, a *sauvé*, como melhor do pior; até que a morte natural aconteça.

Somente... o médico não crê nisto, realmente por muito tempo. Ele tanto viu (bebeu) e ouviu, dez meses ou vinte anos depois do primeiro “diga-me” do solilóquio etílico!

Cedo ou tarde, professor, instrutor, reformador, informante ou alter ego de plantão; enfim, qualquer que seja seu querer em sua missão, ele descobre ter guardado nele seu próprio fantasma de alquimista.

O outro, quer dizer, o doente, o sentirá bem, em um momento ou em outro. É por isso que, com ou sem Esperal¹², ele “liquida” um dia sua transferência sobre o médico, e isto para reinterrogar o alquimista, com seu coração reencontrado de velha criança decepcionada e solitária. (Perrier, 1992, p. 340)

Então, por mais que essas manifestações se apresentem nesse momento, sua origem data de contexto mais arcaico.

O que se apresenta no atual é a reverberação de uma construção de corpo em que a palavra, para ser encadeada em um processo simbólico e poder operar simbolicamente enquanto sentido de si, necessita de um fundamento outro para poder se constituir como tal, ou mais, é justamente sobre os fundamentos de um Outro primordial – e aqui o lugar da função parental é preponderante – que podemos inferir que as palavras têm poder de constituir um corpo e que podem, durante a existência de um sujeito, estar a serviço das pulsões, encadeando significações que testemunhem seu reflexo nas incidências sintomáticas corporais/egóicas.

De algum modo a queixa desses sujeitos aponta para um momento prisco onde a ausência de sentido, originada a partir de um obstáculo proibitivo, marcou um traço constituinte nesse corpo. Reclamam a permanência e pertinência a um lugar que, sem saber, não possuem.

Como podemos propor a construção a respeito da surdez constituinte desse modo psicopatológico dos alcoolistas de ocupar um lugar no mundo?

Uma possibilidade se inscreve ao aprofundarmos o que está por trás das demandas mais primitivas, dos vagidos mais misteriosos, enfim, do que se pede a um objeto e que lhe será recusado. Assim, a negação mais freqüente vivida por esses sujeitos se encontra justamente no objeto por eles mais apreciado, o álcool. O que se pretende evitar ao manter-se tão próximo do objeto alcoólico?

¹² Medicação utilizada para o tratamento de alcoolistas.

Do sujeito ao botequim

O jogo constituinte do morto no corpo

O jogo é o “buraco”, metáfora sobre a possibilidade de constituição de um “a mais” enquanto sobra, resto, um “corpo” (morto) possível de ser convocado quando as cartas da mão se foram e são exigidas outras “saídas” para a situação que se apresenta.

Porém, para que esse “morto” exista é necessário nos questionarmos sobre as fundações desse jogo e, seguindo essa analogia, das fundações do corpo e sua constituição.

Devemos retomar, lembrando como se dão as inscrições da possibilidade do gozo fálico, que possibilita ao corpo “ser” no mundo. A partir de suas atribuições, sobreviver, ou mais, viver, com um a mais de significações quando o Outro, o Real (mundo languageiro), o próprio corpo, força sua entrada.

Na verdade, o Outro não está fora dessa constituição, mas, ao contrário, é um dos formadores desse corpo. Esse Outro tem sua intervenção no que podemos chamar de “modo transativista de interação”. Significa a possibilidade de uma mãe chorar a falta desse filho. Falta essa com o filho presente, presença *in absentia* para ambos, choro que marca uma falta em ambos, sem lugar ou tempo antecipados, vivência instantânea em que a mãe oferece seu corpo enquanto vaso para essa experiência na e para a criança. O Gozo Outro marca sua presença entre corpos por ser uma vicissitude potencial (mas nem sempre manifesta) do Gozo fálico.

Esse choro por um filho (mas que a bem da verdade pode ser qualquer marca que tome a mãe no mais íntimo, e portanto fora da consciência, do seu ser) significa a forma de marcar uma falta que, preconcebida idealizada e temida na e desde a mãe, permitiria a esse corpo se observar faltante e faltoso, angustiado e cuidado, com seu morto “vivo” e, portanto, possível.

Por que morto? Por que para que essa operação se dê, é necessário que um “crime” aconteça. Para entendermos essa operação devemos recuar um momento sobre as funções que a articulam.

As funções desenvolvidas pelo casal parental na constituição da criança servem de base – apesar do impossível deciframento antecipado de um destino final desse sujeito – para a hipótese de relação objetal resultante dessa equação.

Sobre a função do Pai, devemos nos orientar para além dos papéis representados pelos seres que ocupam esse lugar (como pais). Não há dúvida de que o posicionamento de sujeitos que cumpram com esses papéis é da maior importância, mas o que observamos é que esses sujeitos (pais) constituirão em si as vicissitudes dessa função como o “paterno” e o “materno”. A perspectiva que queremos salientar é sobre a função mesma e não sobre seus “encarnantes”.

Leclaire (1992) propõe que observemos do seguinte modo essa questão:

Ao renunciarmos à perspectiva teatral, resta algo que participa da violência, de uma ruptura radical, de uma organização que não é apenas vital, mas libidinal, ruptura decisiva ou irreversível; e resta também a dimensão do gozo, com seu correlato de culpabilidade, de sanção, de castigo. (p.38)

E completa essa sentença pouco abaixo: “Do modo mais abstrato, estruturalmente, a função paterna se situa entre a singularidade do corpo erógeno e a universalidade da lei” (ibid., p.38). Ou seja, é na função mesma dessa ordem que se orientarão os objetos que comporão a trilha de sentido em que se sustenta o desejo de

um sujeito. Corpo e lei que o circunscreverão e, a partir daí, vão encontrando modos de sustentar e delimitar os encontros que se darão entre corpos.

E a instância organizadora dessa orientação dos objetos e que administrará, entre a lei e o corpo, a inscrição do sujeito enquanto ser da e na linguagem é o Ego. Nas palavras de Freud (1923) encontramos a função tópica dessa instância: “O ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície”. (p. 39)

Claro está que esse percurso seria impossível se não suportado, se não amparado por função corporal primeira e insubstituível para composição e suporte da função do Pai: a função da Mãe.

Também nas palavras de Leclaire (1992):

Para que o corpo da criança se torne corpo erógeno é preciso, por exemplo, que sua boca não seja entupida pela fartura orgânica, é preciso que haja um duplo aspecto na alimentação, quer dizer, que não seja fornecida nem como falo oral exclusivo, nem exclusivamente como farta relação. A mãe é que consegue assegurar no cotidiano esta justa dosagem, este duplo aspecto. A função Mãe nada mais é que um corpo (nem continente, nem esférico) ao mesmo tempo orgânico e erógeno. É ela quem “assegura” concretamente essa justaposição de funções contraditórias: é preciso que seja plenamente esta superfície em que consiste o corpo. Em outras palavras, é preciso, em suma, que a Mãe seja muito mais a terra que suporta sem desfalecer, que o Mar que engloba e absorve (espaço marinho). (p. 69)

O corpo da criança é assim um terceiro apoiado em duas funções que precisam uma da outra para organizar de modo corporal esse ego. Jerusalinsky (2007) entrelaça essas duas funções:

Assim, a ligação entre o que chamamos de função paterna, de modo abreviado, é decisiva para o modo com que o objeto primordial faz sua apresentação na cena da vida infantil. A entrada desse objeto primordial aparece classicamente governada pelo desejo materno e supostamente limitada, barrada, já no sentido da divisão, pela incidência paterna. (p. 72-73)

Ao nos referirmos à compreensão que Marta Gerez Ambertín (2006) propõe do esquema *R* de Lacan, encontramos o Pai em sua função inscrito do seguinte modo:

O Pai, como operador, possibilita a instauração da metáfora do sujeito, ou seja, de um nome e de uma legalidade; a Mãe, a instauração de um desejo (oco no real encoberto pela realidade); o falo instaura um efeito de significação; e o Ideal o efeito do nome que propõe um ponto de estabilização do sujeito. (p. 62)

É justamente a partir do lugar dessa Mãe que se pode instaurar o desejo. A ordenação da entrada da Função do Pai atrelada à Função da Mãe constituirá a relação possível entre o corpo do *infans* e o objeto, relação que ordena não só a organização simbólica do mesmo, mas também e por essa mesma operação, a possibilidade de ela se esgotar e se renovar a cada encontro, permitindo ao sujeito a condição de se constituir imaginária e representacionalmente.

É assim que entra em ação no corpo a dinâmica do Gozo do Outro, onde, para ordenar sua entrada, a psicanálise concebeu uma operação própria a uma função, a função do Pai: “Do modo mais abstrato, estruturalmente, a função paterna se situa entre a singularidade do corpo erógeno e a universalidade da lei” (Leclaire, 1992, p. 38).

Cabe notar que esse modo de entrada no corpo se dá por uma operação nomeada como “assassinato da função do Pai”.

Essa operação articula as primeiras e duradouras relações entre o eu de um sujeito e seu — sempre ordenado em outro lugar — corpo. Operação que paradoxalmente separa o que estará sempre tentando se reagrupar. Encontro marcado por um ganho que permitirá — a partir de um estranhamento que garante ao eu uma sensação de controle — um sentimento de poder sobre isso que o conduz. É a partir daí que o falo passa a

ordenar as aberturas do gozo, balizando sua trajetória até se perder... e novamente retomar sua função. Temos assim a ilusão, sempre razoavelmente satisfatória, de poder “comandar” nosso corpo. Não fosse assim, esse corpo tenderia a sofrer pressões que estariam muito além de sua fantasia de arbítrio. Gozos que não poderiam se submeter a nenhuma ordenação posterior. A psicose clínica nos orienta em demasia sobre esses excessos.

É a função paterna que assegura de uma maneira concreta a articulação entre este universal e este singular, que assegura a clivagem entre o corpo erógeno e o corpo biológico – a clivagem, ou seja, determinado modo de articulação a partir de uma mesma superfície, de um mesmo conjunto contínuo de pontos, todos os pontos desta superfície entrando simultaneamente em um sistema biológico ou em um sistema erógeno (aliás, é ao mesmo tempo e não alternativamente) – sendo que é preciso que haja, de alguma forma, uma clivagem, isto é, que o sistema erógeno esteja de um lado, e o sistema biológico de outro. Quando não há clivagem, ocorre algo da ordem da loucura. (ibid., p. 39-40)

O Outro, o Real, o universo da linguagem, tem a característica de invadir o sujeito, invadir seu corpo e daí manifestar sua intervenção. A saída para esse sujeito está em inscrever a palavra, um modo de defesa ante essa intromissão, poder contar com esse balizador do gozo, em que o Outro possa ser interceptado pelo balizamento fálico para circunscrever uma defesa significativa ao que se apresenta enquanto força disruptiva do Real no corpo.

Observamos então a força dessa defesa constituída pela linguagem; poder contar com a palavra é poder ordenar, de algum modo, o universo linguageiro que nos circunda.

Se efetivamente não é possível controlá-lo (como nos mostrou Freud justamente onde a verdade se esconde, quando a palavra se apresenta “falando” para além do desejo de falar desse falante: o Ato Falho) tem-se uma ilusão importante sobre essa construção.

Mas essa operação não nos coloca unicamente enquanto agentes, mas, mais comumente, como pacientes frente à linguagem e às palavras que nos cercam.

A palavra que pode deter, circunscrever, delimitar a intromissão do real, endereçando essa força em alguma direção onde o eu do sujeito possa tomá-la para si, necessita estar amparada pelo campo organizador simbólico; caso isso não ocorra, a palavra só será vivida enquanto um disruptor, um atravessamento agressivo, sem controle, um gozo que convoca ao eterno retorno, como se constata na dimensão da recaída no alcoolista.

Talvez por isso Perrier nos convoque a pensar uma condição de extrema relevância quando trabalhamos clinicamente com pacientes alcoólicos: em que momento podemos datar a entrada de um sujeito no diagnóstico de “alcoolista”? É da maior importância a questão da datação histórica de um sintoma no desenrolar de um caso clínico.¹³

O que convém sublinhar nestas observações liminares é que, também, menos ou não mais impregnado de álcool que qualquer outro “bebedor habitual”, tal sujeito não será alcoólatra senão a partir do momento em que um *discurso sobre o alcoolismo venha concerni-lo singularmente*. (Perrier, 1992, p. 333)

Assim, algo que concerne à força presente em um discurso será o agente constituinte desse que será um corpo carregado com uma série de significações para o resto de sua vida.

Se isso assim se constitui — e os relatos clínicos parecem convergir para essa posição — devemos investigar quais as condições para que esse corpo se entregue para essa “marca”, tatuagem significativa, inapelável depois de inscrita.¹⁴

¹³ Até por que os debates infundáveis sobre a origem do alcoolismo não parecem próximos de um fim, e nem mesmo de um encontro melhor acordado entre as partes. Hereditariedade? Genes alcoólicos? Ambiente propiciador? Cultura de época?

¹⁴ W. nos cita em diversas passagens sobre o modo de incidência desse discurso em sua história, do como ser um “bêbado”, um F10., um alcoólatra marcam definitivamente sua trajetória e organização de laços.

Será que podemos antever, desde essa constituição discursiva apresentada pelo paciente alcoolista, e que então irá inscrevê-lo nesse universo sintomático, que algo singularmente marcante se deu no que chamamos de “operação de assassinato do Pai?”.

Propondo que essa operação se dá a partir de um crime, onde podemos encontrar as evidências desse ato? E mais: para que o morto se constitua no corpo é preciso que esse corpo tenha sido inscrito com **um** corpo morto? Ou **como** um corpo morto? Como seria pensar a constituição do morto no corpo? O que significaria isso?

Abibon (2007) em seu texto refere assim a função do assassinato do Pai:

A questão da identidade, sujeito, mulher, mãe, pai, filho repousa logicamente sobre o que se aceita colocar no interior. Freud imaginava este ato como fundador da humanidade, ou seja, de cada ser humano: o assassinato do pai, pontuado pela refeição totêmica na qual se devora o corpo assassinado para assimilar as suas virtudes. Só há pai no fundamento da humanidade a partir do momento em que há morte e em que essa conjunção do pai e da morte *é incorporada*, abrindo o sujeito ao conhecimento desse veículo corporal que ele inaugura devorando o de um outro. (p. 14)

Então podemos propor que tanto o corpo morto deverá estar presente no corpo, quanto a presença mesma desse morto só se dá por uma operação, por uma manobra fruto de um assassinato. Isto é o que permite que a subjetividade possa contar com aberturas — e conseqüentes fechamentos — balizadas por um gozo dito fálico.

“A operação assassinato do Pai consiste em uma determinada forma de assunção desta função de abertura” (Leclaire, 1992, p. 41).

Ainda não temos a resposta à pergunta acima formulada , ou seja, que o morto fará parte desse corpo, como nos atesta Freud; a questão de como esse corpo se *apropriará* pela operação de assassinato do Pai merece mais cuidado em sua elaboração.

Faltou questionar, procurando uma pontuação mais clara, se ele saberia nos dizer quando pela primeira vez se “ouviu” alcoolista.

A função dessa operação é causa de um sujeito, ordenando um esquema relacional de objeto que podemos traçar como um roteiro, fora de qualquer narrativa prévia, porém possível de apreensão depois de atuado em sua fantasia. O sujeito teatraliza seu fantasma originado pelo corpo da mãe e atravessado pelo assassinato do Pai.

O corpo do morto, assassinado e devorado, contém a angústia necessária para a organização dessa dinâmica teatral do jogo da vida inserindo o sujeito em causa e desejo de si. Como precisa Lacan (2005): “(...) que não há causa senão depois da emergência do desejo, e que a causa do desejo não poderia ser sustentada de forma alguma por um equivalente da concepção antinômica da causa de si” (p. 65).

A operação de assassinato do Pai é a construção de um morto que a partir daí está vivo, se faz presente em si.

A causa do desejo é causa de si, razão, motivo, interesse sobre o objeto que desde ali se ordena em sua relação com o mundo, buscando para sempre seus sucedâneos, em equivalências simbólicas que exprimem a possibilidade ou não de abertura e fechamento dessa pulsão, ou gozo. O falo terá sua potência balizadora guiada por esse fantasma.

Temos então o nascimento da subjetividade, como propõe Leclaire (1992):

Tudo isto é habitualmente tematizado enquanto nascimento da subjetividade, entrada no mundo do desejo, realização ou assunção da castração, termos que tendem a descrever o que ocorre no momento da instauração de uma subjetividade ou, mais exatamente, da especificação de uma organização libidinal, ou seja, de um fantasma. (p.42)

O Outro, assim, seria o responsável pela barragem, pela significação balizada e não mais pela queda em um precipício objetual idealizado, pois sem o morto presente no corpo o jogo da vida é idealizado, como se fosse sempre ganhador. Ou pior, se houver a

perda no jogo, não haverá mais crédito na possibilidade de voltar a apostar; seria um jogo com um fim sempre mortífero, como o encontro entre a demanda materna e o objeto – filho – que se proporia a completá-la como se assim se completasse o Eu Ideal.

É, portanto, na dinâmica envolvida entre o Ideal do Eu e a constituição do Eu Ideal que observamos as conseqüentes formações do Eu e suas possibilidades administrativa e econômica objetal.

Para respondermos a isso devemos nos ater aos modos relacionais presentes na constituição do fantasma infantil, sua fantasia sobre a realidade que o cerca e a possibilidade que terá para lidar com as forças que o atravessarão enquanto superego, Ideal do eu e Isso.

O caráter infantil que organiza a posição do alcoolista frente às injunções que o impelem a beber, tem origem em suas relações mais arcaicas de evolução.

Calligaris (1990) assim propõe a compreensão da operação da formação do Eu Ideal (e conseqüentemente do fantasma):

O Eu ideal se constitui então [...] como uma verdadeira miragem [...], pois se trata de um efeito ótico, da impossível adequação entre [...] a demanda materna e o objeto que a essa demanda poderia ser proposto. Se existisse uma adequação entre demanda materna e o objeto que a essa demanda poderia ser proposto, objeto que poderia satisfazê-la, o Eu ideal seria realizado. Desse ponto de vista vocês imaginam tudo o que implica essa realização, uma realização se fosse possível – duma certa forma nunca é devidamente – [...] seria certamente uma realização mortífera, porque se fosse possível dar uma resposta adequada à demanda materna o destino do sujeito seria fundamentalmente desaparecer. Até porque [...] o primeiro objeto que qualquer um propõe como eventualmente adequado à demanda materna é sempre si mesmo, como objeto possível dessa demanda. Está de fato que esta resposta à demanda materna é inadequada, mas ao mesmo tempo continua sendo geralmente o horizonte da nossa perspectiva de gozo. O horizonte do que poderia ser para nós um gozo ao qual não temos acesso, mas um gozo que nós perseguimos, é esse tipo de horizonte aí, ou seja, a idéia de poder ser, o objeto adequado à demanda materna, de poder realizar o nosso Eu ideal. (p. 7-8)

Considerando a operação de constituição do Eu ideal como essa instância que se forma a partir do modo como se orienta a sujeição e lugar do sujeito ante a demanda do Outro primordial, a posição que ocupará o Pai em sua função legislante (ou não), virulenta e radical na operação de separação desse corpo do corpo da Mãe, dirá do lugar que essa operação de constituição do humano formará como base de suas primitivas relações que poderão — ou não — responder de modo mais ou menos autônomo às demandas do Outro, que em sua direção de constituição dos objetos no mundo é o modo como o sujeito poderá ou não responder ao desejo do outro.

A partir daí podemos, então, nos perguntar como se forma isso que Lacan nos enuncia enquanto presente no nível da castração onde, ratificado pela lei simbólica — presença do Pai simbólico por essa Mãe — organiza, a partir de um *suporte e seu inverso*, o que se coloca enquanto função de *punição* (a dimensão do gozo e seu correspondente em culpabilidade, sanção e castigo, retomando Leclaire), e que *não pode ser um objeto real*.

Observando a função que a bebida produz justamente enquanto *objeto real* que pode apaziguar a falta do objeto presente, não na relação de castração, mas sobre a relação de frustração, devemos então nos perguntar de que modo se constituem o *suporte e seu inverso* (isso que o endereça e enlaça na Coisa), bem como o papel da *punição* para o alcoolista.

O *suporte* de toda relação objetal se faz representar pelo lugar que o Ideal do eu presentifica na mesma.

Anterior ao caráter do eu: “O caráter do ego é um precipitado de catexias objetais abandonadas e [...] contém a história dessas escolhas de objeto” (Freud, 1923, p. 42).

O Ideal do eu está presente nas primeiras identificações como orienta Freud:

Entretanto, seja o que for que a capacidade posterior do caráter para resistir às influências das catexias objetais abandonadas possa tornar-se, os efeitos das primeiras identificações efetuadas na mais primitiva infância serão gerais e duradouros. Isso nos conduz de volta à origem do ideal do ego; por trás dele jaz oculta a primeira e mais importante identificação de um indivíduo, a sua identificação com o pai em sua própria pré-história pessoal. (ibid., p. 43-44)

O Pai será vivido em sua potencialidade manifesta e articulante desde o lugar de devir situado a partir da operação edípica, ou seja:

O amplo resultado geral da fase sexual dominada pelo complexo de Édipo pode, portanto, ser tomado como sendo a formação de um precipitado no ego, consistente dessas duas identificações unidas uma com a outra de alguma maneira. Esta modificação do ego retém a sua posição especial; ela se confronta com os outros conteúdos do ego como um ideal do ego ou superego. (ibid., p. 46-47)

Como explica Ambertín (2003): “A intrusão paterna se faz ouvir desde as duas margens: Édipo e *isso*” (p. 124).

E observamos que o ideal do ego compõe com alguns dos objetos que lhe cercam relações de natureza “mais alta”, como escreve Freud (1923) (ainda que com certa vacilação ao propor uma distinção mais forte entre o ideal do ego e o superego):

E aqui temos essa natureza mais alta, neste ideal do ego ou superego, o representante de nossas relações com nossas relações com nossos pais. Quando éramos criancinhas, conhecemos essas naturezas mais elevadas, admiramo-las e tememo-las e, posteriormente colocamo-las em nós mesmos. (p. 48)

Não podemos deixar de notar que o mesmo Freud propõe que se observe quando essa “natureza mais alta” não consegue ser vivenciada senão sob crueldade e culpa: “O superego, contudo, não é simplesmente um resíduo das primitivas escolhas objetais do id; ele também representa uma formação reativa enérgica contra essas escolhas”. (ibid., p.47)

O superego surge, como sabemos, de uma identificação com o pai tomado como modelo. Toda identificação desse tipo tem a natureza de uma dessexualização ou mesmo de uma sublimação. Parece então que, quando uma transformação desse tipo se efetua, ocorre ao mesmo tempo uma desfusão instintual. Após a sublimação, o componente erótico não mais tem o poder de unir a totalidade da agressividade que com ele se achava combinada, e esta é liberada sob a forma de uma inclinação à agressão e à destruição. Essa desfusão seria a fonte do caráter geral de severidade e crueldade apresentado pelo ideal – o seu ditatorial “farás”. (Freud, 1923, p. 67)

Para concluir, sobre a função do ego e a formação do superego em sua dinâmica mais devastadora:

Dissemos que a função do ego é unir e conciliar as reivindicações das três instâncias a que serve, e podemos acrescentar que, assim procedendo, ele também tem no superego um modelo que pode esforçar-se por seguir, pois esse superego é tanto um representante do id quanto do mundo externo. Surgiu através da introjeção no ego dos primeiros objetos dos impulsos libidinais do id – ou seja, os dois genitores. Nesse processo, a relação com esses objetos foi dessexualizada; foi desviada de seus objetivos sexuais diretos. Apenas assim foi possível superar-se o complexo de Édipo. O superego reteve características essenciais das pessoas introjetadas – a sua força, sua severidade, a sua inclinação a supervisionar e punir. Como já disse noutro lugar, é facilmente concebível que, graças à desfusão de instinto que ocorre juntamente com essa introdução no ego, a severidade fosse aumentada. O superego – a consciência em ação no ego – pode então tornar-se dura, cruel e inexorável contra o ego que está a seu cargo. O imperativo Categórico de Kant é, assim, o herdeiro direto do complexo de Édipo. (Freud, 1924, p. 184-185)

Essa passagem do texto freudiano sobre a distinção nas metas sexuais e o desvio ocorrido, e que se dirigirão tanto para o Ideal do eu quanto para o superego, distinguem-se nas seguintes características:

Ao passo que a dessexualização e o desvio das metas sexuais para objetos não parentais adquirem no Ideal do eu um aspecto amável que promove a proteção narcisista do eu, a dessexualização no superego desata o vínculo pulsional – vida e morte – e, no campo aniquilante da pulsão de morte, encontra a crueldade mais potencializada que, devastando o amável das

identificações, hostiliza brutalmente o eu. (Ambertín, 2003, p. 124)

O Pai, no sintoma alcoólico acaba **incorporado** (como veremos no próximo capítulo) como objeto vil, abjeto, desprezível. O Ideal do Eu, agora vociferação superegógica, nos orienta que em sua formação devastada pelas identificações reiteradas sobre catástrofes indizíveis (pois fora da comunicação) em seu corpo, compõe os sintomas vivenciados pelos alcoolistas em seu trato sobre o desejo e sobre as responsabilidades com os objetos do mundo.

Através dos sintomas da incorporação, é o ideal do ego vil que reclama direito de cidadania. Pode-se sustentar, desde então, que toda fantasística oriunda da incorporação busca reparar — no imaginário — uma ferida real que afetou o objeto ideal. A fantasística da incorporação não faz senão trair o voto utópico: pudesse a lembrança do que foi um abalo nunca ter existido, ou, mais profundamente, não ter tido o que abalar. (Abraham e Török, 1995, p.253)

Mais do que um Pai fraco, o desejo utópico, mas sempre presente, é que o Pai pudesse nunca ter existido.

Este breve desvio se fez necessário para que a compreensão sobre essas três instâncias possa demarcar suas formas de intervenção no, e a partir do Ego.

O **Eu Ideal**, em sua função de fantasma, função que se propõe a compor a fantasia imaginária do sujeito, sua demanda e desejo; o **Ideal do Eu**, instância que dirá do horizonte possível a ser vislumbrado, promessa de futuro possível para o sujeito, esperança centrada na espera (ou seja, o quanto poderá entrever de um futuro através de sua subjetividade) e o **superego**, instância que inscreve a “virulência” em ação no ego enquanto resto do crime primordial do assassinato do Pai, podendo atingir níveis de ferocidade e brutalidade indescritíveis.

A partir daí observamos em sua constituição e funções a instância egóica.

Aulagnier (1979) compreende o Eu enquanto resultado dessa operação na qual a união, reconciliação e reivindicação do eu ideal se articulará com as três instâncias que serve: superego, id e mundo externo (realidade), propondo:

Esta identidade estrutural é assegurada pela imutabilidade do esquema relacional próprio a cada sistema, e tem como primeiro resultado que toda representação é indissociavelmente representação do objeto e representação da instância que o representa, e toda representação na qual a instância se reconhece, representação de seu modo de perceber o objeto. Se transpusermos o que dissemos para a esfera do processo secundário e do Eu, que é sua instância, podemos fazer uma analogia entre atividade de representação e atividade cognitiva. A finalidade do trabalho do Eu é a de forjar uma imagem da realidade do mundo que o cerca e da existência do qual ele é informado, que seja coerente com sua própria estrutura. Conhecer o mundo equivale para o EU representá-lo de maneira que a relação entre os elementos que ocupam a cena lhe seja inteligível, isto é, que o Eu possa inseri-los num esquema relacional, que é o seu próprio. [...] O Eu não é senão o saber do Eu sobre o Eu. (p.29)

Instância administrante e submetida às outras instâncias enquanto tópica de reconhecimento de si, determinante em nosso trabalho, pois justamente aí no alcoolismo encontramos razão para crer que o ego se encontra profunda e agressivamente submetido, quando se trata de sua relação com o superego.

As nossas idéias sobre o ego estão começando a clarear e os seus diversos relacionamentos ganham nitidez. Vemos agora o ego em sua força e em suas fraquezas. Está encarregado de importantes funções. Em virtude do sistema perceptivo, ele dá aos processos mentais uma ordem temporal e submete-os ao “teste da realidade”. (Freud, 1923^a, p. 67)

Se o ego organiza a partir de suas relações com o id e o superego a temporalidade a que está e estará submetido, ou seja, desde sua percepção corporal até os destinos inscritos no fantasma e que ordenarão as fantasias, encontramos sua condição psicopatológica inscrita nesse mesmo tempo.

O ego é responsável pela representação imaginária que o sujeito comporta em si. Berlinck (2000), de maneira sistemática nos apresenta esta parte do aparelho psíquico que, nesta articulação será responsável:

- a) por uma imagem sintética de si;
 - b) pela administração de uma organização interna: o eu cuida para que o aparelho psíquico não seja assolado nem pelas exigências do chamado supereu nem pelas pulsões, pelos impulsos vindos do inconsciente, ou isso. Nesse sentido, o eu desempenha função semelhante à desempenhada por um administrador de empresas;
 - c) finalmente, o eu desempenha também uma função de economista. Ele é responsável pelos investimentos que são feitos pelo aparelho psíquico, ou melhor, pela quantidade desses investimentos bem como protege o aparelho psíquico de forças externas que atingem com menos ou mais violência a sua superfície.
- Quando o eu adoece, ele se torna despersonalizado e sujeito a paixões. Tornamo-nos sujeitos a impulsos que não controlamos e apresentamos uma incapacidade de nos proteger dos estímulos do mundo externo. O eu se enfraquece também quando nos deixamos enamorar e ficamos muito identificados com um objeto. (p. 172)

Eu, superego e Ideal do Eu, instâncias que se ordenarão em delicada dinâmica e se apresentarão na forma de sintoma no sujeito.

Podemos agora estabelecer onde encontraremos as evidências do assassinato do Pai desde suas primeiras incidências.

Convocaremos Abraham e Török (1995) para nos auxiliar nessa empreitada:

Se, como eu defendo aqui, a fantasia, seja ela qual for, é da ordem da linguagem, parece-me certo que os interlocutores a que ela visa, por mais imaginários que pareçam ser nas exigências e atributos que lhes conferimos, se revelam de uma outra ordem de realidade, precisamente da ordem dessa realidade graças à qual a linguagem e a fantasia são possíveis. Poder-se-á sempre sustentar que a fantasia de culpa diz respeito ao discurso imaginal, mas onde situar, então, a culpa ligada a certas fantasias, e, em particular, às fantasias de punição? (p.120)

Não haverá possibilidade de pertencimento ao corpo fora da esfera culposa desse crime. Poderá até haver corpo, mas o pertencimento a ele depende dessa condição. A “outra ordem de realidade” não se encontra nos caracteres imaginários dos pais (apesar de as fantasias assim se presentificarem), mas sim nas funções que esses sujeitos orquestrarão e oferecerão a esse corpo quando de sua chegada no campo do Outro, da cultura, do espaço público. Para que um corpo possa iniciar sua possibilidade de assujeitamento ele deverá passar por uma culpa. Oury e Depussé assim propõem essa chegada:

Numa primeira relação com o mundo ocorrem as primeiras inscrições, correlativas a uma frágil afirmação do estar vivo. Caracteres se depositam que permitirão a estruturação de edifício e autorizarão o corpo, *leib*, a se construir. Encontramos isso no *Entwurf* (projeto), em que Freud imagina, nas duas primeiras colunas, nesse depósito de caracteres ao qual ele atribui uma idade razoavelmente fantasística (antes de um ano etc.). É uma inscrição anterior à letra. No nascimento o Real não está nos esperando. “O corpo goza do Real”, diz Lacan, “através da linguagem”. Nós somos ordenados ao Real unicamente pelos significantes. É preciso realizar um nicho no que teu amigo Jean-Claude Milner chama de “o indistinto e o disperso como tal”. A linguagem faz buraco no Real. Fazer um nicho, uma espécie de concavidade, supõe que, para existir, é necessário uma rejeição primordial do que está em volta, ligada à afirmação de estar vivo. Furar o Real não significa ser engolido por ele. (p.76-77; tradução livre)

Furar o real significa inscrever uma rejeição nesse campo, rejeição primordial que revela as primeiras inscrições da culpa sobre esse crime tão necessário à vida. E se a afirmação de “estar vivo” revela e orienta a causa do desejo enquanto “causa de si”, como disse Lacan, não há como não se curvar ante o peso de um crime que desde sempre e para garantia desse corpo, deverá ser lembrado, falado, vivido e atuado, pois do corpo se tornou seu núcleo.

Retornando a Abrahan e Török (1995):

Por detrás dos crimes, dos cadáveres, dos assassinatos, reencontrar-se-á a lembrança de uma volúpia que se enquistou de tal modo, aguardando sua ressurreição. O assunto morrerá, talvez, mas sua esperança é eterna. (p.120)

Essa “esperança” aguarda justamente o momento, o ato, o enlace significativo que possa reiterar sua marca, retomar seu traço no corpo. Quer anterior ou como letra cifrada no corpo, é aí que retorna o “discurso” que envolve o sujeito enquanto alcoolista e que, a partir daí o insere em um campo de significações que não mais poderá retornar à ingênua ingesta de bebidas em que o porre era vivido como momentâneo e apto a deixar o corpo após a desintoxicação.

O porre agora é marca subjetiva de um corpo e comanda suas relações com o mundo. Isso para termos idéia da força desse retorno esperançoso, pois paciente, da culpa sobre o índice discursivo que chancela um corpo. Índice doravante culposos.

E por que o crime imaginário? Por que culpa?

Ora, o que diz o mito? Que pena, o pecado aconteceu, experimentamos o fruto proibido, ganhamos a ciência, mas perdemos o bom pai. Ou a outra variante: que pena, o pecado aconteceu, ganhamos o castigo de viver e perdemos o ventre providencial. O que, tanto num caso quanto no outro, se escamoteou é a alegria de viver fora dessa morna felicidade paradisíaca, fora desse aquário climatizado, é a volúpia de morder essa maçã da ciência, é o prazer propriamente orgástico de se despertar a si e ao mundo, prazer que todos nós vivenciamos enquanto crianças, e que vivenciamos inclusive a respeito de experiências ditas más, já que elas permitiam nos encontrar. (ibid., p. 121)

O ser passa da condição de ingênuo à condição de culpado. Passa agora a se servir da linguagem, ele agora tem “duas caras”; deverá entrar no jogo tanto para jogar — pois não fazem mais isso por ele satisfatoriamente — quanto para obter prazer.

“O inocente é aquele que só tem uma cara, que é rude, franco e direto, que ignora a duplicidade e até mesmo a própria linguagem. Culpado será, portanto, aquele que não escapou à duplicidade, que se serve da linguagem”. (ibid., p.121)

Podemos pensar se o alcoolista, em sua arrogância, franqueza e ingenuidade, *quando alcoolizado* e proferindo os discursos que tanto envergonha, irrita e perturba o outro não estaria a não ser revivendo, reatualizando essa conjuntura econômica da relação primordial com o Outro, numa tentativa agonizante de retorno à inocência alienante à demanda desse Outro, pois até mesmo estará fora do lugar de sujeito já que não ciente de seus atos sob a embriaguez alcoólica.

O fato mesmo dessa constituição de duplicidade, de perda da inocência nada mais é que um resultado natural de um processo de abandono e introjeção da mãe, “isto é, de interiorização da relação inicialmente inocente na mãe” (ibid., p.122).

Será a partir desse momento, inscrição primordial do ser no tempo, que a culpa primeira se instala, na “etapa mais arcaica da constituição do Ego” (ibid., p. 122).

Culpa primeira que conduz à separação pela duplicidade pertencente à dualidade sujeito-objeto e que se revela sem juiz nem crime, pois os mesmos “abandonaram a cena no momento mesmo da introjeção” (ibid., p.122). Porém, o que realmente se manterá fixado, é o registro que a representação inconsciente fará de si por não poder mais ignorar o “pecado indizível de que ela é, ao mesmo tempo, vítima e acusadora anônima: justamente o de ter sido submetida à introjeção” (ibid., p.122).

Poderíamos então nos perguntar: de onde surgiriam as recriminações “criminosas”, que nos alvejam constantemente? A resposta não poderia ser outra: de nossa “duplicidade”. Como explicam Abraham e Törok (1995): “A fantasia do ‘crime’ não seria, então, nada mais do que uma racionalização retrospectiva da culpa inerente ao ato mesmo da introjeção”. (ibid., p.122)

Aulagnier (1990) assim expõem a dinâmica da introjeção:

O que se passa neste primeiro estágio é de uma ordem completamente diferente: é o domínio da *alucinação do significante*. Sempre me surpreendi pelo fato desse termo tão patognômico da psicose ter sido, por Freud, empregado para

descrever a primeira reação do sujeito face à ausência do objeto desejado. O que vemos quando da alucinação do objeto-seio, é o acionamento daquilo que poderíamos chamar “receptores desse primeiro objeto”: é pela reprodução, ao nível da boca, de movimentos de sucção, que a criança alucina o seio. E essa alucinação (como se dará na psicose clínica) já tem aqui seu mecanismo específico: a introjeção, que pertence a um registro completamente diferente do registro da identificação. (p.25)

Portanto, longe de ser algo constatado unicamente na clínica das psicoses enquanto fenômeno, a introjeção “interioriza uma relação, instala em si mesmo um objeto que serve de referência para a apreensão do objeto externo, supõe, com efeito, que nós temos a faculdade inata de ser sujeito e objeto para nós mesmos”. (Abraham e Török, 1995, p.123)

A confusão conceitual entre identificação e introjeção é freqüente. A identificação entra no processo da introjeção, mas devemos estar alerta: “O resultado da introjeção é uma relação com um objeto interno, enquanto o resultado da identificação é designação do lugar em que o sujeito se fixou momentaneamente” (ibid., p.125).

A introjeção é a instalação de um objeto. Desde o corpo alienado e ingênuo até o objeto da realidade, esse é o processo pelo qual passa o sujeito em sua constituição de percepção da realidade – seja qual for a ordem que daí se estabelecerá (o que não significa que essa “ordem” não estabelecerá diferenças nesses contornos marcantes entre as estruturas clínicas). Como explicam os autores:

Vê-se por aí o ponto de articulação próprio da coisa introjetada: ele deriva de uma relação inocente, efetua o desdobramento do objeto, depois, na duplicidade, ele se torna o instrumento de antecipação de uma relação não inocente. É precisamente aí que intervém a prova da realidade. (ibid., p.124)

A partir daí reajustes de “força” econômica deverão estabelecer os limites de comporta ao estabelecimento dos objetos que comporão a realidade subjetiva de um corpo. Quando a realidade erigida representacionalmente não corresponder à prova da

realidade exigida, quando ela for “negativa”, o conflito deverá provocar reajustes do objeto interno. “O processo de introjeção – por si mesmo prazeroso – se acha então modificado pelo elemento de sofrimento. O que reforça a culpa essencial, inscrita na relação com a Imago” (ibid., p. 124).

A origem da introjeção é *Eros*; propõe ligação entre corpos, ligação para o corpo onde os objetos se presentificarão e esse corpo, então, terá condições de realizá-los antecipadamente para se submeter às suas demandas de prazer. Mas se sua origem é erótica não devemos esquecer que seu destino de “desembocar na culpa não poderá ignorar o verdadeiro sentido do prazer no qual ela se realizou”. (ibid., p. 124)

“Penso que fundamentalmente existem apenas duas Imagos ¹⁵ introjetadas, uma masculina, outra feminina” (Abraham e Török, 1995, p. 124). O pensamento dos autores é eminentemente clínico, se uma das Imagos estiver oculta, devemos observar sua dinâmica na esfera econômica e sintomática de suas conseqüências, para lhe dar ou tornar a dar “direito de cidadania”. (ibid., p. 124)

Portanto, está em jogo a relação das Imagos com a linguagem. Jogo que se traduz entre o que elas informam e o que o sujeito lhes diz sobre a possibilidade de reconhecer que existem mutuamente. Posições entre as Imagos que não permitam uma circulação dialética apresentarão uma ordem defensiva frente à ausência de uma das Imagos, e quando isso se torna um sintoma – sem esquecer que “o sintoma traduz um discurso da Imago” (ibid., p. 125) – doente, significará “a realização de um julgamento, de uma maldição, de um voto mau da Imago”. (ibid., p. 125). Aqui, o sintoma se transforma, para o sujeito, em doença.

¹⁵ “Protótipo inconsciente de personagens que orienta seletivamente a forma como o sujeito apreende o outro; é elaborado a partir das primeiras relações intersubjetivas reais e fantasísticas com o meio familiar. O conceito de *imago* deve-se a Jung [...] que descreve a imago materna, paterna e fraterna. [...] A imago designa uma sobrevivência imaginária deste ou daquele participante dessa situação. Define-se muitas vezes a imago como “representação inconsciente”; mas deve-se ver nela, em vez de uma imagem, um esquema imaginário adquirido, um clichê estático através do qual o sujeito visa o outro”. (Laplanche e Pontalis, 1992, p. 235).

As condições para o surgimento de tal aspecto da relação do sujeito com sua Imago se articularão de modo especial nesses casos:

Quando uma tal identificação é aplicada a um sujeito exterior que realiza o Ideal emprestado à Imago, temos que proceder a uma identificação dita narcísica. Esta não é da ordem da introjeção, mas, antes, da projeção. É uma maneira de aliança das mesmas com relação à Imago visada, ou comportando com muita frequência uma partilha dos papéis com relação à Imago. Cada vez que a identificação não serve à introjeção de uma relação, ela deve ser considerada como uma defesa e, em particular, como a identificação com a Imago. Ora, identificar-se à Imago ou ao seu complemento ideal opõe-se seguramente a uma exigência da evolução imaginal, ser nós-mesmos. (ibid., p. 125)

Essa condição de identificação — que não serve à introjeção — com a Imago poderá gerar um tal grau de conflito entre o sujeito e a prova de realidade, que o mesmo se encontrará impossibilitado de encontrar uma resposta à exigência que a prova da realidade lhe impõe. Assim, não lhe resta outra saída a não ser viver uma alienação do ego.

As condições para que um sujeito tenha de se haver frente à exigência de se fixar ante a própria Imago, se dão não pelo fato “de ter sido introjetada uma vez, mas muito mais por não ter resistido à prova da realidade” (ibid., p.126). Observamos assim a constituição da posição “maníaco-melancólica”.

Com efeito, na mania, tanto quanto na melancolia, o Ego parece totalmente eclipsado. Não subsiste mais nada além de uma das Imagos, a da mãe arcaica e onipotente. O sujeito, conforme seja ele maníaco ou melancólico, fixa-se seja na própria Imago — como na identificação maníaca — seja no complemento ideal da Imago — como na auto-acusação melancólica. [...] A morte, a maldade, a inconstância de seu homólogo externo determinaram a reintrojeção da Imago, isto é, sua reconstituição idealizada a partir do próprio sujeito. Ora, a mania-depressiva se desencadeia, não com a perda do objeto externo, mas com a ameaça de perder o objeto interno indispensável. (ibid., p. 126)

Em nosso caso clínico, pensamos que W. nos indica em seu relato que desde a morte de seu pai, e sob as constantes ameaças vividas sob o jugo de seu padrasto, vai constituindo um modo específico de relação com a realidade que o cerca.

Ele não é realmente jamais chamado o suficiente, *interpelado*, denunciado pelo indicador da lei como desejo do pai (e também não suficientemente protegido pela amorosa indulgência de uma verdadeira mãe), para sentir-se designado como portador virtual de um título de homem a assumir mais tarde nas horas das provas e nos minutos da verdade da vida. (Perrier, 1992, p. 354)

Podemos inferir que seu trânsito pela vida vai se ordenando até o momento em que se vê obrigado a responder a algumas exigências do mundo que o cerca (trabalho, mulher, a filha etc.) e encontra de modo privilegiado a bebida e o discurso alcoólico.

A partir daí observamos em seu relato que encontra, em seu modo maníaco-melancólico aliado ao álcool, maneiras de lidar ciclicamente com suas Imagos: ou responde às exigências das provas de realidade a partir da própria Imago, sem conseguir acessar seu ego em auxílio dessa mediação vivendo assim episódios maníacos de resposta (como as recaídas ao objeto maníaco por excelência em sua vida, ou seja, o álcool) às demandas do Outro, ou responde a partir da Imago de sua mãe arcaica e onipotente vivendo assim o torpor melancólico auto-acusativo, não tendo, também aí, possibilidade de acessar a si mesmo como mediador dessas exigências entre o mundo externo e o mundo interno, não estabelecendo uma representação viril dessa exigência.

Esse modo de defesa se instala a partir do momento em que as experiências de sofrimento e morte o alertam sobre um risco — catastrófico — ao ter de se haver com seu pacto criminoso frente à introjeção em seus primórdios de constituição. Um modo de não poder reconhecer o prazer de introjeção de seus objetos.

“Nos dois casos, trata-se de negar o ‘crime’ que é, em última análise, o de ter introjetado o objeto. A supervalorização da culpa não engana ninguém a não ser a

Imago. Trata-se de esconder dela que ela foi introjetada no prazer”. (Abraham e Török, 1995, p. 126)

As relações interpessoais vividas entre os alcoolistas e os “outros” — não alcoolistas — encontram, na expressão de um modo estereotipado de discurso, a condição de contratransferência que provoca nesses outros uma incredulidade quanto ao saber desse sujeito sobre si, quanto ao real desejo de parar de beber, de se comprometer realmente com um tratamento, da irresponsabilidade em seu caráter. Afinal, as acusações de mau-caráter, vagabundo, egoísta etc. se conformando, sob esse modo de responder à imago, um modo de proceder “que não engana ninguém”.

Esse modo de relação endereça o alcoolista à sua sina de ter de se esconder de sua condição representativa imaginária. Ter de se esconder de si — já que a culpa acusadora anônima sobrevirá — cada vez que confrontado a ter de comparecer quando o outro o chama.

Toda análise dirá de uma atenção detalhada sobre a culpa mais arcaica (culpa que escapará à sua detecção pelo motivo de origem, ou seja, ter de se fazer culposa e ao mesmo tempo ter de se esquecer, fazer o luto de si). Enquanto analistas não fazemos outra coisa com ela a não ser “reconstituí-la por uma especulação sobre os limites” (ibid., p. 122) aí alcançados.

Perrier (1992) comentando as relações entre o álcool e a melancolia dirá:

Acreditamos “que regar” um trabalho de luto pode criar o homólogo de uma melancolia se a perda do objeto amado concerne o perdedor, no *seu ser* e não no *seu ter*. Envenenando-se iterativamente e passionavelmente até que a morte aconteça mais tarde, é dele mesmo e não do outro que o alcoólatra faz seu interminável luto. (p. 349)

“A tríade maníaca de negação, de desprezo triunfante e do domínio onipotente – já que ela diz respeito a uma identificação com a própria Imago – oferece uma excelente garantia de que o ‘crime’ da introjeção nunca será conhecido” (Abraham e Török, 1995, p.126).

E o álcool, enquanto elixir que produz o efeito do encanto alquímico, enquanto transmutador, estará sempre presente garantindo que essa morte criminosa – o assassinato do Pai – não se efetive.

Com os tratamentos oferecidos ao alcoolista percebem-se esse movimento insidioso de intervenção do elixir alquímico e as sentinelas de plantão do Ego, vislumbrando uma possibilidade de afastamento dessa armadilha; constituiu-se o que chamamos de “Tabu do primeiro gole”.

Escuto uma frase que acompanha o trajeto de quem se aventura com insistência no tratamento com alcoolistas: “Há que se evitar o primeiro gole”. Esta frase sempre me intrigou: o que pode conter de tão perigoso, de tão incontrolável neste aviso? Com que forças o sujeito se depara ao ter de afastar esse gole, sempre primeiro, e sempre derradeiro? E ainda, com que forças se deparam ante a atração e queda nesse ato?

Essa frase está presente nas propostas terapêuticas das organizações matriciais que tratam desse sintoma, mas também a ética médica se apóia nesse preceito; todo esforço deverá ser endereçado no intuito de se evitar que o sujeito recaia na bebida.

Tanto pelo modo reiterado¹⁶ com que se impunha em muitos dos grupos terapêuticos ou nas sessões individuais com os pacientes internados, essa frase faz alusão a um **tabu**, e a desobediência a ela conduz à trágica recaída no álcool.

Freud (1913-1914), em seu texto “Totem e tabu”, nos orienta, a partir de extratos e resumos do artigo “**tabu**” da *Encyclopaedia Britannica* (1910-1911) de autoria do

¹⁶ Por vezes irônico ou debochado, em frases prontas, ou em forma de ditado popular, esta referência aparece sempre como, por exemplo, dito por um paciente em trabalho de grupo: “Do primeiro (gole) para o mil, só depende do barril”.

antropólogo Northcote W. Thomas, que ao situarmos o termo a partir de algumas abrangências, e em seu trato objetivo, podemos precisar que o tabu serve (para além de outros objetivos), “à precaução contra os perigos decorrentes do manuseio ou entrada em contato com cadáveres, ingestão de certos alimentos etc.” (p. 38). Pouco mais à frente, Freud propõe que a fonte, o poder de um tabu “é atribuída a um poder mágico peculiar que é inerente a pessoas e espíritos e pode ser por eles transmitido por intermédio de objetos inanimados” (p. 39).

São admiráveis em sua força e consequência as referências propostas à manifestação do não cumprimento dos avisos concernentes aos objetos e âmbitos que dizem respeito ao tabu. Tanto o reino dos mortos, quanto objetos específicos – e no presente estudo o álcool é o objeto tabu – têm aqui posição privilegiada como esse objeto ao qual deve se manter distância, objeto que deve se manter guardado do manuseio.

Perrier (1992) também aponta nessa direção quando escreve:

Beber não é incorporar, com ou apesar do consentimento, os poderes, saberes, riquezas e prazeres secretos *de quem não se é* – Amores, mortes e corpos? A partir desta primeira evocação (em preto e branco e mudo, como na cinemateca), pode-se passar do tragedismo alcoólico ao lúdico de um jogo de cabra-cega solitário; aquele do bêbado que se entrega e brinca às cegas na sua relação com o outro. (p.337)

É justamente frente a isso, a esse poder, que o alcoólatra deve se guardar. Ou seja, a proximidade com esse objeto pode desencadear uma série de aproximações com o reino de seus mortos que não mais o deixaria seguro quanto a uma possível ameaça à sua integridade egóica.

A clínica nos responde que a proximidade com o objeto álcool acarretaria o momento e movimento suficientes de brecha a toda uma avalanche de intromissões por

parte de outras instâncias “interessadas” em justamente surgir pelo buraco que essa guarda baixa propicia.

Superego e Ideal do Eu tomam as rédeas segundo sua orientação fantasmática e passam a ditar, em um modo de gozo desregrado, o devir do sujeito.

O tabu do primeiro gole seria a defesa necessária, o portão defensivo à entrada em cena não mais do fantasma de sua história, mas sim da fantasmagoria de sua existência, gerando assim não uma recusa dessa existência, mas, mais do que isso, o retorno à cena fantasmática de lembranças carregadas de afetos intoxicantes, angustiados ou ansiosos.

Manifestação melancólica do objeto sobre o qual não se consegue desprender sem se perder – aqui os efeitos de apagamento do sujeito em embriaguez alcoólica são exemplos desse momento em que não responde absolutamente por seus atos e que, posteriormente, acusa esse mesmo momento como justificativa ao “não saber” já que fora de registro da consciência – no ato mesmo do desprendimento, uma tristeza profunda e irascível lembrando ao sujeito a sua irredutível condição de desamparo.

Ainda citando trecho do artigo consultado por Freud (1913-1914) da *Encyclopaedia Britannica*:

Pessoas ou coisas consideradas como tabu podem ser comparadas a objetos carregados de eletricidade; são a sede de um imenso poder transmissível por contato e que pode ser liberado com efeito destrutivo se os organismos que provocam sua descarga são fracos demais para resistir a ele”. (p. 39)

Pois é justamente este o argumento proposto à distância necessária do “primeiro gole”: “somos [os alcoolistas] *fracos* perante a bebida”.

W. me lança uma fala enigmática, porém preñhe de direções. Quando, ao responder o que entende sobre *depressão* relata o quanto o *sonho* esperança em um futuro se transforma em um julgamento e análise crítica de uma situação, e não lhe permite chegar a qualquer conclusão, e quando “cai em si”, quando consegue encontrar algum centramento em seu pensamento que o orienta sobre sua condição – e aqui há um modo notório de apagamento no alcoolismo, pois que sujeito se enuncia neste momento de embriaguez? – já está alcoolizado.

“Depressão é ter alguns sonhos para realizar e você não conseguir iniciar, pelo contrário, quanto mais passa o tempo mais o sonho fica distante, isso vai dando uma frustração que me leva à bebida, começo a fazer julgamentos, começo a analisar a situação, mas quando percebo já está tudo errado, pois já estou bêbado”.

Essa frase compõe direções das mais importantes para esta pesquisa: o lugar do objeto, seu tempo de ingesta, as condições para que essa equação da ingesta assim proceda e a consequência dessa ingestão.

O problema do primeiro gole é sua consequência imediata; o sujeito tem aí sua *recaída*, seu reinício na compulsão oral marcada pelo objeto álcool. O que se demarca nesse momento é que não se trata de um início qualquer, mas sim *do início*. Início constituinte fantasmático de sua relação de objeto, ou mais, da relação da *falta* de objeto, do objeto que vem complementar o que falta. Nas palavras de Lacan (1956-1957) “Não é um negativo, mas a própria mola da relação do sujeito com o mundo”. (ibid., p. 35)

Lacan propõe três formas de pensar a falta do objeto na constituição da relação objetual para o humano: a privação, a frustração e a castração, enfatizando esta dialética como “um dos pontos mais essenciais da experiência analítica”. (p. 35)

Creio importante situarmos, na brevidade exigida pelo contexto, esses três modos para, em seguida, nos atermos ao específico dessa relação de objeto do alcoolista e sua *falta*.

É claro que a privação, se temos que nos referir a ela, é na medida em que o falicismo, a saber, a exigência do falo, é, como diz Freud, o ponto principal de todo jogo imaginário no progresso conflitual que é o descrito pela análise do sujeito. Ora, é somente a propósito deste real, como uma coisa inteiramente distinta do imaginário, que se pode falar em privação. Não é por aí que a exigência fálica se exerce. Parece mais problemático, com efeito, que um ser apresentado como uma totalidade possa sentir-se privado de algo que, por definição, ele não tem. Portanto, diremos que a privação em sua natureza de falta, é essencialmente uma falta real. É um furo. (ibid., p. 36)

Mas não é ante uma falta real que o alcoolista se vê angustiado frente ao primeiro gole; que não consiga se referir ao objeto que deseja não significa que não deseja algo; o problema é que em sua cadeia significante não se orienta qualquer traço simbólico que lhe responda sobre o que poderia compor essa injunção, e é justamente aí que a bebida se impõe enquanto lenitivo.

Com sua angústia amainada se oferecerá como objeto que o lembrará do que tem de esquecer. A força que faltava para completar o que lhe falta ante a tarefa que lhe é imposta; a coragem para enfrentar o trabalho que lhe exauriu mais do que deveria.

A força exercida pelo desejo do primeiro gole se traduz como um ato absoluto, sem apelação, como um ato desferido por punhal – pois um corte se faz –, mas não se trata do corte neurótico, não se trata da castração enquanto momento de um corte simbólico no sujeito e que tem justamente a função de dar um limite, uma borda ao corpo por orientar “Outro” corpo em sua existência.

O corte aqui é vivido como Imaginário, é sobre a angústia de ter um pedaço de si amputado que o objeto álcool se impõe enquanto objeto privilegiado para esse encontro,

justamente por uma parte do Outro não comparecer simbolicamente; é no contexto imaginário que se supõe o encontro dessa falta:

A noção que temos da frustração, referindo-nos simplesmente ao uso que é feito dela quando dela falamos, é a de um dano. É uma lesão, um prejuízo que, tal como temos o hábito de vê-lo se exercer, para seguir a maneira com que o fazemos entrar em jogo na nossa dialética, é sempre um dano imaginário. A frustração é, por essência, o domínio da reivindicação. Ela diz respeito a algo que é desejado e não obtido, mas que é desejado sem nenhuma referência a qualquer possibilidade de satisfação nem de aquisição. A frustração é por si mesma o domínio das exigências desenfreadas e sem lei. O centro da noção de frustração, na medida em que esta é uma das categorias da falta, é um dano imaginário. É no plano imaginário que ela se situa. (ibid., p. 36)

Este corte não consegue arrefecer o ânimo, inebriar a alma. A frustração sendo vivida de modo isolado, ou seja, sem referência à continuidade da castração, que ordenaria sua condição de espera ante o objeto que frustra, não tem o efeito de prazer, satisfação e posse incessantemente exibido — como exemplo as apelações de marketing — nas imagens da propaganda de bebidas alcoólicas. Seu efeito se parece mais como um trespassamento, um atravessamento do limiar, um desejo que em sua constituição nunca chega a se concretizar e sobre o incessante de uma requisição que não se esgota na ingesta. É por essa senda que transita o alcoolista em sua entrada em cena a partir do primeiro gole. A partir desse ponto cavalga embriagado no inferno, tendo como companheira a morte (e seus mortos que lá deveriam ficar).

Fora da operação de castração ante o poder desse objeto *tabu*, perde-se em uma oferta imaginária deliróide. Se estivesse sob o jugo da castração estaria sobre outra égide:

A castração foi introduzida por Freud de uma maneira absolutamente coordenada à noção de lei primordial, do que há de lei fundamental na interdição do incesto e na estrutura do Édipo. Aí está, se pensarmos nisso agora, o sentido do que foi inicialmente enunciado por Freud. Foi por uma espécie de salto mortal na experiência que Freud pôs uma noção tão paradoxal

como a da castração no centro da crise decisiva, formadora, principal, que é o Édipo. Podemos, no só - depois, nos maravilhar com isso, pois é certamente, maravilhoso que só queiramos não falar disso. A castração só pode se classificar na categoria da dívida simbólica. (ibid., p. 36)

Percebemos que algo *falta*, o alcoolista percebe que algo *falta*, mas mesmo assim esse algo não consegue se circunscrever, não chega até onde deveria (se onde se deve chegar é até o simbólico dessa operação) para se apresentar como isso que deixaria o primeiro gole com um início marcado por um fim, como uma comemoração legislada pelo encontro do ego com seu objeto simbólico que de modo óbvio diríamos, não é um objeto real, mas que complementaria o sujeito em seu estatuto imaginário.

O primeiro gole para o alcoolista alude ao escorregão, ao tombo, ao ato em que o sujeito é digerido junto com o líquido; o sujeito é então literalmente tragado. Não há a sensação de “porre” nesse corpo, não há uma corporeidade que estabeleça um limite pela intervenção do simbólico nesse corpo. Quando o alcoolista cai já levanta para o próximo copo; a ressaca é de outra ordem, até porque não reclama parada da ingesta, mas sim continuidade.

Ato sempre relatado como de impossível parada, impossível estanque, as imagens suscitadas pelos pacientes mostram dramaticidade inesperada; o sujeito se esvai nessa “hemorragia” alcoólica.

A bebida complementaria algo que, enquanto real, se propõe a tamponar o insuportável da frustração imaginária que, nesse momento, não encontra apelação possível à ordem simbólica. Resumidamente, podemos dizer que o objeto álcool se revela real para o alcoolista e imaginário para o bebedor social. Essa distinção é proposta pela constituição em pensar as formas da falta do objeto e sua relação com o sujeito, pois o objeto imaginário é sempre o objeto de que trata a castração, mas não é esse o estatuto do objeto álcool para o alcoolista.

Quando Lacan (1956-1957) comenta as diferenças entre as três formas de falta e suas relações com o objeto, põe em xeque o que se supunha análogo:

É essa comunidade que existe entre o caráter imaginário da falta na frustração e o caráter imaginário do objeto da castração, o fato da castração ser uma falta imaginária do objeto, que nos facilitou crer que a frustração nos permitiria alcançar bem mais facilmente ao centro dos problemas. Ora, não é absolutamente obrigatório que a falta e o objeto, e mesmo um terceiro termo a que vamos chamar o agente, sejam do mesmo nível nessas categorias. (ibid., p. 37)

Dá observamos que o problema suscitado pela frustração no cerne do problema alcoólico em sua relação de objeto, nos conduz a outras problemáticas. Se o caráter desse objeto é real, a que devemos supor essa medida?

Lacan (1956-1957) nos incita, a partir da organização da falta orientada pela castração, e portanto pela via simbólica, a seguir por um caminho de suma importância:

O que falta no nível da castração, na medida em que esta é constituída pela dívida simbólica, a alguma coisa que sanciona a lei e que lhe dá seu suporte e seu inverso, o que é a punição, fica absolutamente claro que não é, em nossa experiência analítica, um objeto real. (ibid., p. 37)

Então essa falta imaginária tem como suporte a incidência de um agente, que em sua relação com a *punição* e seu *inverso* organizou a experiência do alcoolista e seu objeto no âmbito do real. Retornando ao *tabu* pensado em sua natureza de risco, de perigo por sua proximidade com o mundo dos mortos e seus objetos específicos que devem se manter à distância, se na operação da *castração* é da crise decisiva do Édipo que *não queiramos falar disso*, na operação da *frustração* é justamente dessa crise que o sujeito não consegue falar, entretanto também não consegue se livrar dela a partir de um esquecimento; um mundo dos mortos que não cessa de não se enterrar.

Assim se estabelece o sujeito alcoólico que reclama, que reivindica, que é chato e abusado em seu pedido do que lhe falta. Seu objeto o corta imaginariamente em sua demanda mais infantil.

O objeto da frustração, em contrapartida, é realmente, em sua natureza, um objeto real, por mais imaginária que seja a frustração. É sempre de um objeto real que sente falta a criança, por exemplo, o sujeito preferencial da nossa dialética da frustração. (ibid., p. 37)

Lacan (1956-1957) propõe ainda que “tratando-se da frustração, temos a noção proeminente de que é a mãe quem faz o papel do agente”. (ibid., p. 38)

O caráter infantil com o qual o alcoolista masculino se posiciona frente às injunções fálicas que lhe são cobradas atestam esse modo de relação com o agente, mas não sustentam ou explicam outras condições presentes nesse sintoma e que Lacan nos dá a ver como orientação de caminho neste trabalho: sobre que condições se encontra o Pai enquanto função nessa operação, e o que significam as condições de *punição* e seu *inverso*, responsáveis pelo sancionamento da lei simbólica em jogo na relação de objeto vivida na castração, e quais os rumos dessas condições perante o alcoolista?

A experiência da relação objetal que sustenta a posição do alcoolista, posição situada na frustração, articula uma temporalidade circunscrita especificamente a essa relação, ou seja, a partir daí podemos propor que o lugar ocupado pela incidência da função do Pai na constituição egóica do sujeito se encontra em determinado momento temporal: o Pai frustrante.

E como se inscreve essa incidência do Pai que limitará seu acesso – à castração simbólica propriamente dita – ao corpo da criança, sob uma condição em que a relação de objeto se inscreverá como suportada pela operação de frustração? E quais as origens desse encontro entre o corpo da mãe e seu rebento?

Jerusalinsky (2007) oferece preciosa explicação sobre essa operação:

Quando um discípulo de Freud lhe pergunta se o charuto que ele está fumando não representaria uma fixação em relação ao peito materno, ele lhe responde que às vezes fumar um charuto é somente fumar um charuto. Com isso ele quer dizer que os objetos (minha interpretação) nem sempre são outra coisa. Às

vezes são somente o que são e para nós, humanos, isso constitui um problema, já que enquanto sujeitos, ficamos restritos ao gozo desses objetos, isto é, nada podemos fazer a respeito, a não ser gozar deles, não temos como transformá-los em traços significantes, não temos como imaginá-los, não podemos incluí-los em nenhuma fantasia, nem simbolizá-los, e não podemos decidir, escolher o lugar que eles ocupam em nossas vidas. Por isso, quando o objeto aparece tal como ele é, impede de falar dele. E, se tivermos a habilidade, a inventividade de representar esse objeto no outro, o outro, como portador desse objeto, é meramente um suporte, cabide, em que esse objeto está pendurado. Então ficamos restritos a demandar ao outro repetidamente, insistentemente, de modo insuportável para o outro, esse objeto. Por isso digo que quando o objeto aparece somente como ele é, quando o charuto é somente um charuto, temos um problema. [...]

O objeto das relações primordiais, ou seja, as fezes, a voz, o peito, o olhar, como todos sabem, intermedia as negociações entre mãe e filho no início da vida. Esse objeto primordial, com toda variedade que pode ter, na posição em que o corpo material de seu filho é tomado pela mãe, passa a ser objeto na medida em que lhe falta, quer dizer, se recorta desse contínuo e é diferenciado do real, e é esse recorte operado pela mãe que, por retirá-lo como se retira um pedaço de algo, como um recorte que faz um buraco numa superfície, é aí que ele passa a ser o objeto que falta nesse buraco. Por isso é a retirada das fezes, que por si só não são o objeto, por que se o fossem bastaria recolocá-las em seu lugar, nenhuma mãe guarda na geladeira as fezes de seu filho para reintegrá-las quando ele o pedir, então esse objeto desaparece e onde ficou o buraco é que o objeto, pela ausência, se constitui.

É assim que acontece com o olhar, e o objeto primordial é o olhar faltante do outro, o objeto não é o peito em si, mas o peito que falta na boca, e a voz é aquela que falta aos ouvidos. É ali que o sujeito se pulsionaliza, o que quer dizer que ele passa a chamar, em seu discurso pulsional, esse objeto que daí saiu. Passa a chamar a voz, pulsão invocante, passa a chamar pelo olhar, pulsão escópica, passa a chamar o peito, pulsão oral, passa a chamar as fezes, pulsão anal, passa a chamar a presença do outro, pulsão motriz, passa a chamar o saber que aí falta, enquanto objeto extraído daí, o que Melanie Klein chama de pulsão epistemofílica. O grande problema no enunciado de M. Klein é que, para ela, o peito que falta na boca não se constitui como objeto pela falta dele, mas pela positividade dele no próprio peito. Isso faz uma diferença importante, já que se o objeto é aquilo que ali falta – o que se registra nesse circuito que a pulsão desenha para chamar esse objeto – inevitavelmente constitui-se nesse movimento a instância desse outro que é quem deveria escutar esse chamado para trazer o objeto que dali se ausentou. Imediatamente, na medida em que esse objeto se

constitui como faltante, ele provoca uma chamada que tem que ser ouvida por alguém. Deve-se contar com a presença de alguém para que esse objeto seja trazido.

Então aí a relação não é com o peito, é com o outro (minúsculo), geralmente a mãe. Poderíamos dizer com todo rigor que enquanto a relação primordial, em Melanie Klein, é com o peito, a relação primordial em Lacan e em Freud não é com o peito, mas com a mãe. E vocês sabem que se relacionar com um peito e com uma mãe tem conseqüências muito diferentes. Claro, não que não existam crianças que se relacionem com o peito, e não com a mãe, ou seja, que se relacionem com o objeto primordial tal como ele é. E só. Isso constitui o problema. Quando o charuto é só um charuto, dá a impressão de que aí não há problema, mas essa simplificação é justamente o que complica as coisas, complica a possibilidade de que esse pequeno ou grande sujeito se relacione com o Outro, já que esse obstáculo, o do objeto pequeno, que é como é, se constitui como impedimento, como barreira na relação com o Outro. (ibid., p.67-70)

Portanto, para que o objeto possa se constituir enquanto faltante, enquanto objeto que poderá significar *outra coisa*, é necessário que uma intervenção tenha se operado entre a mãe, que aninha esse corpo a partir de seu corpo, e desse corpo que demanda a mãe por uma falta.

O momento inscrito por esse Pai frustrante parece conduzir a modos de relação de objeto (e posteriormente com o objeto alcoólico, por excelência), onde a cronificação nessa operação passa a sujeitar o ego a alienações de forma cada vez mais grave e problemática.

Esta questão relacionada ao tempo, ou melhor, ao tempo de resolução em resposta a uma injunção, toma força e se circunstancia e, sendo assim, se faz possível pensarmos em tempos distintos:

Um tempo que sugere, pelos relatos propostos, um alinhamento temático em que haveria um tipo de injunção ao sujeito com possibilidade de narrativa sobre o mesmo, mas pela impossibilidade de resolução “a seco”, a bebida entraria para sustentar uma queda desencadeada por essa injunção.

Um outro tempo, mais comprometido clinicamente, mais empobrecido, se dá quando não há mais qualquer injunção possível de ser relatada; sua fala propõe um esvaziamento no pensar, na lembrança ou imaginação (o que daria no mesmo): o sujeito simplesmente se diz impelido ao ato de beber.

Dois momentos importantes, e de não tão esquemática resolução como apresento, mas desta maneira exemplifico dois lugares corporais diversos: **um** onde a intervenção terapêutica parece poder incluir algum interlocutor sobre o ato, e **outro** onde absolutamente não há interlocutor algum, apesar de ainda restar uma boca (resta aí um sujeito?) que fala sobre seu “problema alcoólico”.

Estarão em jogo situações clínicas que tendem a constituir um limite ao tratamento psicoterapêutico? A cronificação da doença apresenta assim seu espectro de manifestação? À falência do corpo corresponde uma falência do eu?

Os pacientes situados neste segundo modo acabam por constituir uma classe complicada, ou até, no paradoxo desta situação, não demandam mais complicador algum.

As complexas composições que se ordenam a partir do imperativo superegóico podem nos levar a pensar algumas posições em que a *culpa* estabelece um modo bastante radical de incidência corporal.

Ambertín (2003) propõe que: “Na complexa constelação do supereu pode-se detectar três diferentes registros da culpa: *culpa consciente* ou *sentimento de culpa*; *culpa inconsciente* e *culpa muda*” (ibid., p. 114).

Na situação que descrevo a respeito desses pacientes, a autora nos esclarece:

O verdadeiro novo gira em torno da *culpa muda* que não tem expressão no eu nem na angústia da Consciência Moral, que tenta escapar à submissão pela via das formações do inconsciente. Na culpa muda, em compensação, há apenas uma busca compulsiva e silenciosa da *satisfação do castigo de padecer* (ibid., p.115)

A cronificação alcoólica leva o etilista a uma espécie de esgotamento de sua possibilidade de diferença entre desejo e demanda, tornando-se puro objeto de uma compulsão insensata de demanda clínica e alcoólica, ambas ciclicamente organizadas e sem outra condição de oferta terapêutica a não ser o trato clínico, no sentido mais imediato de acolher e cuidar do *soma* em um ambiente hospitalar.

Estes são os pacientes que requerem uma internação, e não se interessam, pela falta de capacidade adquirida (o abuso etílico enquanto manifestação dessa *culpa muda* gerando graves deficiências na volição), em encontrar motivos para um tratamento.

Situados em um grau de compromisso com a coerência a seu *eu* praticamente colados a seu corpo, demandam as noções mais básicas de sustentação: nada mais, nada menos do que alimento, moradia e cuidados básicos.

Como propõe Berlinck (2000):

Hoje sabemos que o que se denomina de vontade nada mais é, na maioria das vezes, do que a expressão de uma compulsão, de um constrangimento que nos impulsiona à ação. A liberdade à qual nos referimos não implica, portanto, a idéia de um exercício da vontade, mas a noção de que o homem, no mais íntimo do seu ser, é um ser da liberdade já que é constituído por todas as possibilidades que lhe são oferecidas pela cultura, ainda que esteja sempre empenhado em sustentar uma determinada narrativa que supõe coerente com seu eu. (ibid., p. 304)

A vontade, aqui, encontra-se subordinada em posição análoga a essa oferta cultural, um discurso absoluto sobre o apanágio vinculado à bebida, à abundância desse objeto, em que a narrativa não encontra outra saída a não ser manter o discurso da coerência, de um saber discursivo vinculado à destrutividade dessa condição.

Paralelamente, mantém-se o ato alcoolista compulsivo como sintoma de uma expressão de constrangimento cronificado vivido por esse sujeito, constrangimento que não encontra mais interlocutores para debate, apenas cuidadores frente ao terrível abate no corpo.

Então podemos nos perguntar: em que momento de sua condição psicopatológica temporal se encontra W.?

Sua narrativa nos leva a considerar que está situado em condições de articular uma proposta de tratamento em conjunto com um interlocutor, ou seja, um sujeito que faz demanda e consegue assim orquestrar a transferência com seu analista. Seu tempo narrativo psicopatológico compõe a possibilidade de um contrato terapêutico, qual seja: um re-olhar sobre a constituição de seu desejo.

O escutado, a respeito do efeito do “primeiro gole”, merece uma investigação detalhada, investigação que amplie as indagações referentes às instâncias envolvidas nesse processo que articula três registros fundamentais para escuta e observação do manejo transferencial clínico: o Ego, o Ideal do Ego e o Supereu.

A hipótese é a seguinte: a recaída articula uma injunção fálica a um determinado ponto, fixação histórica do sujeito que se encontra em modo de defesa foraclusivo.

Nasio (1996) retoma a idéia do desencadeamento de um modo foracluído de resposta da seguinte maneira:

Pois bem, a foraclusão consiste precisamente na suspensão de qualquer resposta à solicitação, dirigida a um sujeito, de ter que fornecer uma mensagem, praticar um ato ou instituir um limite. Por isso a foraclusão é a não-vinda do significante do Nome do Pai no lugar e no momento em que ele é chamado a advir. Compreendemos assim porque não pode haver ação foraclusiva sem a condição de um apelo que a desencadeie. Em suma, para que a operação de foraclusão se verifique, isto é, para que haja carência de um significante ali onde deveria haver a emergência dele, é necessária a incitação prévia de um apelo. (ibid., p. 158-159)

Este modo defensivo, denominado de ação foraclusiva, corresponderia, então, a um modo de resposta a um apelo histórico que responderia defensivamente pelo modo específico dessa ação, ou seja, a falta de outro significante, a falta de uma representação que pudesse responder ao sujeito de outro lugar que não de um buraco no âmbito da

significação. Buscando orientação a partir de um significante que viesse a gerar o engendramento necessário para que essa injunção se completasse, o alcoolista encontra o álcool de modo absoluto e resolutivo, não mais como resposta significativa, mas como apaziguador da angústia vivida pela injunção fálica.

Seu Ideal encontra única via de apaziguamento através da ingesta tóxica ordenada pelo superego.

Pierre Fedida (1991) nos propõe em seu texto “A doença sexual” que a sexualidade humana na descoberta freudiana não corresponde a um *ideal de felicidade*, mas principalmente a uma *função tóxica*.

Do ponto de vista teórico, o quadro cronificado, transtornado e compulsivo de consumo alcoólico se inscreveria aí como um tipo de *auto-erotismo*, em última instância, uma posição deformada desse *auto-erotismo* gerando um autismo ante o consumo alcoólico.

A sexualidade é justamente o contato interno com um objeto que não é mais um objeto, ou seja, esse contato não faz mais contato com qualquer substância, mas produz “um contato com o contato, um contato que se encontra no interior mesmo da relação da boca com ela própria, onde se descobre a fonte do prazer, e onde, precisamente, *aqui*, acha-se engajado o desenvolvimento da sexualidade” (Fedida, 1991, p.100).

Ainda em outra passagem, em uma carta a Abraham em 1908, Freud (1950 [1892-1899]) afirmava em relação ao “Soma”¹⁷, que o filtro dessa substância contém certamente a intuição mais importante, isto é, “que todas as beberagens inebriantes e

¹⁷ “A substância sagrada *soma*, citada nos livros do Rig Veda, da Índia de 1300 a.C., nunca foi identificado com precisão. Diversas teorias foram apresentadas nesse sentido, Richard Gordon Wasson supôs que deveria ter sido o cogumelo *Amanita muscaria*. Outros autores lembraram a *Cannabis*, a efedra, a arruda síria, os cogumelos *Psilocybe*, mas nenhuma hipótese foi ainda comprovada de forma completa. Sabe-se que a *soma* deve corresponder a outra droga sagrada análoga, o *haoma*, presente na literatura persa do *Zend avesta*”. Carneiro, 2005, p. 182.

todos os nossos alcalóides excitantes são somente o substituto da toxina única da libido ainda a ser pesquisada que a embriaguez do amor produz” (ibid., p.323).

Então, é no afastamento desse objeto-substância que se enuncia o que entendemos como *auto-erótico*: um segundo momento em que o objeto a ser reencontrado não é o objeto perdido.

É aí, precisamente, que se constitui a sexualidade humana. A sexualidade humana intervém, portanto, em um momento de desvio, em um adiamento interno, no qual justamente abandona-se o que é da ordem da autoconservação, enquanto a ação sexual apóia-se sobre os gestos de autoconservação. (Fédida, 1991, p. 100)

A constituição do sujeito avança na tentativa de encontrar, por meio de sua sexualidade, aquilo que se distingue da ação sexual, desde as manifestações mais primitivas como o “chupetear”, até sua evolução nos modos alimentares — para utilizar como exemplo aqueles relacionados à boca e oralidade. Os gestos então conservariam o desejo de reencontrar esse *outro* objeto só que agora em seus substitutos marcadamente sexuais e não mais o da alimentação em sua condição oral específica.

Quando não mais encontramos essa distinção se efetuar em construções simbólicas, achamos os exemplos clínicos nas relações objeto-boca onde os objetos tomam proporções absolutas e se inserem numa equivalência entre os vários distúrbios da oralidade como a anorexia, a bulimia, a obesidade, o alcoolismo, as práticas sexuais orais e, de modo mais geral, os usos tóxicos das palavras, como nos faz observar Jerusalinsky quando remonta a constituição objetual onde “um charuto é só um charuto”, ou Abrahan e Török a respeito do estado mania/melancolia e suas relações com o Eu e a Imago, sem esquecer o comentário do analista, citado no caso clínico, quando questiona W. sobre seu “*medo de ficar viciado no psicoativo de uma relação*”.

É isso que coloca certas práticas sexuais numa equivalência simbólica que chamamos de distúrbios da oralidade.

O auto-erotismo se constituiria, então como sendo uma:

Apropriação físico-psíquica de formas que vão se engendrar a si mesmas, pois, precisamente, é o sentido da palavra auto-erotismo que Freud instintivamente conservou na íntegra nos sentidos de *autos* e *eros*; ou seja, em um sentido que significa não somente que o auto-erotismo é um processo que se produz a partir de si mesmo – *autos* – *Eros* – mas um processo que, ele mesmo, se engendra, um processo capaz, ele mesmo, de engendrar sua capacidade de se engendrar”. (ibid., p. 101)

Portanto, Eros é movimento, ligação. Há, assim, “um movimento que é engendrado por si mesmo e que faz com que *autos* torne necessária a criação de *Eros*” (ibid., p. 101).

Se o auto-erotismo é a possibilidade de criar a partir de um auto-engendramento, quais as consequências para a constituição desse corpo quando não são fornecidos os meios de criar ligações na tentativa de fazer correr uma cadeia simbólica de objetos sucedâneos?

Quando encontrarmos esse processo obstaculizado encontraremos uma situação em que a partir do Outro, as injunções que deveriam servir como suporte não se estabelecem nesse intento.

Invadindo essa criança em um excesso de excitação (em alguns relatos clínicos encontramos as mães de alcoolistas – bem como suas esposas – narrarem suas experiências com seus filhos e maridos desse modo, ou seja, a partir de um excesso imaginário de solicitação e resposta) não se constitui a relação objetal através da falta, mas sim pela eleição de objetos que deverão inundar o órgão receptor não permitindo que se dê o que seria fundante da condição erógena mais essencial no auto-erotismo: o acesso a uma castração simbólica do objeto, um luto do objeto.

Como esclarece Fédida (1991):

O luto do seio materno, o abandono do objeto nutridor, não significa uma reprodução que no fundo seria uma satisfação

imediate, uma satisfação não unificada, ou ainda uma satisfação que excluiria qualquer outra possibilidade, ou seja, o que chamaríamos de um prazer de órgão. (ibid., p. 102)

E aqui se encontra justamente essa marca de um excesso, pois onde esse excesso se demarca, se demarca também uma impotência.

A sexualidade humana não é viciosa, o vício é da ordem da defesa contra ela, é uma defesa da sexualidade. A sexualidade humana é eminentemente erótica, ou seja, ela faz ligações, e fazendo ligações ela sai dessa ordem imutável que é a ordem do vício.

Os sujeitos que apresentam um distúrbio da oralidade apresentam uma impotência sexual, da ordem da sexualidade e não do sexo, até por que o que se ordena muitas vezes é justamente a procura por tais relações de objeto (viciosas) para que consigam ter relações sexuais. Ora, não é justamente isto que escutamos nos relatos dos alcoolistas, ou seja, de que a ingesta alcoólica apazigua o que viria como uma “sede imensurável”, o primeiro gole como um reencontro com esse objeto que — supostamente — deveria estar perdido?

Poderíamos então considerar que o alcoolista se situa em problemática autística com relação a algumas futuras posições objetais desde o início de realização desse lugar de inscrição de si, considerando que a relação com o outro não pode contemplar o movimento necessário de *Eros* para produzir o afastamento do objeto.

Não se constituiria **um luto** que, em sua função primordial, viria encobrir a relação objetual para sempre marcada pela impossibilidade de reencontrar o objeto substância. Assim, essa busca visará o objeto desde sempre enquistado organizando um delineamento de borda entre o corpo, sua saciedade e esse objeto.

Desse modo, o apelo ao objeto se transforma em demanda necessária para (tentar) obstaculizar o desprazer vivido entre corpo e memória.

Citando Oury e Depussé:

No nascimento, é preciso ser recolhido num receptáculo ou, porque não, numa pia batismal. O receptáculo é o que introduz na existência a primeira concavidade. O nascimento é preciso que ele faça um buraco no real, o que supõe aquilo que denomino “função foraclusiva”, que delimita a unidade de um existente pela rejeição de um resto [...]. É a rejeição que permite o depósito de uma inscrição, de uma atribuição, ela faz buraco e significantes podem se depositar sobre as bordas. (ibid., p.77-78, tradução livre)

Haveria então, no funcionamento subjetivo do alcoolista uma “falha”, falha circunscrita às primeiras relações objetais e que se constituiria como uma falha na rejeição primordial, o que seria a foraclusão necessária a toda constituição de relação objetual “a inscrição supõe previamente a função foraclusiva, é o funcionamento da rejeição que permitirá a inscrição” (ibid., p. 78). Posteriormente essa falha se constituirá em um apelo a uma injunção fálica que estará referida ao objeto alcoólico como suplente dessa falha.

Quando um assunto, não qualquer assunto, mas um que gere um pedido de significação — específico ou não — fizer referência a uma resposta sobre o fantasma fundamental do sujeito, que foi situado em posição traumática na posição de *frustração*, e essa demanda não encontrar respaldo no âmbito referencial próprio desse sujeito, algo da ordem de uma foraclusão com um respectivo objeto real se oferecerá como resposta.

Ou seja, quando é imprescindível a resposta a uma demanda e que poderia ser respondida a partir da operação de castração sofrida pelo sujeito, não encontra outra coisa a não ser um vazio/repúdio de resposta, encontraremos um tipo de foraclusão específico que não seria a foraclusão do Nome-do-Pai (desse organizador central e que comumente observamos manifestar-se nas respostas psicóticas), mas de outro modo de resposta foraclusivo que se pretende a responder às injunções fálicas propostas nas demandas das relações objetais oferecendo um objeto real como complemento.

Observaríamos aí a vinda de um proposto ideal que lançaria o sujeito na construção imaginária de que esse objeto o faria capaz de responder a esta injunção.

Ideal da Imago do sujeito vinculado ao álcool, ao efeito psicoativo desse já conhecido gerador — ilusório — fálico (com todas as suas características de insustentabilidade e fracasso), com o conseqüente preço da foraclusão do sujeito.

Temos assim um ego frágil, massacrado pela vociferação superegóica em que impelido à ingesta alcoólica, imagina idealmente que ali, no objeto, haverá um ponto de ancoragem para sua angústia desenfreada. Preço da impossibilidade de o sujeito, nesse estado, não só vir a saber de si, mas, além disso, não responder por si. Preço que se estabelece como defesa, já que além de impagável também inapelável. Esta foraclusão está situada em um âmbito autístico, um buraco na significação.

Aqui o *auto-erotismo* estaria vinculado não mais a *Eros*, mas ao *autos*, esse *outro* que cobraria um apelo de significação e que não encontra no alcoolista a resposta em associação possível. Autístico, pois não encontra resposta alguma, e ainda, ao sentir que pela impossibilidade de responder será tragado por esse *outro*, esquiva-se para fora da condição de sujeito. Esse *auto* faria o empuxo necessário à autoconservação.

Só assim para que um alcoolista internado, ao ser questionado a respeito do que viria antes da vontade de beber, pudesse responder após um breve pensar: “a vontade!”, ou seja, o impulso, a impossibilidade de articular algum traço simbólico que pudesse vir a dar conta desse momento antecipado ao ato.

Nas palavras de Fédida (1991), “este *outro* é o *outro* do *auto*, do autismo, ou como foi chamado, autismo sensual, ou autismo sensorial” (ibid., p. 105).

Portanto, para o alcoolista o ato de beber se refere justamente a esse caráter autístico da relação com o objeto. Fédida ainda refere de modo mais contundente a problemática vivida na clínica das intoxicações a partir do paradigma do autismo:

Tanto as pesquisas pré-psicanalíticas [...] quanto as pesquisas, digamos, pós-freudianas, gradativamente tenderam a considerar que o autismo seria, na realidade, um paradigma. Um paradigma psicopatológico que pode ser encontrado, independentemente do autismo infantil, em patologias neuróticas ou em patologias limites, particularmente em toda a psicopatologia das toxicomanias, da anorexia e da drogadição. Aqui se coloca a questão de um auto-erotismo que estaria novamente justaposta à autoconservação, ou seja, de um auto-erotismo que retornaria à fonte alimentar. É isto realmente o que ocorre na problemática da anorexia ou da bulimia (já que consideramos ser a mesma problemática), mas, mais do que isto, trata-se de saber, na realidade, como o corpo do anoréxico ou do toxicômano tenta criar, a partir de uma condição endógena, a capacidade de uma substância psíquica suscetível de constituir uma forma de auto-alimentação por si mesmo, levando até o limite a capacidade psíquica de constituir uma formação de fantasia que permita anular o máximo possível tanto a função do corpo quanto a dependência do outro. (ibid., p. 104-105)

A problemática alcoólica se situa em um nível arcaico de relação objetal, onde denunciaria que algo dessa relação não encontra saída no *outro*, ou mesmo pelo *outro* enquanto objeto transicional entre sua demanda e seu desejo. Não ocorrendo a possibilidade de diferença entre sua demanda e o corpo do *outro*, responderia diretamente com o objeto, com a tentativa de “auto-alimentação”. No presente caso clínico isso ocorre tanto com a ingesta alcoólica quanto na situação transferencial vivida onde W., em uma série de momentos com o analista, “derrapa”, enlouquece em seu discurso.

A oferta imaginária que surge no primeiro gole trata justamente dessa tentativa de fazer cumprir o Eu Ideal, imaginário fantasístico que busca um impossível ponto de estabilização no horizonte de sua angústia ou ansiedade.

Estagnado no Pai Imaginário em sua função privatória, não encontrará esperança a não ser na ingesta do elixir mágico que operará na burla dessa vociferação de um “não conseguirás” superegótico. Sua única saída será o reencontro com o objeto que pode

anular essa vociferação: o álcool. Vociferação que se traduz (em comentário de paciente internado): “*Já que não consegue, beba*”.

No alcoolista encontramos o processo do desejo fadado ao fracasso em sua relação objetal sobre determinados vínculos que venham a expressar ou impor uma condição fálica para que possam se articular. Encontramos, em sua fala, a condição de dependente, de aprisionado no discurso da Imago da Mãe arcaica, no discurso da demanda e nunca do desejo em sua posição sexuada com a Mulher.

Então, como apreender o objeto reclamado?

Melman (1991) responde a esta questão do seguinte modo:

É importante que o paciente esteja numa possessão real do objeto extorquido – real, pois aqui trata-se de uma consumação real e não simbólica; é preciso em geral uma possessão real do objeto para que o endereçamento a uma mulher possa se fazer a partir de uma posição sexualmente afirmada. (p. 110)

Não estamos distantes das considerações de Fédida e de Oury sobre a condição de apreensão objetal. Aprisionado no discurso da Mãe, sem interpelação do Pai simbólico nestas injunções, submetido ao Pai Imaginário privador e vociferante, o sujeito será, assim, consumido no Real de seu corpo.

Sob o ângulo da função do Pai, como esperança em sua função integral de vir a ser um operador de um nome e legalidade ao sujeito, o alcoolista se volta para o objeto álcool a fim de buscar um resgate dessa ligação com o Pai, função de força e amparo que poderia sustentar a junção com o apelo que o faz vacilar, um pedido de auxílio endereçado ao representante Ideal desse operador. E esse Ideal, entretanto, é marcado por um selo que, além de privador e odioso, comporta também sua marca de impotência.

Sob jugo da demanda dessa relação, o alcoolista utiliza sua boca — seu corpo — enquanto apelo à Mãe, e a bebida enquanto resto do Pai. Revivendo um encontro

primitivo, conluio mortífero com a Imago da Mãe, tenta nessa dinâmica produzir uma separação entre boca e objeto de insatisfação, e introduzir insistentemente (pois é nessa compulsão repetitiva que está anolado) um prazer a esse campo. Essa dinâmica se constitui justamente pela função de *rejeição* (lembrando Oury e Depussé) que não se operou, ou seja, um objeto será aí sempre um objeto de impossível substituição simbólica.

Freud (1923) escreve:

Entretanto, seja o que for que a capacidade posterior do caráter para resistir às influências das catexias objetais abandonadas possa tornar-se, os efeitos das primeiras identificações efetuadas na mais primitiva infância serão gerais e duradouros. Isto nos conduz de volta à origem do ideal do ego; por trás dele jaz oculta a primeira e mais importante identificação de um indivíduo, a sua identificação com o pai em sua própria pré-história pessoal. (p.43-44)

As forças em ação neste jogo nos orientam para a compreensão de que as linhas de força atuantes são demasiado tensas, conflitivas. Na tentativa de apaziguamento pela ingesta alcoólica o ego acredita encontrar sua possibilidade de escape dessas linhas de tensão, sem se dar conta de que esse processo o inclui enquanto objeto a ser apagado e não apaziguado como gostaria.

Freud (1923) diz claramente sobre este ponto: “Este aspecto duplo do Ideal do ego¹⁸ deriva do fato de que o ideal do ego tem a missão de reprimir o complexo de Édipo; em verdade, é a esse evento revolucionário que ele deve sua existência”. (ibid., p. 47).

O aspecto revolucionário do Ideal do ego é a possibilidade de ele reprimir o complexo de Édipo propondo uma jornada para além da submissão ao complexo; porém

¹⁸ Aspecto que se refere aos preceitos: “você deveria ser assim (como o seu pai)”, ou, “você não pode ser assim (como o seu pai)”.

esta tarefa está longe de ser considerada fácil, ainda mais se o ego estiver submerso, embebido, sem sustentação da consciência.

A aposta em qualquer trabalho psicanalítico com alcoolistas (ou mais, sujeitos que possuam graves distúrbios da oralidade) é construir a possibilidade desse encontro, em um desafio postado no lado do outro e do Outro. Uma construção a ser feita com o sujeito, a partir dele, onde se articule um encontro com a alteridade.

Para que o psicanalista sustente a sua posição, porque um caso lhe parece curável, e isto pelo fato de que algo da ordem de uma verdadeira demanda foi percebida em um dizer, ainda é preciso que ele postule o alcoolismo de seu paciente como um sintoma ou como a tela de uma outra organização estrutural mais antiga. O que se trata de saber, então, é o que é ou permanece analisável. (Perrier, 1992, p. 347)

Complexo aberto, demasiadamente aberto e perigoso, pois conduz o sujeito alcoólico a transitar entre a mania, como já referido, uma identificação com sua Imago Ideal, e a melancolia, uma identificação com a Imago materna. Sobrevém a angústia que pedirá o licor alquímico, verdadeiro condutor à fantasia plena de absorção e retorno ao objeto supostamente perdido. Dá-se o momento mágico da “incorporação”:

A “cura” mágica por incorporação dispensa do trabalho doloroso da recomposição. Absorver o que vem a faltar sob forma de alimento, imaginário ou real, no momento em que o psiquismo está enlutado, é *recusar o luto* e suas conseqüências, é recusar introduzir em si a parte de si mesmo depositada no que está perdido, é recusar saber o verdadeiro sentido da perda, aquele que faria com que, sabendo, fôssemos outro, em síntese, é recusar sua introjeção. A fantasia de incorporação denuncia uma lacuna no psiquismo, uma falta no lugar preciso em que uma introjeção deveria ter ocorrido. (Abraham e Török, 1995, p.245)

A incorporação vem a sobressair como condição de relação objetal onde as falas da introjeção deveriam se instalar. O esclarecimento dessa situação:

Só pode se tratar da perda súbita de um objeto narcisicamente indispensável, enquanto que essa perda é de natureza a proibir

sua comunicação. Em qualquer outro caso, a incorporação não teria razão de ser. (ibid., p. 247)

Para tanto, o alcoolista busca o lugar por excelência consagrado ao objeto de preferência desse sujeito que necessitará encher sua boca de outra coisa que não palavras: o botequim.

Do botequim ao sujeito (uma ambiência necessária).

Amigo, acabou-se o meu dinheiro
Amigo, se és amigo verdadeiro
Paga um copo, eu preciso beber mais
Só um trago, é bem que você me faz
Não censures o pedido deste amigo
A bebida para mim é um lenitivo
Se eu não beber, fico louco
Se eu não beber desespero
Só bebendo eu esqueço a mulher
A mulher que eu quero.

Lupicínio Rodrigues, *Mais um trago*

Acompanhando a idiossincrasia do alcoolista não podemos nos afastar da característica arquitetônica delineada especificamente para acompanhá-lo em seu périplo, o ambiente privilegiado de seu encontro com o Outro e com a bebida: o botequim.

Ambiente de homens, ambiente de machos, em conjunto com as bebidas também circulam as mulheres, ambas com funções específicas: agradar aos homens. Lugar de incitamento ao grito recolhido no íntimo, grito que sem seu combustível não se atreve, sob hipótese alguma, a se manifestar. Local sombrio e de luz, de festa e de tristeza, reclama para si o espaço que dentro do alcoolista não ganha terreno para se expressar. Espaço para a solidariedade masculina, os “irmãos” de bar sabem que podem, em último caso, no “bico do corvo”, contar com seu irmão de infortúnio para lhe pagar um trago se o seu dinheiro acabou. E assim continuar chorando a mágoa do objeto que o abandonou, pois esse objeto chorado segue o rumo imposto a todo objeto: se uma vez já o teve, hoje não há como possuí-lo.

O botequim apresenta sua faceta histórica na urbanização da pólis, faceta que articula o espaço da masculinidade, do pior e do melhor que essa masculinidade pode apresentar. Chalhoub (apud Matos, 2001), relata a vigilância sobre esses espaços:

O processo de urbanização e industrialização criava a necessidade de diferenciar espaços, cristalizando divisões cada vez mais claras no urbano. O controle social passou a atingir diferentes esferas do cotidiano, em particular das camadas populares, tendia-se a ordenar as situações de trabalho e de lazer, crescendo a vigilância sobre os espaços de lazer popular como o botequim, território majoritariamente masculino, no qual, em momentos de descanso, a conversa informal brotava em torno do balcão ou da mesa, tomando alguma bebida, café, cachaça ou cerveja. (p. 75)

Injusto seria deixar de fora desse espaço, desse ambiente, aquela que é sua representante oficial: a cachaça.

Henrique Carneiro (2005) nos traz preciosa síntese de sua história:

As bebidas de cana-de-açúcar (*Saccharum officinarum*), planta originária do sudeste asiático e/ou melanésia, inicialmente eram apenas caldos de cana, garapas, fermentados ou não. Na Índia, aprendeu-se a cristalizar o seu sumo, que tomou o nome sânscrito de *sarkara* (hindi atual *sharkará*), de onde derivaram todas as denominações indo-européias para açúcar. Na África fazia-se “vinhos de cana”, como o *tembo* da etnia bantu.

O termo português *cachaça* (e o castelhano *cachaza*) servia para denominar a espuma do caldo de cana, em geral usada para alimentação de animais. Câmara Cascudo identifica seu uso em uma carta do poeta português quinhentista Sá de Miranda, supondo ter sido produzida já em Portugal da destilação das borras e do caldo do bagaço da cana, em processo análogo ao da bagaceira de uvas. No Brasil, com a abertura dos primeiros engenhos de açúcar em São Vicente por volta de 1540, também se teria começado a destilar aguardente das borras da cana, da *cachaça*. Em torno do final do século XVIII essa palavra passou a ser um denominativo geral para os destilados de cana feitos no Brasil. A primeira dicionarização com esse sentido ocorreu em 1813 no *Diccionario da Língua Portuguesa*, de Antônio Moraes e Silva, onde a “cachaça brasileira” é definida como “vinho de borras, a aguardente de mel, das borras”.

A atual legislação brasileira define a aguardente de cana em geral como “bebida com graduação alcoólica de trinta e oito a cinquenta e quatro por cento em volume, a vinte graus Celsius” (Art. 91 da Lei n 8.918, de 14/7/1994), distinguindo-a da

cachaça, “denominação típica e exclusiva da aguardente de cana produzida no Brasil, com graduação alcoólica de trinta e oito a quarenta e oito por cento em volume, a vinte graus Celsius” (Art. 92 da Lei n 8.918 de 14/7/1994). Além da água e do etanol, que compõem mais de 98% da cachaça, existem centenas de compostos químicos secundários em pequena quantidade, incluindo os aldeídos, hidrocarbonetos aromáticos, ésteres, fenóis etc.

Os termos populares empregados como sinônimos de cachaça são numerosos (Marcelo Câmara relacionou mais de 500 vocábulos), mas no período colonial o termo *paraty*, da cidade de mesmo nome, tornou-se um dos mais conhecidos devido a este porto ser o término do caminho do ouro vindo das Minas Gerais no século XVIII, de quando são encontrados os primeiros registros escritos do termo cachaça.

A destilação do fermentado da cana, a aguardente, tornou-se um produto abundante após a instalação do sistema moderno de grandes plantações e engenhos americanos, para onde transplantou-se a planta asiática e a mão-de-obra africana. A administração colonial portuguesa buscou, entretanto, coibir a produção da aguardente da terra, chamada “vinho de mel” dos engenhos, através de uma Carta Real, em 1649, proibindo seu comércio. Essa medida, embora revogada em 1661, visava proteger os interesses metropolitanos dos produtores de vinho e da bagaceira, para que esses não sofressem a concorrência de um produto local da colônia. O “vinho de mel”, que passou a ser conhecido como *jeribita* (de onde derivaram outros termos populares tal como *birita*), não só continuou a ser produzido e vendido na América portuguesa como se tornou um de seus mais importantes produtos de exportação. O principal uso da cachaça passou a ser a sua exportação para Luanda para trocá-la por escravos, especialmente após 1650, em seguida à retomada de Angola dos holandeses por expedições luso-brasileiras a partir do Rio de Janeiro. (p. 53-56)

Mas a proibição não impediu o tráfico, muito pelo contrário, tornou-o mais lucrativo, e acredita-se que uma média de 310 mil litros de cachaça tenha sido enviada para Angola anualmente.

Cerca de 25% dos escravos trazidos da África para o Brasil entre 1710 e 1830 foram trocados por cachaça, e se acrescentarmos também o tabaco da Bahia, chega-se à cifra de quase a metade dos cerca de dois milhões de escravos trazidos no século XVIII tendo sido trocados por estes dois produtos (cachaça e tabaco). (ibid., p. 55)

A cachaça tornou-se a bebida nacional por excelência “brindada como símbolo nacionalista por diversos movimentos nativistas, como os revolucionários pernambucanos de 1817, de 1824 e de 1848, assim como pelos republicanos de 1889” (ibid., p. 55).

Ainda sobre os usos e costumes que integrou sob sua influência, escreve Carneiro (2005):

Seu uso assumiu significados mais amplos do que simples remédio, alimento, conforto para a miséria ou celebração da alegria de viver, e tornou-se sagrado em diversos contextos da religiosidade popular, sendo indispensável nos cultos afro-brasileiros, como o candomblé e a umbanda, ou nos ritos afro-indo-brasileiros, como o catimbó, a pajelança e em diversas práticas da magia popular. (ibid., p. 56)

Com tal força histórica e subjetiva, não é de estranhar que esse ambiente acompanhe subjetivamente os alcoolistas onde quer que estejam. O hospital não seria uma exceção.

Curiosa por seu modo de expressão, durante o período de internação desses pacientes esta ambiência vai organizando espaços que derivam e complementam o sintoma e o tratamento para esses sujeitos. O hospital passa a se transformar em um grande “bar sem bebidas”. Mas isto não significa que elas estejam esquecidas, muito pelo contrário, são lembradas em demasia e em alvoroço, são imaginadas as saídas (quando do momento de alta hospitalar) e retorno às grandes festas.

Com o corpo agora restituído, é possível novo mergulho (no copo), mas esse mergulho nunca seria possível sem a constituição do que seria a “piscina” própria para essa imersão: esse espaço é o botequim.

Segundo o dicionário Aurélio, botequim vem como um diminutivo de “botica”, quando esta ainda significava “loja em geral” (mais tarde especializou-se e se tornou comércio exclusivo de produtos farmacêuticos), mas ainda assim há uma transformação

e o botequim se organiza como comércio — pequeno — para a venda e consumo de bebidas alcoólicas, refrigerantes, café e pequenos lanches.

Mas o botequim é bem mais do que isso. Ele é um “antro de perdição”, um “fim de carreira” ou o início para esse fim. Local de falidos, de “pés-inchados”¹⁹, de jogadores e malditos. Espaço de jogos: carteados, lúdicos, com fim de distração para a correria do dia-a-dia, dos afazeres e responsabilidades. A sinuca tem no botequim espaço privilegiado. João Antônio (2004) narra esse espaço:

Corria no Joana d'Árc a roda do jogo da vida, o joguinho mais ladrão de quantos há na sinuca. Cada um tem sua bola, que é uma numerada e que não pode ser embocada. Cada um defende a sua e atira na do outro. Aquele se defende e atira na do outro. Assim, assim, vão os homens nas bolas. Forma-se a roda com cinco, seis, sete e até oito homens. O bolo. Cada homem tem uma bola que tem duas vidas. Se a bola cai o homem perde uma vida. Se perder as duas vidas poderá recomeçar com o dobro da casada. Mas ganha uma vida só...

Fervia no Joana d'Árc o jogo triste de vida.

Um bolo de vida vai a muito porque cresce. Seis, sete ou oito homens dão bolos de bom tamanho. Quatro, cinco, até seis mil, começando por baixo, baixo — cem cruzeiros por cabeça. O joguinho vai correndo como coisinha encrocada, pequenina e demorada. Gente sai e entra gente. O bolo crescendo, o jogo ficando safado, Fica porco, fica sujo como pau de galinheiro. Um homem quebra o outro comendo-o pela perna, correndo por dentro dele. (p.164)

“Ele (o botequim) nos chama quando estamos financeiramente arruinados”,
relata um paciente sobre o poder de atração desse espaço.

Outro comenta: *“Sabe doutor, o problema é que se passa em frente ao boteco e elas estão lá, nos olhando, nos chamando... É assim que as bebidas nos atraem para dentro”*. Que poder de atração é esse que irrompe desse espaço? Atração identificada à demanda de um lugar que ofereça ao sujeito o que ele precisa e pode escutar sob efeito alcoólico: ele mesmo.

¹⁹ “Pés-inchados” fazem referência a um sintoma razoavelmente grave de pacientes alcoolistas crônicos, a falta de proteína, decorrente da péssima alimentação e condição geral dos sujeitos, gerando um edema de membros inferiores onde a água, como não consegue permanecer nos vasos migra para o tecido, criando nessa diferença osmótica um inchaço nas pernas e pés.

Comentário pertinente pelo apelo à força, contida tanto no ambiente quanto no objeto, não se faz necessário a ingesta alcoólica para que a transmutação no sujeito se dê, a alquimia, a mágica funciona à distância de um olhar:

Caso extremo: Fouquet descreve a alcoolepsia e a apsicognosia. *Justo antes* o alcooléptico está normal. Basta um copo, qualquer que seja a dose, para que se instale e se demonstre um estado de cegueira e surdez psíquicas, próprio a alguns alcoólatras. Este tipo de paciente não é mais o mesmo de um segundo ao outro. Opera-se nele uma espécie de mutação, de mudança radical de personalidade que, pela ingestão do etil, transforma um abstinente lúcido e livre em um doente vacilante. É preciso aproximar ou não os documentos clínicos de Fouquet das observações de Ferenczi – o qual descreveu a embriaguez de alguns só ao ver (e não beber) um copo de álcool? (Perrier, 1992, p. 342)

Semblante não mais reconhecido por seu destinatário como próprio em seu jogo especular, justo agora se faz semblante de um outro que não oferecerá resistência ao tema a ser abordado: mais uma vez ele mesmo.

Melman (1991) nos oferece uma construção sobre a demanda deste sujeito:

Ora, o que percebemos nessa sintomatologia do alcoólatra é, por um lado, a recusa do semblante, a recusa da imago; e a esse propósito aliás podemos nos espantar diante do fato de que essa imago seja, no caso, facilmente negligenciada, quero dizer, indiferente. É como se o alcoólatra não a visse, não visse os estigmas que aí se encontram marcados, daí a recusa da imago, a recusa do semblante, e sua tentativa, então, de obter esse objeto que dá o primeiro preço, mas pela via da demanda. Dito de outra forma, a tentativa, de resto sedutora, de tentar resolver pelo caminho da demanda aquilo que de outra forma só se obtém por manobras absolutamente arbitrarias, as da castração, e que tem como preço condenar o semblante. (p. 110)

A Imago recusada representa o que deveria insistir enquanto representação fálica do sujeito, aspectos de sua vida que anolados ao preço do “crime” e culpa inicial o fariam devedor destes mesmos aspectos; valores morais, de cidadão, de esposo, trabalhador etc., ou seja, valores que sustentariam uma sexualidade, um orgulho de si orquestrado pelo sujeito.

São desses aspectos fálicos da vida que o alcoolista, por não conseguir responder, sai em busca do elixir alcoólico que o sustentaria imaginariamente nessa posição.

O sujeito fica abolido, reduzido à condição de desfeito, @. A droga não é um objeto sexual substitutivo, carece de valor fálico; é, pelo contrário, um substituto da sexualidade mesma, um modo de afastar-se das coações relacionais impostas pelo falo. É assim que a droga se assemelha ao auto-erotismo da proibição originária: o sujeito administra em si mesmo uma substância que o conecta diretamente com um gozo que não passa pelo filtro da aquiescência ou pelo forçamento do corpo de outro; consegue-se deste modo a substituição da sexualidade. (Braunstein, 2007, p. 281)

A bebida atrai a ruína. Na literatura, na música e nos relatos clínicos (existiria alguma diferença?)²⁰ a narrativa é sobre a força imposta ao ego a respeito de um fracasso que se estabelece nessa atração.

A mulher, seguramente um dos objetos privilegiados dessa atração, mantém seu *status* de impossível alcance, tanto fora quanto dentro do corpo e de sua relação com a Imago. Como escutado nas narrativas, o valor do alcoolista é baixo, objeto que se entrega ao alheio: a todos e a ninguém.

A função fálica cumprida pelos homens através da investidura fálica de uma mulher que alcança assim valor de gozo (e de sintoma) é algo que o alcoolista, paradigma do grupo, não realiza. Ele se coloca fora, aquém do desejo. (Braunstein, 2007, p. 282)

²⁰ Não nos estenderemos a investigar a vida mundana ou mesmo as obras artísticas que podem coexistir junto ao álcool ou outros psicoativos, mas citamos um trecho que consideramos importante sobre essa idéia a partir de Braunstein (2007) (reiterando nossa idéia inicial de diferenciar o alcoólatra do alcoolista): “É assim que o álcool e as demais drogas rompem o diafragma da palavra e abrem as comportas dos paraísos artificiais. [...] Chegando nesse ponto creio que posso assinalar outra forma da adicção à qual não me deterei a considerar: refiro-me à escritura, não a qualquer uma: a de quem a utiliza como modo de *separação* (contrária à alienação) em relação ao Outro e suas exigências. Penso em diversas figuras do século passado: Kafka, Joyce e Beckett, Plath, Woolf e Pizarnik, Camus, Céline e Sebald, Roth, Musil e Broch. Penso no magnífico ensaio de Serge André: A escritura começa onde termina a psicanálise, no qual se analisam a fundo as relações entre psicanálise e literatura e a presença do gozo e o desejo do escritor na obra acabada. Mas penso ainda que não apenas a escritura, mas também a música e as artes plásticas são mostruários da criatividade que se desencadeia em certos criados que se separam do laço social e optam pelas dores do gozo à custa dos prazeres do reconhecimento. Penso, finalmente, na multidão de criadores anônimos que fazem uma *arte bruta* (*art brut*), obras de tolos e ingênuos fora dos editoriais e das galerias, não dirigidas a nenhum outro nem Outro”. (p.287)

Tais condições não poderiam se pronunciar sem um espaço elegido para comportá-las. Mesmo a residência nunca é o suficiente para abarcá-los; os outros rondam, perseguem e ameaçam sua saída da ordem fálica.

O botequim oferece espaço fraterno e protegido onde essa demanda encontra companheiros e o objeto que os une. Não estarão sozinhos nem desabastecidos de seu “maná”, de seu alimento consolador da alma.

O EU, comprometido a ponto de estar capturado por este ambiente, é justamente o referente que cobra um preço às representações que se quer proprietário, mas que submetido a esta injunção com o álcool não poderá mais se comprometer em saldar dívida alguma com sua imagem que, se as reteve por algum momento, agora, mergulhado no crédito do elixir, não mais o atormenta.

É o desejo que se encontra comprometido com o sintoma não podendo mais produzir borda, distância e força de intervenção no objeto que se quer alcançar.

“O gozo não foi recusado, a castração não foi simbolizada, o gozo se fez inalcançável, a lei do desejo, a que ordena desejar, não opera” (ibid., p. 282).

Submissão muda e surda ao imperativo superegóico: Beba!

O que podemos apreender a partir daí é que o botequim é a construção de uma ambiência propícia à nivelação recíproca, inter-relação necessária que o ego do alcoólatra necessita. Como esclarece a fala de um paciente: “*No bar todo sujeito se nivela, todos ficam doutores, é tudo conversa de piloto de avião*”.

É a chamada “filosofia botecânea”, filosofia de uma alcova muito especial. Já que o “homem” precisa de um lugar para conversar e, “*em casa não vai dar certo já que a mulher está presente*”, “*Em casa, junto à mulher você não vai escutar o que quer*”, então, fez-se necessária a constituição de um espaço exclusivo para isso.

O botequim é o local perfeito para um distanciamento desses *estigmas*, sinais que representam a responsabilidade fálica que cada um dos sujeitos *teria de ter* (e aqui se configura o imperativo fálico de *ter* de se haver com os objetos, em sua relação demanda/desejo a partir da operação de castração) em relação aos seus objetos de circulação. Porém, sob o efeito desse psicoativo, e embalado no ambiente do botequim, as idéias são trocadas, proferidas de boca a boca e o problema é lembrado sempre fora do lugar de pertinência e resolução; todo espaço que poderia constituir uma função de resolução da demanda fálica é proposto negado pela ingesta da bebida.

Frente à marca imposta sobre ele por um Ideal. I (A) que aspira o que procede do sujeito (vector $S \rightarrow I [A(\text{barrado})]$) no gráfico do desejo, ele entrega sua vontade sob a forma de um corpo privado de reações vitais, pura máquina metabólica sem desejo, negação fantástica e fantasmática da castração por meio da negação do falo. (ibid., p. 282)

É [...] a partir da conjugação da urgência com a impossibilidade vivenciada de realizar uma obra de boca – falar com outrem sobre o que vem a faltar – que se vai preconizar uma outra obra de boca imaginária, apta a opor sua denegação à própria existência do problema em seu conjunto. (Abrahan e Török, 1995, p. 247)

De boca a boca o alcoolista se faz escutar por ouvidos surdos, mas não é outra coisa que pretende, pois sua enunciação também não poderia atingir ouvidos fálicos, a resposta seria ensurdecadora para sua frágil capa protetora auditiva.

Desse modo o botequim se estabelece como um dos ambientes mais propícios para o enunciação desse **Ideal** pelo e para o alcoolista. Lugar por excelência do encontro e do ombro amigo, da possibilidade e da violência do ser desse homem se manifestar.

Em certo grupo terapêutico um dos pacientes, freqüentador de longa data de bares e botequins, se dá conta de que o nome “boteco” não existe, que é uma invenção do bêbado; “*A razão social de um estabelecimento comercial que vende bebida é sempre bar, nunca vi um bar chamado boteco*”, ao que propus: “É que a razão social

deve ser diferente da necessidade social. O boteco é uma necessidade do alcoólatra, tão importante quanto a bebida”.²¹ Concordaram.

O botequim é uma construção, uma invenção tardia a um *hábito* que se inicia em momento primitivo: “*Ninguém conhece a doença do alcoolismo no boteco, temos os primeiros contatos em lugares respeitáveis, no restaurante, em casa, nos bailinhos; o boteco nós criamos depois*”.

Há uma relação de amor entre o bebedor e o botequim. Essa relação se articula tanto com a mulher quanto com o amigo, mas sempre com ambos, de modo específico.

Se *a mulher* não pode marcar sua presença é porque o alcoólatra não agüentaria saber o quanto *a mulher* pode ser desobediente a esse **Ideal**.

Magno (1985) observa essa situação do seguinte modo:

Ele vive perseguindo, na sua mulher, por exemplo, uma incessante confissão. O que ele quer saber? Quer saber A verdade, mas nenhuma verdade que dizem para ele é verdadeira. Talvez ele queira saber outra coisa. Talvez queira aprender, com essa mulher, como ela não é obediente ao Pai Ideal. Ela sempre deve estar dando golpe naquele Ideal que está acima dele. A suspeita dele é: se ele é requisitado, talvez, por esse Outro, esse Outro certamente não obedece ao Pai Ideal. É como se procurasse nessa outra uma garantia de que a legiferação do Pai Ideal, sobretudo para ela que pode dizer NÃO à função paterna, não é um absoluto. No esquema da sexualidade, na medida em que o feminino pode suspender essa função paterna, a legiferação não é absoluta, muito menos num Pai ideal. Como diz Lacan, *on les dit femme* – as mulheres, nós as dizemos mulher. Ou, por sonoridade, *on la difame* – nós a difamamos. Ela está sempre pronta a chifrar, porque justamente faz suspensão do Nome do Pai. (p.12)

A narrativa clínica de um paciente retrata essa incidência da *Mulher* em sua configuração alcoólica no botequim:

²¹ A ponto de alguns usuários de programas de “Alcoólicos anônimos” me relatarem que dentro dos grupos são diferenciados os bebedores que, realmente preocupados com o ambiente dos bares na incidência da recaída alcoólica se distanciam dos mesmos. Mas também relatam a existência dos “bebedores secos”, sujeitos que adoram freqüentar os bares, mesmo sob o risco de caírem na tentação de voltar à bebida, não conseguem se manter afastados desse ambiente para jogar, conversar e passar o tempo.

“Do boteco eu vou lhes dizer o que sei: sabem aquela mulher que quando você se apaixona ela te diz um ‘tchau nego’! Ai você sabe que ela não te quer, mas não tem jeito, é só você passar perto dela que teu olho encomprida! O boteco é isso, é essa mulher, você sabe que ela não te quer, mas passou perto ela te encomprida o olho, aí você entra”.

Como uma sereia que pelo canto encanta e faz afogar, o boteco gera uma nostalgia, como um amor antigo que, mesmo não sendo mais o que poderia satisfazer no momento, é nele que se fantasia um outro tempo de satisfação que deveria transmutar a realidade trágica desse momento. Trágico engano.

As relações mais próximas tornam-se marcadas pelas circunstâncias que moldam os encontros. O álcool, seu espaço no botequim e a condição alcoólica oriunda de seu distúrbio da oralidade passam a configurar o que observamos como “relações atalhadas”, termo cunhado por um paciente.

Não distante desse amor da mulher está o amor do amigo, também marcado por uma proximidade difícil de ser categorizada. O amor de um amigo não pode supor poder; uma relação entre amigos é uma relação marcada pelo tempo, demora-se em se saber amigo de alguém, e de saber-se amigo desse alguém, também.

É pela via do atalho que esse ambiente oferece o que se espera de uma amizade. O atalho, oferecido pela bebida que, relaxando a censura, permitindo os excessos, recebendo o carinho como se essa intimidade existisse há mais tempo, muito anterior desse encontro momentâneo.

Circunda-se, engana-se, embriaga-se a castração que não se apresenta mais presente nesse encontro. *Salta-se* de um sujeito ao outro com uma rapidez que, sem o atalho ofertado pela bebida e sem o ambiente oferecido pelo boteco, esse encontro de amor jamais seria possível.

Talvez assim se expliquem as críticas e desculpas dirigidas aos “falsos amigos” que, verdadeiramente, de falsos não têm nada, já que estão todos no mesmo barco, mas

propor que aí resida uma amizade... seria exigir demais da camaradagem, da necessária e conveniente camaradagem entre iguais.

Voltemos, num movimento, até a mulher “cantada” para nos determos sobre a noção da realidade, já que essa imago compõe um dos traços primordiais para a constituição da mesma.

Lupicínio Rodrigues, na canção: “Minha história” traz a mágoa e a tristeza que desviou do caminho reto o homem justamente pelo mau proceder da mulher:

Eles dizem que eu bebo demais
E que sou um vagabundo
Todos falam que sou um perdido
Um perdido pro mundo
Quando eu passo os falsos amigos,
De mim acham graça
E murmuram: ali vai
Um ébrio cheirando a cachaça
Eles falam
Porque não conhecem o meu drama real,
Esta vida que eu levo, bem sei
Não é vida normal
Vou contar a vocês minha história
Este drama que me destruiu
Tive alguém que amei com loucura
E este alguém me traiu.

Sob a ingesta alcoólica e no ambiente do botequim, opera-se uma mudança de realidade. Que realidade subjetiva é atingida nesse ambiente? Para responder, devemos antes precisar o que entendemos pelo termo “realidade” quando no âmbito psicanalítico.

Nos auxiliam Abrahan e Török (1995):

Assim como o desejo nasce com o interdito, a Realidade, também, no sentido metapsicológico pelo menos, nasce pela exigência de permanecer escondida, vergonhosa. Equivale a

dizer que a realidade, quando nasceu, é assimilável a um delito, até mesmo a um crime. (p. 238)

Relembrando o proposto no capítulo anterior, se a “fantasia do crime” — inscrição primordial instalada na etapa mais arcaica da constituição do Ego — se dá por uma culpa inerente ao ato mesmo da introjeção que conduz à duplicidade (ordem que pertence à dualidade), e sendo a introjeção a instalação pela qual passa o corpo do sujeito — desde seu estado mais alienado e ingênuo até a percepção da realidade — temos então que o segredo foi compartilhado com terceiros:

Ora, não há segredo que não seja, na origem, partilhado. Da mesma forma, o “crime” em questão, por mais que constitua o objeto do segredo, não poderia ser um crime solitário. Ele se refere necessariamente a um terceiro cúmplice como lugar de um gozo indevido e a outros terceiros excluídos e, portanto — pelo mesmo gozo — suprimidos. Na falta da noção de lesa-direitos, o “crime” não conteria praticamente nenhum segredo. (ibid., p. 238)

A constituição do sujeito em sua percepção da “Realidade”²² que o cerca e o conduz ao ato da violação de um direito (direito ao prazer na relação dual) que deverá — já que constituinte dessa instância e sustentáculo dessa formação — manter-se em segredo sustentando assim essa condição.

Portanto:

Falar de “realidade” só se torna possível pela própria recusa que, no paciente, a designa como tal. *Mas, nesse sentido, e apenas nesse sentido, a “realidade” pode pretender o título de conceito metapsicológico.* Ela se define, portanto, como o que é recusado, mascarado, denegado enquanto — precisamente — “realidade”, como o que *é*, já que ele não deve ser conhecido; numa palavra, ela se define como um *segredo*. O conceito metapsicológico de Realidade remete, no aparelho psíquico, ao lugar em que o segredo está escondido. (ibid., p. 237)

²² “A palavra ‘realidade’, enquanto conceito metapsicológico, requer a maiúscula. Toda realidade, aliás, pressupõe esse conceito e dele decorre. A Realidade metapsicológica do segredo é simétrica à realidade do mundo exterior: a negação de uma caminha lado a lado com a recusa da outra” (Ibid, n.d.r, p. 238).

O alcoolista nos leva a pensar que algo desse segredo se pronunciou demasiadamente em sua história, afetando-o de modo a não lhe permitir restringir esse afeto ao dispositivo oculto de um segredo *histérico* e sua direção (busca) de encontros.

“Na histeria, um desejo nascido do interdito busca, em desvios, seu caminho e o encontra em realizações simbólicas”. (ibid., p. 240)

Esse afeto no seio do corpo do alcoolista, afeto enquanto “linguagem intrapsíquica” (ibid., p. 327), ou mesmo “comunicação pelo próprio corpo”(ibid.,p. 327), nos orienta na direção de que o crime ocorrido entre o sujeito e o outro em sua dimensão terceira, e portanto simbólica, foi marcado pela impossibilidade de substituição enganosa dos objetos oriundos de fora. Sua realidade ficará marcada por esses afetos que não conseguem se dissipar sem revelar que em cada encontro se anunciam os mesmos objetos.

Abrahan e Török (1995) nomeiam esse segredo, situado em posição tópica enquanto “cripta” do sujeito, e esse sujeito impedido de comunicação desse segredo pela via simbólica das palavras enquanto “criptóforo”:

No criptóforo, é um desejo já realizado e sem desvios que se encontra enterrado, incapaz que é de renascer, tanto quanto de se tornar pó. Nada poderia ter impedido a sua realização nem poderia fazer com que a lembrança dela se apague. Esse passado está, portanto, presente no sujeito, como um *bloco de realidade*, ele é visado como tal nas denegações e condenações. (ibid., p.240)

W. nos relata, de modo contundente em sua trajetória, suas imprecações e críticas cristalizadas sobre si. A Realidade parece não possuir qualquer meio de constituir diferença sobre seu *bloco de realidade* desde o início de sua história até os dias atuais. No trabalho analítico transferencial e contratransferencialmente, a ausência da possibilidade de comunicação pelo afeto linguageiro confere a sofrida realidade imutável vivida por esse sujeito.

O fato realitário consiste nessas palavras cuja existência oculta se atesta em sua ausência manifesta. O que lhes confere realidade é serem desafetadas de sua função costumeira de comunicação. Por quê? Provavelmente por que, em oposição às palavras do histérico, que designam o desejo pelo interdito, aquelas adquiriram, de algum modo, um valor de positividade. Dessa maneira, elas se tornaram um *perigo mortal para o recalçamento histérico constitutivo subjacente*. (ibid., p. 240)

O alcoolista é alvo de uma reviravolta desde muito cedo em sua história. A reincidência de intervenções brutais atuadas pelo(s) terceiro(s) que o cerca(m) torna inevitável a eterna condenação pelo crime que, ao se apresentar enquanto divisor frente à unidade fundante com a Mãe na constituição da Realidade — e principalmente quando momentos precisos o informam de sua posição referenciada enquanto única na assunção e responsabilidade dessa tarefa — refere esse sujeito ao peso insustentável de sua palavra em sua história, condenando assim o objeto de prazer que o diferenciaria (diferença que se constataria nas relações objetais onde encontraria lugar para ambos, sujeito e objeto, no universo simbólico do trato objetual), à armadilha de retornar à função da palavra, à sombra de uma impotência. Sombra permanente do abuso da função Mãe em sua onipotência.

Em outras palavras, o recalçamento constitutivo tinha sido colocado em perigo pelo que está enterrado. De que maneira? [...] Com as palavras do interdito perdendo seu efeito de interdito. As palavras do sujeito foram atingidas por uma catástrofe que as pôs fora de circuito. E isso aconteceu de verdade. O que prova que o desejo foi realmente realizado antes de ser enterrado é — precisamente — que as palavras que o designam adquiriram seu sentido positivo — o que não exclui que essa mutação tenha ocorrido mais tarde — e, assim, essas palavras foram postas na penumbra. A existência da fumaça é a prova suficiente de um acontecimento *real*, implicando os representantes das instâncias interditoras como cúmplices da realização de um desejo, indevidamente levada a termo, o prazer. Sem o quê, compreende-se, ele poderia ser denunciado (ver as acusações históricas). (ibid., p. 240-241)

O alcoolismo, bem como outras formas de distúrbios da oralidade, tem assim seu sintoma formatado pela falha na função do interdito a partir das instâncias interditoras.

“Mas que se entenda bem aqui que o horror não se refere à fantasia de penetração da mãe pelo filho, e tampouco à criança imaginária (e simbólica) que poderia nascer desta transgressão”. (Perrier, 1992, p. 365)

O alcoolista bebe pelo impossível de uma regressão que seria angustiante demais para ele, as implicações de um desejo, forçado à condição de prazer, estabelece o horror de um luto impossível. O Pai desertor, que em sua escapatória abandona a criança, gera nesse ser mais do que um abandono à própria sorte, produz aí um desamparo absoluto, deixando um impossível gozo de sua mãe em seus braços.

É desse horror que o alcoolista foge; o horror de não conseguir ser o responsável pelo próprio desejo, e o álcool permite justamente que essa máxima se efetue:

O álcool é o filtro alquímico que permite não ser si próprio. Por falta de poder reinventar ou perfazer sua própria constelação edipiana, através dos mortos e vivos do presente e do passado, pede-se ao álcool para ser a bebida que não dá o troco a ninguém, a não ser ao anti-si-mesmo que é necessário ser para respeitar o que, do horror do incesto, conota a impossibilidade de ser o pai de seu próprio desejo. (ibid., p. 366)

Também aí o impossível da mulher enquanto objeto de usufruto de prazer: se não pelo gozo imediato e fugaz no trato “botecâneo”, como suportar, afinal, esse ser que comporta as insígnias do impossível mais de gozar do Pai?

A formulação do alcoolismo como uma das vertentes sintomáticas possíveis dessa constituição defensiva do sujeito ante o prazer e o gozo, assim orquestrado desde sua constituição edípica, nos faz observar que a partir da ingesta alcoólica o mesmo estaria temporariamente a salvo de seus mortos mal enterrados, e nos orienta à

compreensão da doença pela qual sofre o sujeito e que assim encontra seu tempo de alento no alcoolismo.

“O alcoolismo é uma questão de pelica (*peau de chagrin*); uma tristeza inconsolável e sempre reengolida, em ar líquido, como se engole um soluço sufocante”.
(*ibid.*, p. 366)

Desatei o paletó, acendi um cigarro, escolhi taco, peguei num giz.

— Seu Neves, me dá cachaça grande.

— Em cima do café?

— Ahn?

— Puxa, não ouviu? Disse três vezes.

— Ahn... sim.

Chateado, escorando-me ao taco, esperando a vez. Um gole. Esperei que ardesse na garganta. O modelo do cartaz tinha dentes tão brancos, teria pernas mornas, brancas. Talvez, nesta vida besta jamais estarei com uma mulher como aquela. É. Nunca conhecerei.

O mundo para mim não tem dado voltas, rolado como dizem alguns. Sempre as mesmas tiradas. Meus sapatos furam-se, os ternos estragam-se, continuo o mesmo sujeito.

Escritório, taxa de colégio, irmã galinha. Vida xepe, porcaria!
(Antônio, 2004, p. 119)

Está inserida, dentro de toda problemática alcoolista, a identificação com esse objeto idealizado, objeto pelo qual o alcoolista se enamora e aliena, tornando-se incapaz de se proteger dos estímulos externos. Mas este objeto dificilmente poderia ser concebido como o álcool. Se o que entendemos enquanto objeto em psicanálise é justamente aquilo que falta, que organiza a falta para que possa, a partir daí, ir em busca do *outro* objeto (este sim o álcool) que dê conta deste buraco. O objeto primeiro sobre o qual o alcoolista se ressent da falta é o objeto incorporado.

Introduzir no corpo, nele deter ou dele expulsar um objeto — todo ou em parte — ou uma coisa, adquirir, guardar, perder, tantas variantes fantasísticas, que carregam em si, sob a forma exemplar da apropriação (ou da desapropriação fingida), a marca de uma situação intrapsíquica fundamental: aquela que a realidade criou a partir de uma perda sofrida pelo psiquismo. Essa perda, se ela fosse ratificada, impor a uma recomposição profunda. A fantasia de incorporação pretende realizar isso de

modo mágico, cumprindo no próprio o que só tem sentido no figurado. É para não “engolir” a perda que se imagina engolir, ter engolido, o que está perdido, sob a forma de um objeto. (Abrahan e Török, 1995, p. 245)

A fantasia de incorporação atesta a condição sofredora, fracassada no lugar onde uma introjeção deveria ter ocorrido. Justificativa mais que suficiente para se entregar ao objeto de sua paixão, obedecendo assim, em sua constituição egóica, à sina de péssimo administrador, precário protetor e mal-fadado economista (investidor) de sua vida psíquica.

Ainda neste conto João Antônio (2004) nos conduz sobre as condições do protagonista:

Caiu a branca. Minha vez. O álcool rondava-me a cabeça. Terceiro, quarto copo, nem sei. Uns quarenta minutos ali de pé, repetição de cigarros, pegando no taco de longe em longe. Angústia me vem, cada vez que penso em coisas sérias, quando bebo. Começos de desmaio, muita vez, quando bêbado, penso em coisas sérias; com um estremecimento empurro a idéia de tê-los agora. Lassidão, o amargo começando na boca, a cansa nas coxas e na barriga das pernas. Pedra dez é fácil, fácil. Deus do céu! Estava ali a deixa. Bola cinco meio difícil, é certo, porém a seis... a um palmo da caçapa. Era só empurrar. Derrubava a rosa, colocava a azul, fechava o jogo. Pagava meu tempo, meia-noite e tanto, ia dormir. Não me agüentava nas pernas. (ibid., p. 121)

Já em poucas condições de conduzir seu próprio corpo, está a ponto de desmaiar, consciência turva, que não alinha mais com clareza o que Berlinck (2000)²³ chama de “memória do presente” (p. 173), a distinção dos objetos deixa brecha para outra instância psíquica invadir o espaço. As *coisas sérias* invadem como imperativo superegóico não mais idealizadas como tarefas a cumprir, mas sim como faltas que

²³ “O eu não se confunde com a consciência que é um sentido humano que tem a capacidade de iluminar um objeto ou conjunto circunscrito de objetos – um campo restrito. A consciência é a memória do presente”.

incomodam, que fustigam, angustiam, vociferando a necessidade de um trago que as apague.

A angústia, companheira do álcool, se manifesta nesse momento enquanto culpa muda — por não possuir comunicação — , fazendo o corpo perder o prumo, perder a linha. E o eu, mais uma vez, vai naufragando enquanto o navio faz água (ou álcool).

Atenazado, mergulho a cabeça na bacia. Faço a ablução aos poucos, fazendo a água escorrer aos poucos... Os olhos pesam. As mãos ásperas de giz, os olhos estão miúdos. Muito sono, muito urgente é dormir, luz apagada, travesseiro solidão, nada... Amanhã curtir bebedeira. Cara inchada, olhos inchados, beijos duros. Amanhã, saia sol ou não, os óculos escuros, ninguém perceberá os olhos inchados. (Antônio, 2004, p. 122)

Navio à deriva; corpo inchado. Resta pouco a não ser cuidar desse corpo. Sem culpa, encobrindo o resquício do passado; o que os olhos condenam se esconde por trás dos óculos.

O sujeito do botequim sustenta assim seu semblante, e sua permanência na compulsão alcoólica é tão maior quanto for seu buraco, sua incapacidade de articular o pensamento e as palavras para dar conta de suas faltas para com a comunidade falante.

É porque a boca não pode articular certas palavras, enunciar certas frases [...] que se tomará, em fantasia, o inominável, a própria coisa. [...] O artifício desesperado que consiste em encher a boca de um alimento ilusório terá por efeito suplementar — ilusório também — suprimir a idéia de uma lacuna a ser preenchida com a ajuda de palavras, a idéia mesma da necessidade de introjeção. (Abraham e Törok, p. 247)

O alcoolismo nos diz do sintoma conseqüente desse sujeito que traz em seu interior a fantasia (fixação) de um objeto tabu com o qual não conseguiu fazer o luto necessário para dele — do objeto e sua relação com a imago — comunicar do simbólico de uma fala.

Se o próprio do narcisismo mais arcaico diz respeito à possibilidade da criança de se fazer objeto de amor em si, antes mesmo de se dirigir para os objetos externos, encontramos no alcoolista este objeto *incorporado*, onde nada suporta as demandas oriundas desses específicos objetos externos falicizados e que não poderão ser ouvidas por seus ouvidos surdos.

O obstáculo proibitivo, que por sua natureza cumpre o papel de impedir a comunicação, faz com que além de surdo e mudo, nada saibamos dessa cripta. Da incorporação mesma, nada se sabe.

Este é o caso apenas para as perdas que não podem — por alguma razão — se confessar enquanto perdas. [...] O luto indizível instala no interior do sujeito uma sepultura secreta. Naurna repousa, vivo, reconstruído a partir de lembranças de palavras, de imagens e de afetos, o correlato objetual da perda, enquanto pessoa completa, com sua própria tópica, bem como os momentos traumáticos — efetivos ou supostos — que haviam tornado a introjeção impraticável. (ibid., p.248-249)

A fantasia de incorporação perpetua um prazer clandestino (que é subversivo, mas não transgressor); o apelo ao álcool tem aí sua demanda orquestrada no primeiro gole, um segredo intrapsíquico que se propõe a encobrir, anular o segredo vergonhoso de sua cripta.

Para salvaguardar o objeto ideal, o criptóforo passa a rasteira em todo aquele que queira lhe causar vergonha: ele neutraliza, afinal de contas, os instrumentos, por assim dizer, materiais, da infâmia, as metáforas originadas de dejeção, do excremento, tomando-os como comestíveis, e até apetitosos. (ibid., p. 250)

Narcisismo composto pela imagem especular envergonhada de si pelo crime — sempre culposos — que produz vítimas.

O fenômeno da incorporação e suas manifestações não se diagnosticam com facilidade. Suas fâcies sintomáticas que transitam pela histeria, pela neurose obsessiva, na controversa postura perversa e mesmo psicótica em expressões pontuais, esconde,

por trás de banal “normalidade”, o que Freud cunhou como *neurose narcísica* e, em sua expressão manifesta, a “mania-melancolia”.

É essa ferida que o melancólico procura dissimular, cercar com muros, encriptar, e — pensamos nós — não no sistema ICS, mas no sistema em que ela se encontra, no PCS-CS. É aí, de qualquer maneira, que um processo intratópico deve ocorrer, processo que consiste, então, em criar, no seio de uma única região, sistema ou instância, um análogo da tópica inteira, operando, com grandes reforços de contra-investimentos, a isolamento rigorosa da “ferida” de todo o resto do psiquismo e, sobretudo, da lembrança daquilo que foi arrancado. (ibid., p. 254)

O alcoólico nos orienta sobre a formação de compromisso entre seu semblante e o objeto primitivo que assume uma condição de “corpo invasor” (Berlinck, 2000, p. 79) manifestando sua dor de ferida quando se contorce sobre os espinhos que a Realidade lhe impõe enquanto fatos da vida.

Distancia-se da depressão enquanto *estado* sujeito a se manifestar em qualquer estrutura clínica, mas não nega a possibilidade de o estado depressivo se configurar muitas vezes concomitante com a sintomatologia maníaco-melancólica. Acreditamos que isso possa resultar em confusão diagnóstica pela precipitação em relegar uma investigação de modo mais detalhado e observar o que de efetivamente depressivo contém o discurso e manifestação psicopatológica quando enunciada pelo alcoolista.

Uma tristeza que vem com um pedido, uma demanda para que, via medicação, possa ser ingerido algum remédio que retire esse sintoma do horizonte existencial do sujeito.

Berlinck (2000) elucida:

Muitas vezes, o clínico é conduzido à confusão diagnóstica porque na depressividade também se observa angústia e medo provocados não pela culpa, mas pelo intenso contato com a vida,

por meio da mesma sensorialidade que se encontrava num estado de letargia. (ibid., p. 84)

À guisa de compreensão:

A depressão se manifesta por apatia, tristeza e sensações de impotência e desesperança. O fenômeno-alvo psicopatológico visado na letargia e, portanto, na depressão, é mesmo a condição *vegetativo-vital*, nosologicamente inespecífica. Nela, a intensidade das cores esmaece, assim como o claro-escuro, dando lugar a uma tonalidade cinza, sem contraste. Os cheiros param de ser percebidos, as texturas param de ser registradas, os sons ficam amortecidos e podem até desaparecer. O processo digestivo fica prejudicado e o corpo passa a ficar pesado. Os movimentos corporais ficam lentos, os pés se arrastam. Em suma, o corpo penetra um estado de insensibilização da sensorialidade. (ibid., p. 76-77)

O alcoolista nos remete à tristeza, ao desamparo de sua condição frustrante, ao vazio que não lhe oferece um leito “para suportar a dor e a angústia causadas pela ausência do objeto de satisfação e a insuficiência gerada pelo vazio provocado pela ausência do mesmo objeto” (ibid., p. 78). Ao alcoolista falta, de modo contundente, o luto desse objeto primitivo de prazer.

Donde o vazio que se instala no ego do melancólico. Se durante o trabalho do luto, é o mundo que se esvazia; na melancolia quem se esvazia é o próprio ego do melancólico. Sem esperança, o mundo do melancólico é um mundo sem horizontes, é um mundo sem ideais. Seu ideal do ego é substituído por um superego tirânico e sádico que o leva a transformar em ódio toda sua capacidade de amar e a retornar este ódio contra sua própria pessoa. Donde a tendência suicida tão freqüente no quadro clínico da melancolia”. (Rocha, 2007, p. 269)

A palavra “depressão”, seguidamente pronunciada enquanto causa de sua compulsão alcoólica, vem acompanhada de uma longa e exaustiva narrativa de tristeza e miséria, de um ódio velado, porém expresso em ato sobre esse corpo e suas idéias. Uma tristeza que se manifesta enquanto afeto ligado ao fracasso da própria existência.

A incorporação a que foi sujeito, o destaca da depressão e do luto sem abrir mão de suas nuances; mais ainda, as acentua justamente para manter o segredo de sua cripta inalcançável. “O luto impossível do objeto primitivo de satisfação produz a depressão interminável em que o corpo se empresta ao que foi embora, pratica em si seus gestos, encarna-o” (Berlinck, 2000, p. 79).

Retomando o percurso até aqui proposto:

Para nós, o que importará considerar inicialmente é a existência de um amor anterior sem ambivalência; em seguida, o caráter inconfesso desse amor; finalmente, é preciso que uma causa real, portanto traumática, tenha vindo interrompê-lo. É sob o efeito do abalo e na ausência de toda possibilidade de luto que se instalará um sistema de contra-investimento utilizando os motivos de ódio, de decepções e de maus-tratos sofridos por parte do objeto. (Abraham e Török, 1995, p. 255)

Observando as propostas psiquiátricas à recomendação medicamentosa, observamos que para além dos polivitamínicos e dieta balanceada, no intuito de propiciar ao corpo uma recuperação da violência corporal por esses sujeitos perpetrados — pois os efeitos do álcool no organismo são desastrosos e muito agressivos: corpos inchados, lesões, algumas internas, outras externas sem dúvida fruto de “acidentes” conseqüentes do abuso —, há também uma proposta terapêutica psiquiátrica que se apóia na escuta médica do que se pronuncia enquanto “depressão”.

O alcoolista fará de seu discurso uma estereotipia funcional que funcionará para os dois lados — paciente e médico — no processo terapêutico, um modo de comunicação característico de sua defesa, pois não poderá denunciar sua vergonha já que tolhido pelo ambiente estranho ofertado por um mundo que parece insistir em fazê-lo ter de responder responsavelmente.

Seu idílio vergonhoso, mas puro de toda agressão cessou, não por infidelidade, mas por constrangimento; é por isso que ele pôs cuidadosamente a lembrança em conserva como seu bem mais precioso e isso ao preço de lhe construir uma cripta com as pedras do ódio e da agressão. Aliás, enquanto a cripta resiste,

não há melancolia. Ela se declara no momento em que as paredes se abalam, muitas vezes em consequência do desaparecimento de algum objeto acessório que lhe servia de esteio. Então, diante da ameaça de desmoronamento da cripta, o ego inteiro se torna cripta, dissimulando em seus próprios vestígios o objeto do amor oculto. (ibid., p. 255)

Como um apelo vaidoso à condição sofrida — pela vergonha da impotência de poder se livrar da mesma —, o melancólico alcoolista sustenta seus braços com distinção e honra: “*sou um alcoólatra em recuperação*” diz um paciente com voz empolada, deixando resignados os terapeutas que o escutam pela suposta falta de senso de realidade, prostração moral, ou fraqueza imaginária que expõe quando assim se anuncia ao adentrar internação psiquiátrica pela — mais uma vez — dependência alcoólica. Mas o que resigna os terapeutas é a forma de defesa maníaca que assim se anuncia em prol de uma causa fundamental: uma reintegração narcísica.

Compreende-se agora: quanto mais o objeto é apresentado como presa do sofrimento, da degradação (subentendido: por força de languescer pelo que perdeu), mais o sujeito possui títulos de que se orgulha: “Tudo isso ele sente por causa de *minha* perda!” Quando estou melancólico, ponho em cena, para que se reconheça sua amplidão, o luto do objeto por me ter perdido. [...] Triunfo, desprezo, furor, desafio à vergonha, tantos títulos em seu repertório. O progresso da análise certamente não se favorece com isso, mas os dias do paciente permanecem salvos. Infelizmente, com muita frequência, o “luto” melancólico terá sido a última cartada do sujeito para obter um restabelecimento narcísico. (ibid., p. 256)

O alcoolista e sua tristeza, sua melancolia repleta de atuações maníacas, nos conduz precipitadamente — e modo descuidado e com os efeitos desse “passo errado” dado pelo analista claramente verificáveis na transferência — a escuta clínica de um suicídio lento como resposta ao sacrifício ao Pai que não o reconhece como filho legítimo em sua potência; ao suicídio covarde em resposta ao sacrifício ao objeto que insiste em não se retirar de cena enterrado e esquecido pelo luto; enfim, à clínica da desesperança que, se assim vivenciada pelo analista, melhor fará se retirando,

permitindo que as associações matriciais cuidem de seu fraterno como irmão de infortúnio.

Por outro lado, se o analista pode escutar o necessário modo de defesa constituído pela ferida aberta e dolorosa constituída pelo alcoolista desde os primórdios de suas relações, sua dinâmica e escopo maníaco-melancólico, poderá abrigar em sua escuta a ambiência necessária — se suficiente só o tempo dirá — para o tratamento. Nas palavras de Rocha (2007):

Habitualmente se diz que a psicanálise se preocupa apenas com o passado do indivíduo, porque Freud mostrou que as vivências dos primeiros anos são decisivas para selar o destino de nossas doenças ou de nossa saúde psíquica. O que somos hoje começou a ser construído por aquilo que fomos ontem e o que seremos amanhã dependerá de nossa capacidade de sonhar, hoje. Pois bem, como vimos, a esperança sustenta esta capacidade de sonhar, alimenta as fantasias de desejo e cria nossos projetos de amanhã. Assim sendo, não seria difícil mostrar que todo trabalho clínico é sustentado e impulsionado pela esperança. Por isso, são desastrosas as conseqüências terapêuticas, quando se lida com a *desesperança*, sobretudo quando o que está em questão não é apenas o *sentimento de esperança*, mas a *esperança como princípio*, porque quando esta falta, instala-se o que Winnicott chamou de “desesperança congênita”, aquela que surge na ausência de um ambiente favorável quando da relação com os objetos primários e, sem este ambiente favorável, nenhuma estruturação de nossa vida psíquica é possível. (p. 269-270)

Feita a aposta clínica, se a ética do alcoolista é “ter como lei para si não ser si mesmo para o outro” [...] “que cada freudiano teste, então, este esquema estrutural e teórico-clínico em relação à exigência da prática para a qual ele está destinado”. (Perrier, 1992, p. 367)

Conclusão

O alcoolismo é um tema interdisciplinar, e como tal, articula uma série de indagações nos diversos ramos de conhecimento que o abordam. O presente trabalho busca, a partir de um caso clínico, dar sentido ao discurso do alcoolista, em especial ao sujeito que se encontra internado em um hospital psiquiátrico em virtude de seu sintoma.

O problema do alcoolismo não é o objeto ético, que encontra na história da humanidade seu lugar de destaque entre os objetos de significação desde a ordem mítica mais arraigada e simbólica, até os momentos mais prosaicos de satisfação pelo encontro entre seres.

Também não há um problema no bebedor, visto o empenho de pesquisadores em demonstrar que o percentual de bebedores no mundo é gigantesco, que a indústria do álcool nunca lucrou tanto financeiramente, e que sua posição privilegiada de licitude, entre tantos outros psicoativos e tantos manifestos prós e contra liberações, faz do bebedor e do álcool bons amigos e, em momentos especiais, até mesmo cúmplices de obras maiores do acervo cultural e artístico do homem.

O problema do alcoolismo é a inserção desse discurso em uma ética corporal.

Dar um sentido a esse discurso significa buscar, para além do discurso abstencionista e abdicatório à prática alcoólica, quais as matrizes dessa relação e como podem se conjugar sintoma e doença resultando o que concebemos enquanto o *pathos* proveniente de um “distúrbio da oralidade”.

Daí derivam as manifestações de cuidado e apoio ao tratamento dos alcoolistas; ligas antialcoólicas, internações voluntárias e involuntárias em hospitais psiquiátricos

ou não, associações matriciais, analistas, terapeutas, enfim, uma gama de preocupados e preocupações com esse incapacitado, prejudicado, doente pelo vício do álcool e que impõe, desde sua demanda, um comprometimento do outro em seu discurso embriagado. Se optamos por privilegiar a problemática do alcoolista no discurso, é porque a partir da boca, de seus objetos orais e suas relações de oralidade, propomos pensar a etiologia e o tratamento do alcoolismo. Dar voz, palavra e escuta a esse distúrbio da oralidade.

Propor um tratamento ao alcoolista é tarefa difícil. As manifestações transferenciais e contratransferenciais que habitam esse universo sintomático dão mostras firmes de sua resistência, seja na impotência do alcoolista em se manter distante de seu elixir, ou nos analistas de suportarem o lugar de “resto” a que são posicionados, apesar da educação e aquiescência do bebedor em louvar seus préstimos ante a tarefa de fazê-lo parar de beber. O hospital psiquiátrico se apresenta enquanto recurso de parada à ingesta alcoólica, mas constitui ambiência específica.

Ambiência que relatamos enquanto *continuum* de ambientes antecessores, entre eles, um de especial relevância: o botequim. Situar sua inclusão histórica e sua ambiência ofertada e construída pelo alcoolista refere sua influência inevitável no hospital em sua constituição ambiente: o “boteco sem bebida”.

Haverá uma força que impele esse “outro” a não ceder ante o álcool, quer esteja presentificado no hospital, no corpo médico, técnico ou social?

Seu pedido (de modo ativo ou passivo) de auxílio na criação de mecanismos de defesa que afastem o significante álcool do campo de atração desse encontro, reforçam uma fantasia de poder (fixação contratransferencial) de intervenção na força das imagens e constatações clínicas não só incidentes sobre as relações sociais e familiares (em completo prejuízo frente o sintoma alcoólico), mas de modo inegável, projetada

nesse corpo, que depois de submerso nesse discurso parece não encontrar outro caminho que não a deterioração psíquica e somática enquanto resto à vida: vivida ou a viver.

O apelo é grave, e ao mesmo tempo escorregadio e insidioso. O praticante da psicanálise — que não comporta necessariamente sinal de pouca prática — força o que espera enquanto correção desse discurso, apelo ao bom senso e saúde do corpo psíquico. Em sua compulsão neurótica se descuida e cai ante a posição despótica desse poder pedido, mas nunca aceito, já que vivido incorporado, mas nunca processado, introjetado.

Tomar o lugar do Pai deve ser, antes de tudo, avaliar de que Pai afinal se trata de destronar, e mais, ao pretender sentar nesse trono, o que oferecer.

Cair nesse pedido é retomar os ideais de saúde postados contra a ordenação subjetiva desse sujeito que insiste em não se fazer reconhecer, não por má-fé ou descaso, mas por constituição específica, ou seja, mais pela incorporação exclusiva de um objeto que poderá, a partir de agora, situado indelével pelo discurso, auxiliar essa boca a proferir uma verdade de si, uma apresentação de sujeito que se não pode realmente se responsabilizar pelo ou com o outro, ainda pode se manifestar em sua ética inconfundível: não ser si mesmo para o outro.

Os mecanismos constituintes das relações objetais, relações que comportam, orientam e elevam o humano em sua enigmática condição de sujeito, têm sua origem na “Coisa” hegeliana e seguem seu curso à posição de “objeto” para Lacan.

As formações representadas pelas funções coordenantes dessa tarefa: função do Pai, função da Mãe e prova de Realidade, articulam-se para formatar os modos de apreensão das coisas do mundo a partir do universo da linguagem e das palavras em sua possibilidade de apreensão do sempre enigmático Real que nos cerca, e constitui as

bases, a estrutura que sustenta o que oferecerá de novo, de singular, de irreduzível a essa apreensão.

Essas formações seguem padrões míticos de funcionamento: a saída do Éden materno e corporizante, o assassinato e devoramento introjetivo do Pai, a constituição do totem, seus tabus e sua força oriunda desse mesmo ato, dirigem esse corpo à formação dos *Ideais*, do horizonte possível ao gozo destrutivo *superegóico*, ao impulso do *isso*, e à condição administrativa do *Ego*.

Todo esse percurso nos permite pensar, a partir da construção narrativa mitopoética do caso clínico apresentado, sua aventura sobre o viver. Mesmo quando essa narrativa dificilmente permite que constatemos qualquer triunfo, ainda assim escutamos um heroísmo existencial.

A partir de um Pai situado na posição fixa da frustração em seu ordenamento objetual, não encontra aí a posição de castração necessária para fazê-lo herdeiro do falo. Ou seja, franqueado desde aí um impossível ideal do eu fálico correspondente ao desejo do Pai, sobra-lhe situar-se na condição nuclear (pois é de um núcleo que atesta a relação objetual) de apelo ao gozo de uma mãe que pudesse livrá-lo de um fardo do qual — paradoxo absoluto —, afinal, gostaria de poder carregar.

O alcoolista carrega em si uma tristeza espectral. Na fâcies revela o apelo ao Outro que o sustente e mantenha como no trânsito pela internação hospitalar. Sua impotência o revela um falastrão; a arrogância que demonstra ao esquivar-se do apelo clínico ao tratamento só encontra eco maior em sua queda envergonhada quando de seu retorno pela recaída.

O primeiro gole nos conduz à força de uma relação objetual só alcançável pelo esclarecimento da força e razões do tabu se organizar como o que deve ser evitado sob risco, de que se assim não se conjugar, assombrar o sujeito com mortos impossíveis de

enterrar. O peso dessa abertura, desse acesso só se compara em horror, ao fardo de carregar um corpo morto junto ao próprio.

Daí entendemos que o *corpo morto* deve ocupar um lugar simbólico no sujeito.

Através das incorporações chegar às introjeções e, por fim, aos lutos desses mortos, conferindo ao crime primordial do assassinato do Pai seu traço específico de Nome-do-Pai. Sacrifício do ato em prol do Nome próprio. O sintoma alcoólico encontra seu amparo e ancoragem no discurso do alcoolismo em que o mesmo revela que seu Deus não está morto, mas sim observando, contando e registrando o ato de seu filho.

Talvez por isso as estatísticas revelem sem poder explicar, por que tantos se mantenham abstinéios. “Os olhos de Deus estão em todos os lugares”, já nos lembra o bordão popular, e se essa manifestação tão prosaica, onde Freud nos revela que se exprime o lugar do Pai idealizado e temido, organizador das massas e normas sociais, agora o encontramos sustentando as organizações matriciais onde, em última instância, é ao poder superior que se deve o temor e a manutenção da abstinência. Infelizmente, a partir daí também se desdobra outro bordão clínico: “sou um alcoolista, e devo evitar o primeiro gole”. O problema é que ao constatar ser um alcoolista não mais poderá pensar em não ser... Um alcoolista.

Respeitamos essa posição, e ainda assim não a prescrevemos por acreditar que essa condição na qual se encontra o alcoolista em sua subjetividade ainda possui a possibilidade do pensar, elaborar e transcender esse sintoma. *Furor curandis?* Demagogia analítica? Presunção de uma psicanálise apoiada em sua metapsicologia e que não aceita as condições da clínica?

Esperança. O método clínico não poderia se propor enquanto tal se em suas bases epistemológicas mais profundas não reconhecesse que a relação transferencial sempre fará surgir a estrutura em suas dimensões mais cristalizadas e paradigmáticas

um cotejamento do novo em sua singularidade nos obrigando, se desejamos manter o ofício terapêutico psicanalítico, a sustentar uma caminhada corajosa por infernos sem Deus a nos guiar.

REFERÊNCIAS

- ABIBON, Richard. Transmitir psicanálise? Exercício de psicanálise em ato sobre a mulher no homem. São Paulo, 2007. (Apresentação de texto no Laboratório de Psicopatologia Fundamental –PUC-SP.)
- ABRAHAM, N.; TÖROK, M. *A casca e o núcleo*. São Paulo: Escuta, 1995.
- AMBERTÍN, M.G. *As vozes do supereu*. São Paulo: Cultura Editores Associados, Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2003.
- _____. *Imperativos do supereu: testemunhos clínicos*. São Paulo: Escuta, 2006.
- ANTÔNIO, João. *Malagueta, perus e bacanaço*. São Paulo: Cosac Naify, 2004.
- ARCHIVOS Brasileiros de Neurologia e Psiquiatria, v. 3, p. 256-67, 1921.
- AULAGNIER, Piera. *A violência da interpretação: do pictograma ao enunciado*. Rio de Janeiro: Imago, 1979.
- . *Um intérprete em busca de sentido - II*. São Paulo: Escuta, 1990.
- BERLINCK, Manoel Tosta. *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, 2000.
- BRAUNSTEIN, Néstor. *Gozo*. São Paulo: Escuta, 2007.
- CALLIGARIS, Contardo. O fantasma masculino e o fantasma feminino. Seminário apresentado na Biblioteca Freudiana de Curitiba – Centro de trabalho em psicanálise, 1990.
- CARNEIRO, Henrique S. *Bebidas alcoólicas e outras drogas na época moderna*. Economia e embriaguez do século XVI a XVIII. Historiador Eletrônico, 2004.

CARNEIRO, Henrique S. *Pequena enciclopédia da história das drogas e bebidas*: histórias e curiosidades sobre as mais variadas drogas e bebidas. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

CHALHOUB, S. *Trabalho, lar e botequim*. São Paulo: Brasiliense, 1996.

CLASSIFICAÇÃO de transtornos mentais e de comportamento de CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

DEBERT, Guita Grin. Resenha “História do estruturalismo”. *Revista Pesquisa Fapesp-Ciência e tecnologia no Brasil*, São Paulo, n. 139, p. 94, set. 2007.

DICIONÁRIO Enciclopédico Brasileiro. Porto Alegre: Globo, 1955. p. 753.

DIMENSTEIN, Gilberto. Sangue, suor e cerveja. Folha de S. Paulo, 15 abril 2007, Caderno Cotidiano, p. 12.

FÉDIDA, Pierre. A doença sexual: a intolerável invasão. In: *Nome, figura e memória*. São Paulo: Escuta, 1991.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FORBES, Jorge. *Da palavra ao gesto do analista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

FREUD, Sigmund (1897). Carta 79. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1988. v. I.

———. (1913-1914). Totem e tabu – seção II: Tabu e ambivalência emocional. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. XIII.

_____. (1923). O ego e o id. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. XIX.

- _____. (1923a). As relações dependentes do ego. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. XIX.
- _____. (1924). O problema econômico do masoquismo. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. XIX.
- _____. (1930[1929]). O mal-estar na civilização. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. XXI.
- GALDURÓZ, José Carlos; CAETANO, Raul. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 26, suplemento I, p. 3-6, maio de 2004.
- GIGLIOTTI, Analice; BESSA, Marco Antonio. Síndrome de dependência do álcool: critérios diagnósticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 26, suplemento I, p. 11-13, maio 2004.
- HARRIS, R. *Assassinato e loucura: medicina, leis e sociedade no fim de século*. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.
- JERUSALINSKY, Alfredo. Novas formas de sexualização (incidências do pai-maternal e da mãe auto-suficiente). In: *Seminários V - O declínio do império patriarcal*. São Paulo, USP - Pré-escola Terapêutica Lugar de Vida, 2007.
- LACAN, Jacques. *Televisão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.
- LACAN, Jacques (1956-57)). *O seminário. Livro 4. A relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.
- LACAN, Jacques. *Nomes-do-Pai*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B. *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- LECLAIRE, Serge. *O corpo erógeno: uma introdução à teoria do complexo de Édipo*. São Paulo: Escuta, 1992.

MAGNO, M.D. *O porre e o porre do Quincas Berro D'água*. Rio de Janeiro: Aoutra, 1985.

MANUAL Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-TR. Porto Alegre: Artmed, 2002.

MATOS, Maria Izilda Santos de. *Meu lar é o botequim: alcoolismo e masculinidade*. São Paulo: Cia. Editora Nacional, 2001.

MELMAN, Charles. *Estruturas lacanianas das psicoses*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

MELONI, José Nino; LARANJEIRA, Ronaldo. Custo social e de saúde do consumo do álcool. *Revista Brasileira de psiquiatria*, São Paulo, v. 26, suplemento I, p. 7-10, maio 2004.

NASIO, Juan-David. *Como trabalha um psicanalista?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

NASIO, Juan-David. O conceito de foraclusão. In: *Lições sobre os 7 conceitos cruciais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, (1996).

OURY, Jean e DEPUSSÉ, Marie. *À quelle heure passe le train...* Conversations sur la folie. Paris: Calmann-Levy, 2005.

PERRIER, François. *Ensaio de clínica psicanalítica*. São Paulo: Escuta. 1992.

ROCHA, Zeferino. Esperança não é esperar, é caminhar. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. X, n. 2, p.269-270, jun. 2007.

RODRIGUES, Lupicínio. *Minha História*. Collector's Editora Ltda.n. - DLR03B03. Maio, 1954.

_____ Mais um trago. Collector's Editora Ltda.n. - DLR04B06. 1960.

SZASZ, Thomas. *Cruel compaixão*. Campinas: Papirus, 1994.

ZORETTO, Ricardo. A ressaca da festa. *Revista Pesquisa Fapesp, Ciência e tecnologia*, São Paulo, n. 139, p. 42-49, set.2007.