



HAL
open science

Crack : substância, corpos, dispositivo e vulnerabilidades. A psicanálise e a prática clínico-institucional com usuários de crack

Iara Flor Richwin Ferreira

► To cite this version:

Iara Flor Richwin Ferreira. Crack : substância, corpos, dispositivo e vulnerabilidades. A psicanálise e a prática clínico-institucional com usuários de crack. Psychology. Université Sorbonne Paris Cité; Universidade de Brasília, 2017. Portuguese. NNT : 2017USPCC054 . tel-01939723

HAL Id: tel-01939723

<https://theses.hal.science/tel-01939723v1>

Submitted on 29 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Université Sorbonne
Paris Cité



Thèse de doctorat de l'Université de Brasília et de l'Université Sorbonne Paris Cité

Préparée à l'Université Paris Diderot

École doctorale Recherches en Psychanalyse et Psychopathologie (ED 450)

Centre de Recherches Psychanalyse, Médecine
et Société (CRPMS)

Crack: substância, corpos, dispositivo e vulnerabilidades.

A psicanálise e a prática clínico-institucional com usuários de crack.

Crack: substance, corps, dispositif et vulnérabilités.

**La psychanalyse et la pratique clinique et institutionnelle avec des usagers
de crack.**

Par Iara Flor RICHWIN FERREIRA

Dirigée par Luiz A. M. CELES et Cristina LINDENMEYER

Thèse de doctorat de Psychologie

Présentée et soutenue publiquement à Brasília, le 15 septembre 2017

Jury :

Président du jury: Mme. GANDOLFO CONCEIÇÃO Maria Inês (Universidade de Brasília)

Rapporteur et examinateur: Mme. DEBIEUX ROSA Miriam (Universidade de São Paulo)

Rapporteur et examinateur: Mme. RIBEIRO VERSIANI Estela (Escola Superior de Ciências da Saúde/DF)

Examineur: Mme. DONATTI GALLASSI Andrea (Universidade de Brasília-Campus Ceilândia)

Directeur: M. MONNERAT CELES Luiz A. (Universidade de Brasília)

Directrice: Mme. LINDENMEYER Cristina (Université Paris Diderot)



Crack: substance, corps, dispositif et vulnérabilités – La psychanalyse et la pratique clinique et institutionnelle avec des usagers de crack.

Résumé :

Cette recherche découle de mon expérience clinique et institutionnelle dans le domaine des drogues. La problématique centrale s'appuie sur un questionnement sur la pratique psychanalytique avec des usagers de crack en situation de précarité, vulnérabilité et exclusion. L'objectif principal est d'examiner les processus subjectifs liés à l'usage problématique de crack, dans ses dimensions psychiques, corporelles, socio-politiques et culturelles. Je propose la notion de « dispositif du crack » pour examiner et réfléchir sur la trame des discours, interprétations, interventions, stratégies et soins tissée autour du phénomène du crack dans la contemporanéité brésilienne. Cette notion a mis en évidence le champ biopolitique dans lequel le problème du crack s'inscrit et l'entrecroisement entre les relations de pouvoir et de savoir sur cette drogue. En promouvant un rapprochement entre le domaine socio-politique et le domaine subjectif, la notion de « dispositif du crack » a également mis en évidence les processus de subjectivation et désobjectivation impliqués. L'analyse des potentiels effets et incidences subjectives résultants des situations d'exclusion et vulnérabilités multiples qui touchent la majorité des usagers de crack au Brésil a montré leur étroite articulation avec l'usage abusif de cette drogue, en ce qui concerne aussi bien les effets de cet usage prolongé que la constitution d'une certaine conjoncture subjective où l'usage de crack peut être interprété comme une « stratégie de survie » face à des « situations extrêmes de la subjectivité ». L'analyse d'un cas clinique a révélé que la stratégie toxique du patient était étroitement liée à son contexte de précarité et marginalisation et a explicité aussi les effets et les déploiements du « dispositif du crack » dans la dimension de la singularité du sujet et de son positionnement subjectif. L'analyse du cas clinique a également contribué apportant un questionnement et une réflexion sur la question du corps et l'usage abusif de crack, en révélant que, de manière associée à l'usage prolongé de cette substance, les processus sociopolitiques, les dynamiques de pouvoir, les discours hégémoniques et les inégalités et marginalisations s'infiltrèrent, marquent et conditionent la pulsionnalité et la matérialité même des corps Cette question de la corporéité conjugue, condense et permet l'émergence des différentes dimensions qui s'entrelacent dans la complexité du phénomène du crack et qui ont été abordées tout au long de cette thèse : la puissance de la substance chimique et ses effets sur le corps et sur la subjectivité ; les questions subjectives et singulières ; les dynamiques pulsionnelles ; les déterminations et les processus socio-politiques ; les situations de précarité, vulnérabilité et exclusion ; les représentations et discours dominants ; et les stratégies et interventions mises en marche pour faire face à la question. Finalement, je présente les contours et les caractéristiques fondamentales de l'écoute, de la position clinique et des interventions psychanalytiques dans la clinique avec des usagers de crack traversés et marqués par des situations de précarité et exclusion.

Mots-clefs: crack; psychanalyse; vulnérabilité et exclusion; dispositif; corps

Crack: substance, bodies, dispositive, and vulnerabilities – Psychoanalysis and clinical-institutional practice with crack users

Abstract :

The research draws from my clinical-institutional experience in the field of drugs and it is centered on a reflection about the practice of psychoanalysis with crack users in situation of precariousness, vulnerability, and exclusion. My main goal is to examine the subjective processes related to the problematic uses of crack, in their psychical, corporeal, sociopolitical, and cultural dimensions. I propose the notion of "crack dispositif" in order to examine and reflect upon the network of discourses, interpretations, interventions, strategies, attention, and care, which takes shape around the crack phenomenon in contemporary Brazil. Such notion allowed me to call attention to the biopolitical field in which the crack problem is embedded, and the interweaving and mutually supportive relations between power and knowledge about the drug. By articulating the sociopolitical field to the subjective field, the notion of "crack dispositif " also revealed the processes of subjectification and desubjectification there implied. The analysis of the potential subjective effects and incidences resulting from the situations of exclusion and multiple vulnerabilities that characterize the majority of crack users in Brazil allowed for the identification of its tight connection to crack abuse. Exclusion and vulnerability are deeply articulated with long-term use of crack (and its related effects), as well as with the constitution of a subjective conjuncture in which the use of crack can be interpreted as a "survival strategy" in the face of "extreme situations of subjectivity". The construction and analysis of a clinical case indicated that the patient's toxic strategy is tightly linked to his context of precariousness and marginalization. The case made explicit the effects of the "crack dispositif " in the singularity dimension of the subject and its subjective positioning. The analysis of the clinical case also contributed to a reflection about corporality and crack abuse. This reflection emphasized that sociopolitical processes, power dynamics, hegemonic discourses, inequalities and marginalizations permeate and condition the very materiality of bodies and their drives. A focus on the body conjugates and allows for the emergence of the different dimensions intertwined in the complex phenomenon of crack: the potency of the chemical substance and its effects over body and subjectivity; the subjective and singular issues; the dynamics of drives; the sociopolitical determinations and processes; the situations of vulnerability and exclusion; the strategies and interventions mobilized; and the dominant discourses. At last, I call attention to the fundamental specificities of the psychoanalytical listening, clinical positioning, and interventions in the clinic of crack users.

keywords: crack; psychoanalysis; vulnerability and exclusion; dispositif; body

Crack: substância, corpos, dispositivo e vulnerabilidades – A psicanálise e a prática clínico-institucional com usuários de crack.

Resumo:

Esta pesquisa origina-se em minha experiência clínico-institucional no campo das drogas e tem como problema central um questionamento sobre a prática psicanalítica com usuários de crack em situações de precariedade, vulnerabilidade e exclusão. O objetivo principal consiste em examinar os processos subjetivos relacionados ao uso problemático de crack, em suas dimensões psíquicas, corporais, sociopolíticas e culturais. Proponho a noção de “dispositivo do crack” para examinar e refletir sobre a rede de discursos, interpretações, intervenções, estratégias, atenção e cuidado que se conforma em torno do fenômeno do crack na contemporaneidade brasileira. Essa noção permitiu destacar o campo biopolítico no qual se inscreve o problema do crack e o entrecruzamento e co-sustentação entre as relações de poder e saber sobre essa droga. Em uma articulação do campo sociopolítico ao campo subjetivo, a noção de “dispositivo do crack” revelou ainda os processos de subjetivação e dessubjetivação implicados. A análise dos potenciais efeitos e incidências subjetivas decorrentes das situações de exclusão e vulnerabilidades múltiplas que atingem a maioria dos usuários de crack no Brasil possibilitou identificar sua estreita articulação com o uso abusivo dessa droga, tanto no que diz respeito aos efeitos desse uso prolongado, quanto no que se refere à constituição de uma determinada conjuntura subjetiva em que o uso de crack pode ser interpretado como uma “estratégia de sobrevivência” diante de “situações extremas da subjetividade”. A análise de um caso clínico mostrou que a estratégia tóxica do paciente estava estreitamente articulada ao seu contexto de precariedade e marginalização e tornou explícitos os efeitos e desdobramentos do “dispositivo do crack” na dimensão da singularidade de um sujeito e de seu posicionamento subjetivo. A análise do caso clínico contribuiu ainda com um questionamento e reflexão sobre o corpo e o uso abusivo de crack e explicitou que, de forma associada ao uso prolongado da substância, os processos sociopolíticos, as dinâmicas de poder, os discursos hegemônicos e as desigualdades e marginalizações atravessam, marcam e condicionam a própria materialidade e a pulsionalidade dos corpos. Essa questão da corporalidade conjuga, condensa e permite a emergência de diferentes dimensões que se emaranham na complexidade do fenômeno do crack e que foram abordadas ao longo desta tese: a potência da substância química e seus efeitos sobre o corpo e sobre a subjetividade; as questões subjetivas e singulares; as dinâmicas pulsionais; as determinações e processos sociopolíticos; as situações de vulnerabilidade e exclusão; as representações e discursos dominantes; e as estratégias e intervenções acionadas para lidar com a questão. Por fim, destaco os contornos e especificidades fundamentais da escuta, do posicionamento clínico e das intervenções psicanalíticas na clínica com usuários de crack atravessados e marcados pelas situações de precariedade e exclusão.

Palavras-chave: crack; psicanálise; vulnerabilidade e exclusão; dispositivo; corpo

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION: de la pratique clinique à la problématique de recherche.....	1
Organisation de la thèse : <i>C'est toujours la même histoire, ne change que le personnage</i>	9

PARTIE I:

LA MÊME HISTOIRE: L'INSCRIPTION SOCIALE, POLITIQUE ET CULTURELLE DU *CRACK* AU BRÉSIL

Chapitre I: Dimensions historiques, sociales et culturelles du <i>crack</i> au Brésil.....	15
I.1. <i>La population d'usagers de crack</i> au Brésil et la supposée « épidémie »	15
I.2. L'usage de <i>crack</i> et les situations de précarité, de vulnérabilité et d'exclusion sociale	18
I.3. Précarité et sujet « sans rien » : ébauche pour un positionnement clinique face aux situations de vulnérabilité et de marginalisation sociale.	20
Chapitre II: Le dispositif du <i>crack</i>	21
II.1. Les discours, images et représentations dominants sur le <i>crack</i> et les usagers	23
II.2. Le champ d'interventions, d'attentions et de soin aux usagers de <i>crack</i> : paradoxes et disputes politiques et thérapeutiques.	27
II.2.1. La stratégie de réduction des risques, les CAPS-AD et l'approche psychosociale d'attention et de soin en santé mentale.....	27
II.2.2 Les Communautés Thérapeutiques	29
II.3. Les dimensions du savoir, du pouvoir, et de la subjectivation dans le dispositif du <i>crack</i>	32

PARTIE II:

PRÉCARITÉ, VULNÉRABILITÉ ET EXCLUSION SOCIALE: PERSPECTIVES PSYCHANALYTIQUES

Chapitre III: La dimension collective, sociopolitique et culturelle de la constitution subjective et des symptômes et manifestations psychopathologiques	40
---	-----------

Chapitre IV: Une lecture psychanalytique de la précarité et de la vulnérabilité	43
IV. 1. La détresse radicale: précarité et vulnérabilité structurelles et constitutives	44
IV. 2. Conditions précaires et vulnérabilité sociopolitiquement induites	48
IV. 3. Vulnérabilité linguistique, détresse discursive.....	53
Chapitre V: Incidences subjectives des situations de précarité, vulnérabilité et exclusion et usage abusif de crack	58
V.1. « Déshumanisation de la vie quotidienne » : incidences subjectives de la précarité et de la vulnérabilité sociopolitiques et discursives	59
V. 2. <i>Crack</i> , vulnérabilité et exclusion sociale : intrications subjectives, « stratégies de survie » et <i>pharmakon</i>	66

PARTIE III

DIOGENE: UN PERSONNAGE

Chapitre VI: Place et fonction du cas clinique dans la recherche.....	70
VI. 1. Le cas clinique dans la recherche : problématisation, réflexion, résistance et politique.....	70
VI. 2. Diogène: un cas de recherche porteur d'une question sur le corps	72
Chapitre VII: Diogène et son corps fabriquant de drogues.....	75
VII. 1. Présentation clinique.....	75
VII. 2. Corps et sensorialité : dynamiques pulsionnelles	78
VII. 3. Appétence insatiable : « <i>Tout ce que je prends se transforme en drogue dans mon corps. J'en veux encore, encore et encore...</i> ».....	80
VII. 4. Fonction du corps et de l'exploitation des sensations corporelles dans l'usage de <i>crack</i>	83
VII. 5. L'instance de l'autre : déception et toxicité.....	85
VII. 6. Le contexte de précarité et de marginalisation sociale : dissidence toxique et résistance	89
VII.7. Parcours thérapeutiques et positions subjectives dans le contexte du « dispositif du <i>crack</i> »	93
Chapitre VIII: Corporalité, crack et processus sociopolitiques.....	99
VIII. 1. Le corps de Diogène : <i>crack</i> , exclusions, vulnérabilités, violences et discours.....	99
VIII. 2. <i>Crack</i> , corps et biopolitique : mêmes histoires ?.....	103

CONCLUSION: contours et spécificités de l'écoute, du positionnement et des interventions dans la clinique auprès des usagers de *crack*106

Introduction : de la pratique clinique à la problématique de recherche

La problématique qui oriente cette étude découle de ma pratique clinique et institutionnelle dans le domaine des drogues, débutée en 2008, quand j'ai été intégré, en tant que psychologue, une unité d'hospitalisation et resocialisation pour adolescents, faisant partie du réseau des mesures socioéducatives pour les adolescents en conflit avec la loi du District Federal (Brésil). Au sein de cette unité, j'avais déjà été interpellée par la manière dont le *crack* se distinguait dans le discours et dans l'imaginaire des adolescents – et également des professionnels. L'usage du *crack*, envisagé comme la pire des possibilités d'attachement à une drogue, était interprété comme une défaillance morale, comme une perte de dignité, d'honnêteté, de contrôle et d'hygiène, et devait être scrupuleusement caché. Dans ce contexte, j'ai commencé à percevoir, peu à peu, comment le lien au *crack* révèle les contours de ce qui ne doit pas être, de ce que l'utilisateur lui-même ne veut pas être, et avec quoi il ne peut être identifié, constituant des « frontières significatives entre divers groupes sociaux » et une « altérité radicale » marquée par la « catégorie de l'abjection » (Rui, 2014, p.54).

En 2011, j'ai également pris en charge une fonction de psychologue dans un Centre d'Attention et d'Accompagnement Psychosocial pour les problèmes liés à l'Alcool et aux autres Drogues (CAPS-AD)¹ du District Federal. Mon arrivée au sein de ce CAPS-AD a coïncidé avec un moment historique où la question du *crack*, des usagers et des espaces de consommation ont pris une place centrale dans le débat public au Brésil. Outre l'« augmentation vertigineuse » de la consommation de *crack*, on assista à une augmentation, tout aussi vertigineuse, des discours sur le *crack* usant principalement d'un lexique tragique,

¹ Les CAPS sont des services remplaçant le modèle hospitalocentrique en santé mentale dont la principale puissance réside dans la promotion de la santé mentale et de la réinsertion sociale à partir d'une méthodologie de travail pluridisciplinaire, de complexe et délicate reconstruction du territoire géographique, existentiel, interpersonnel, affectif, professionnel, culturel et communautaire de l'individu. Les CAPS sont caractérisés par le mode psychosocial de soin et prise en charge en santé mentale, en opposition au mode de l'asile.

moral, épidémique et belligérant. Le *crack* occupe alors une place particulière dans la société, dans les récits médiatiques, dans l’imaginaire et les discours publics, en défiant les politiques de santé et de sécurité publique, urbanistes et d’assistance (Rui, 2014). Cette position centrale du *crack* a entraîné des effets, des gestions, des interventions et des formulations de politiques publiques d’affrontement, et a mobilisé différents dispositifs d’assistance, répressifs, sanitaires, moraux, religieux et politiques (Amarante, 2015; Lancetti, 2015; Rui, 2014)..

Il convient ici de préciser que la circonscription de cette étude à la question du *crack* – et non des drogues en général –, ne signifie pas que l’on mettra l’accent sur le produit ou ses spécificités pharmacologiques, qui le différencieraient radicalement des autres substances psychoactives licites ou illicites, mais que l’on visera à le problématiser et à le discuter. Mettre l’accent sur les discours, privilégier les interventions, les ressources et les politiques autour d’une substance chimique spécifique peut provoquer, selon Nery (2013), des effets iatrogènes, « créer » de nouveaux problèmes ou amplifier leur importance, en déplaçant l’axe de la question vers la substance chimique quand il devrait être centré sur les sujets.

Mais l’accent et l’évidence mises sur le *crack* sont déjà présents – en fonctionnement actif et produisant des effets – et se manifestent dans la construction sociale de l’« épidémie du *crack* », dans les récits alarmistes et diabolisants, dans la figure spectaculaire du « crackeur » et du « noia² », et dans la centralisation des ressources, des actions et des divers dispositifs politiques et institutionnels autour de ce phénomène. Un des éléments qui soutiennent et justifient la circonscription de cette étude à la question du *crack* consiste donc à interroger et analyser cette importance et cette centralité acquises sur la scène brésilienne contemporaine, ainsi qu’à tenter d’en comprendre la genèse, les forces impliquées, ses actions et ses effets sur la collectivité et les subjectivités.

² Le terme « noia » est dérivé de « paranoïa » et désigne aujourd’hui dans le discours ambiant, de manière péjorative, les sujets usagers de *crack*.

Tant dans l'unité d'hospitalisation pour adolescents que dans mon expérience au CAPS-AD, la question du *crack* m'interpellait de façon particulière, me questionnait, provoquant parfois embarras, inquiétudes et défis à la pratique clinique et au savoir institué, et m'a amené à me confronter à leurs limites. L'écoute, souvent difficile, des trajectoires de vie où se mêlent intenses souffrances, marginalisation sociale, violences, ruptures des liens familiaux et sociaux ; l'accueil des récits, où les propres existences de ceux qui se racontent sont pensées et senties à partir de la dégradation et de l'échec corporel, psychique et moral, à partir de la perte de contrôle, de la faiblesse et de l'impuissance, de la perte de dignité et de « valeur » ; la rencontre avec la cruauté de l'exclusion sociale et la précarité extrême ; la rencontre avec les subjectivités dévastées, parfois violentes et souvent violentées ; l'intrication entre l'inscription sociale, économique et politique du *crack* et la singularité des subjectivités ; les incidences et effets subjectifs des discours publics sur le *crack*. Voilà ce qui, émergeant de la clinique, motive, délimite et soutient cette étude. Voilà ce qui n'a cessé de m'interroger et m'a conduite aux limites de la réflexion clinique, éthique et politique.

Quelques précisions sont nécessaires pour mieux délimiter mon objet de recherche et mettre en évidence le sujet de cette investigation en le démarquant de ceux qui n'y seront pas inclus. L'attention portée à l'expérience des sujets avec le *crack* et à la position qu'elle occupe dans leurs dynamiques psychiques et dans leurs vies permet de distinguer – contrairement à ce qui est diffusé de façon dominante – un large spectre de possibilités de rapport à cette drogue. Depuis les usages contrôlés, festifs et récréatifs, jusqu'aux points les plus extrêmes de la toxicomanie, où l'usage du *crack* devient compulsif et pathologique et où se développe une centration de la vie du sujet sur le produit. Entre ces deux formes extrêmes de consommation, l'hétérogénéité des usages et des modes de relation au *crack* est aussi vaste que le nombre de sujets et d'équations possibles dans les rencontres entre une subjectivité, un

moment socio-culturel et une substance chimique, comme le propose Olivenstein avec le modèle trivarié (1985).

Je prends ici l'option d'examiner la plus extrême et radicale des possibilités d'expériences et de relation au *crack* : le segment particulier des sujets qui établissent avec la drogue un attachement extrême, qui les emmène du registre du plaisir au registre de la nécessité impérative, qui présente une telle intensité qu'il les amène à abandonner nombre d'autres investissements et liens. Affirmer cette spécificité de ma recherche est fondamental pour éviter de reproduire les stéréotypes sur le *crack*, qui l'associent généralement au destin inexorable d'un usage compulsif et pathologique, et au développement d'une dépendance radicale. Il convient d'éclaircir et de souligner que ce segment particulier de personnes qui en font un usage problématique et dévastateur, et qui parviennent à une situation critique qui les conduisent à chercher de l'aide, ne peut être considéré comme représentatif de la totalité des usagers et de l'hétérogénéité des possibilités d'usages, de contextes, de rapports, de trajectoires et de relations au *crack*.

Une autre spécificité de la réalité clinique de cette étude concerne la position des individus dans la structure économique et sociale : les usagers de *crack* qui fréquentent le CAPS-AD et qui maintiennent cette relation extrême et radicale avec la drogue sont, pour la plupart, en situation de précarité et d'exclusion, issus d'une classe sociale non seulement privée de capital économique et culturel, mais, comme l'a développé Souza (2009), des conditions sociales, culturelles et morales qui permettraient cette appropriation. De ce fait s'imposent la nécessité d'interroger simultanément l'inscription collective, sociale, politique et culturelle de l'usage du *crack* au Brésil, et d'analyser ce phénomène, à partir de l'anthropologie clinique (Assoun, 2012 ; Douville, 2012), comme un symptôme social du *malaise dans la culture*.

Au cours de ma trajectoire clinique et de recherche, s'est renforcée la compréhension de la problématique du *crack* comme expression épiphénoménale et symptomatique de profonds dilemmes structurels (Bourgois, 2013), politiques, sociaux, économiques et culturels. Parallèlement, s'impose aussi un questionnement sur la participation singulière de chaque subjectivité aux multiples et hétérogènes trajectoires et rapports au *crack*. J'interroge donc la manière dont les questions sociales, économiques, politiques et culturelles s'inscrivent et acquièrent un pouvoir structurant dans la relation sujet-*crack* et, dans le même temps, je questionne la singularité du sujet dans cette relation.

Cependant, cette problématisation conduit souvent à une situation de vertige entre deux postulats qui s'imposent de façon incontournable au cœur de mon travail clinique et de recherche. D'un côté, la conscience des effets désastreux de la psychologisation du social et de l'individualisation de la responsabilité – qui reproduisent et accentuent la violence et l'exclusion. De l'autre, la conception d'une hétérogénéité, même minimale, de la causalité psychique par rapport à la causalité socio-économique (Douville, 2012a). Le travail clinique au cas par cas exige une distanciation d'avec une modélisation qui réduit la vie psychique à un simple reflet de la vie sociale (Douville, 2012a). Bien que ces deux postulats – la considération de l'inscription sociale et l'indispensable éthique de la singularité – ne soient pas nécessairement incompatibles, les articuler, tant dans le champ de la clinique que de la recherche, constitue un défi complexe qui alimente et donne son élan à cette étude, dans la perspective de comprendre l'articulation du sujet singulier à ses impasses avec la culture.

Un autre point qui impose des défis à mon écoute, à l'analyse et à l'intervention clinique concerne les effets subjectifs du discours publics sur le *crack*. Dès le début de mon expérience clinique, j'ai adopté une position critique et attentive par rapport à la diabolisation du *crack* dans la presse, au ton alarmiste des principales approches sur la question et aux discours publics dominants qui décrivent le *crack* comme le responsable de tragédies

individuelles, familiales et sociales, de trajectoires de ruines et échecs, de pertes matériels, affectives et morales. Cependant, quotidiennement je me suis confrontée à des récits de patients qui s’assimilaient à cette image et reproduisaient eux-mêmes ces discours, en attribuant exclusivement au *crack* l’intense souffrance qui traverse leurs histoires et les nombreuses pertes et dommages dans leurs existences gravement fragilisées. Il convient donc d’interroger l’incidence des différents discours et représentations du *crack* sur les subjectivités des consommateurs et sur la constitution et la configuration des trajectoires et des relations qu’ils établissent avec la drogue.

À partir de ce qui a été exposé, il convient donc d’articuler et d’organiser les principaux axes de cette réflexion ainsi que les objectifs de cette recherche. La question centrale, qui constitue à la fois le déclencheur et l’axe principal de cette thèse, consiste en une problématisation de la pratique psychanalytique auprès des usagers de *crack* dans un contexte institutionnel, qui m’a conduite à interroger et examiner, à partir de la psychanalyse, les processus subjectifs liés à l’usage extrême et problématique du *crack* dans ses dimensions psychiques, corporelles, sociopolitiques et culturelles.

À son tour, cette question centrale se déploie en un questionnement relatif aux déterminations historiques, socioéconomiques, politiques et culturelles, liées au phénomène du *crack* au Brésil, qui débouche sur la nécessité d’examiner le contexte de précarité, d’exclusion et de vulnérabilité sociales dans lequel se trouve la plupart des usagers de *crack*. Il s’agira également d’appréhender le réseau des discours, des représentations, des savoirs, des pratiques, des stratégies et des institutions constitués autour de cette drogue et des sujets qui en font actuellement usage.

Ensuite, il s’agira d’interroger, à partir de la psychanalyse, l’envers inconscient (Assoun, 2015b) de cette réalité sociale, politique et culturelle, de se pencher sur les incidences psychiques et les logiques de subjectivation résultant de ce contexte, et sur la

manière dont s'articulent ces éléments avec le destin psychique et culturel au sein duquel le *crack* atteint une prépondérance et une place aussi centrale que problématique dans la vie des sujets.

Cette articulation du champ sociopolitique au champ subjectif est étayée par la construction et l'analyse d'un cas clinique que j'ai accompagné au CAPS-AD, avec pour objectif de rendre compte de la singularité des processus liés à l'usage abusif du *crack*, de la manière dont ils s'articulent avec la dimension sociopolitique du phénomène, et des principales questions, spécificités, impasses ou difficultés qui s'interposent à l'accompagnement thérapeutique.

Au cours de la construction et de l'analyse du cas clinique, la question de la corporalité a pris une dimension et une importance fondamentales, ce qui, bien que pressenti – de par la prégnance et l'éminence du corps dans la clinique des usagers de *crack* –, n'était pas totalement attendu ni défini au début de cette étude. Ainsi se dessinent deux objectifs : d'une part, l'analyse métapsychologique de la place et de la fonction du corps dans les dynamiques d'usage abusif et problématique de *crack* ; d'autre part, comprendre comment l'action de cette drogue sur le corps, avec ses multiples effets sur les sensations corporelles et sur les dynamiques pulsionnelles, se lie aux expériences du sujet, à sa relation à l'autre, à ses relations sociales et à sa réalité socioculturelle.

Cette étude suit une trajectoire méthodologique qui se propose de parcourir, à double sens, le chemin qui mène de la clinique à la recherche. Il s'agit d'un exercice de confrontation et de mise en tension dialectique entre mon expérience clinique au CAPS-AD et les études théoriques, dans un mouvement où chaque domaine agit sur l'autre, l'alimente, l'interroge, ce qui soulève des réflexions et des reformulations. Le parcours méthodologique peut être divisé en deux processus principaux :

1) Recherches et études théoriques sur les dimensions historiques, sociales, politiques et culturelles liées au phénomène du *crack* au Brésil, soutenues par les interrogations et problèmes issus de mon expérience clinique ; soumission de ces dimensions à une interrogation et une réflexion psychanalytiques ;

2) Construction et étude du cas clinique d'un patient que j'ai suivi au CAPS-AD sur une période de trois ans. La décision de faire de ce patient particulier un cas de recherche et de réflexion découle des inquiétudes, interrogations, embarras et défis qu'il a pu susciter, en m'entraînant aux limites des réflexions clinique, éthique et politique. Le matériel clinique analysé provient, par un regard rétrospectif, de son accompagnement au CAPS-AD, de l'analyse documentaire de son dossier médical, des registres des groupes thérapeutiques auxquels il a participé et de mes notes personnelles. Après systématisation de l'ensemble du matériel clinique, les éléments cliniques et discursifs les plus pertinentes – ceux qui insistent, interpellent, problématisent et incitent à un travail de réflexion et d'analyse quant à la singularité et la dynamique psychique du sujet dans sa relation au *crack* – ont été sélectionnés. Ont également été privilégiés les éléments cliniques qui rendent possibles la compréhension et la mise en perspective des articulations entre l'usage problématique du *crack* par un sujet singulier, l'inscription sociale et culturelle du *crack*, et les modalités spécifiques d'organisation de la subjectivité engendrées dans un contexte social marqué par la précarité et l'exclusion.

Par conséquent, les éléments cliniques ont constitué les déclencheurs et les axes fondamentaux de l'articulation du champ sociopolitique au champ subjectif, et ont orienté le travail de réflexion au registre de la théorie psychanalytique et des concepts métapsychologiques, entraînant ainsi des questionnements et des défis au savoir théorico-clinique institué. Le cas clinique n'a donc pas une simple fonction d'illustration de la théorie psychanalytique, mais a pour but de la questionner, de conduire l'investigation et d'actionner

le travail théorique et métapsychologique en favorisant l'élaboration de questions, de constructions singulières, et d'indications pour le travail clinique auprès des usagers de *crack*.

J'ajoute que l'étude de cas dont il est question concerne un patient dont l'accompagnement thérapeutique s'est terminé avant que les principales définitions de cette investigation n'aient été déterminées, et avant la rédaction de cette thèse, ce qui exclut le risque d'interférences et d'influences entre les intérêts de la recherche et l'accompagnement clinique. Aucune donnée qui pourrait permettre d'identifier le sujet (nom, caractéristiques facilitant l'identification, localisation du CAPS-AD, etc.) n'a été révélée ou utilisée comme matériel clinique dans cette étude, de manière à préserver la protection de l'identité du sujet et la confidentialité.

Organisation de la thèse : *C'est toujours la même histoire, ne change que le personnage*

Ce travail est organisé à partir d'une phrase qui m'a marquée dès les débuts de ma pratique clinique auprès des usagers de *crack* au CAPS-AD, phrase constamment répétée, en différentes situations, par différents patients du service parlant d'eux-mêmes : ***C'est toujours la même histoire, ne change que le personnage***. La large diffusion et la persistance de cet énoncé dans mon expérience clinique ont aiguisé mon écoute et mon attention à son égard. Il s'est imposé comme un défi clinique et analytique et, dans une certaine mesure, structure l'écriture et l'organisation de cette étude.

D'un point de vue clinique et analytique, cet énoncé, en s'inscrivant régulièrement dans les interventions des patients, a induit en moi une posture critique, de déconstruction. J'ai alors visé à problématiser l'homogénéisation des trajectoires que cet énoncé implique, à réintroduire les spécificités et les singularités de chaque cas, ainsi qu'une certaine forme d'appropriation subjective, en favorisant l'ouverture de nouvelles voies et trajectoires, en tentant de travailler l'idée que parfois, ne changer *que* le personnage peut tout changer. D'un autre côté, cette phrase m'a amenée à l'interroger et à tenter de comprendre ce qu'elle

implique, comment elle se dissémine et est appropriée par les différents usagers, ce qu'elle indique, comment elle s'inscrit en chaque subjectivité, et enfin, quel est le sens et la fonction de cette homogénéisation.

Je n'ai identifié aucune origine spécifique à cette phrase, comme le sont, par exemple, les Alcooliques Anonymes ou les Narcotiques Anonymes pour d'autres énoncés qui circulent aussi largement dans la clinique liée à l'alcool ou aux autres drogues³. Mais je comprends sa large diffusion comme découlant d'expériences partagées par les usagers dans des espaces et trajectoires institutionnels communs, comme les hospitalisations en communautés thérapeutiques, prisons ou les accompagnements en CAPS-AD. Concernant sa fonction, j'ai observé que cette phrase, en favorisant une désimplification subjective et en détournant l'attention du *personnage*, a une fonction protectrice et défensive. S'identifier à une *même histoire*, c'est construire une idée d'appartenance et de récurrence structurelle, de laquelle les sujets sont *de simples personnages* et – comme l'ont aussi montré les études ethnographiques sur le phénomène des « phrases toutes faites » auprès des personnes sans-abri (Rui, 2014) – cela implique une tentative de rendre intelligibles et d'expliquer ces trajectoires d'intenses souffrances, d'« échecs », de désillusions, de culpabilité et de vulnérabilité.

De surcroît, cette phrase m'indique la nécessité d'interroger et d'analyser quelle est cette *même histoire*, quels sont ces *personnages*, ce qui *change* et ce qui ne *change* pas, ce qu'indique cette tournure restrictive *ne... que*, et quelle potentialité peut en être tirée. Par cette phrase, les usagers de *crack* m'ont rendue attentive au fait qu'il y a bien des récurrences dans les histoires et qu'elles doivent être prises en compte. Ils m'ont ainsi indiqué la voie d'investigation de cette étude en me montrant que pour comprendre les différents *personnages* et leurs usages et attachements au *crack*, je dois appréhender cette récurrence

³ Par exemple : « *J'admets que je suis impuissant face à mon addiction* » ou « juste pour aujourd'hui ».

structurelle – qui fait du *crack* un phénomène social – et la placer en étroite corrélation avec les différentes trajectoires et expériences individuelles.

En ce sens, il est intéressant de noter que l'écoute attentive et la prise en compte de ce qui insiste et se répète dans la clinique m'indiquait déjà ce que par la suite j'ai vu corroborer, en tant qu'impératif méthodologique, dans la majeure partie des études qui envisage prudemment et de manière non stigmatisante le phénomène du *crack* : la tension constante et l'articulation entre la diversité individuelle et la trame sociale et collective (Arenari & Dutra, 2016; Bourgois, 2013; Bourgois & Schonberg, 2005; Garcia, 2016; Messas et al., 2016; Nery et al., 2013; Rui, 2014; Souza, 2016; Suárez et al., 2014).

Par ailleurs, en analysant les constructions discursives sur le *crack*, j'ai compris que, si cette *même histoire* évoquée par les usagers indique des invariants sociaux et une récurrence structurelle qui doivent être investigués, la tournure *ne... que* résulte d'une tendance à la généralisation et à l'homogénéisation – avec pour conséquence un effet d'oblitération et d'invisibilité des multiplicités et des singularités individuelles – qui prédomine dans les discours publics sur cette drogue, notamment dans les discours médiatiques.

Par conséquent, la première partie de cette thèse, constituée de deux chapitres, est consacrée à l'appréhension, l'interrogation et la problématisation de cette *même histoire* et des éléments qui la constituent et lui confèrent une densité. Pour ce faire, j'expose dans le chapitre I une analyse des dimensions sociales, politiques et culturelles liées au phénomène du *crack* au Brésil. Le chapitre II est consacré à une réflexion sur la trame des discours, des savoirs, représentations, mécanismes, interventions, politiques publiques et institutions dans lesquelles les usagers de *crack* sont imbriqués. En m'appuyant sur la notion foucauldienne de dispositif, je propose une réflexion sur ce réseau à partir de l'hypothèse de la constitution d'un « dispositif du *crack* », dans le Brésil actuel.

Avec le développement de ces deux chapitres, mon objectif est de soumettre le phénomène du *crack* à un premier questionnement qui rende possible la compréhension de son histoire et de ses modes de constitution, des discours qui l'accompagnent et le forgent, et de ses déterminants sociaux, politiques et culturels. La partie II de cette thèse, qui se divise en trois chapitres, est consacrée à la réflexion sur les principaux éléments et formulations présentés dans la partie I dans une perspective psychanalytique. Dans le chapitre III, je propose une réflexion sur l'articulation de la psychanalyse au champ sociopolitique et culturel, en privilégiant les principaux éléments que le texte freudien nous a légués comme ressources pour réfléchir aux articulations fondamentales entre sujet, culture et société. Le chapitre IV est employé à une réflexion et lecture psychanalytiques des situations de précarités et de vulnérabilité. Le chapitre V propose l'examen des logiques de subjectivation et des principales incidences subjectives découlant de ces situations de vulnérabilité, de précarité et d'exclusion, avec pour objectif de comprendre comment ces facteurs peuvent s'articuler à l'usage problématique du *crack*.

Tant dans ma pratique clinique et institutionnelle que dans le cadre de cette recherche, se pose le défi de réussir – à partir de l'appréhension et de la problématisation de la récurrence structurelle qui apparaît dans ces *mêmes histoires*, à partir également de l'homogénéisation et de la généralisation présentes dans la construction des catégories « consommateur de *crack* », « crackeur », « noia » – à lire les particularités et la singularité de chaque *personnage*. Comprendre et soutenir la tension nécessaire entre le structurel et le singulier, entre ces *mêmes histoires* et ces *personnages*, constitue une condition incontournable pour résister à la construction et aux pratiques hâtives, perverses et stigmatisantes communes dans ce champ et, d'un point de vue clinique, rendre possible l'ouverture de nouvelles voies, trajectoires et formes d'existences et de sociabilité.

Ainsi, une fois parcourue la trajectoire des parties I et II, à laquelle j'ai été conduite par une interrogation sur les *mêmes histoires*, la troisième partie de cette thèse, également divisée en trois chapitres, est consacrée à la construction et l'analyse du cas clinique de Diogène⁴. Dans le chapitre VI, je soumetts quelques réflexions sur la place et la fonction du cas clinique dans cette recherche. Dans le chapitre VII, je procède à la discussion théorico-clinique, avec l'objectif de comprendre les processus subjectifs de Diogène liés à l'usage abusif de *crack*. Et dans le chapitre VIII, face à la centralité et la prégnance avec laquelle le corps émerge dans ce cas clinique, je m'emploie à une réflexion sur la dimension du corps dans les dynamiques de l'usage abusif du *crack*, articulée avec les processus sociopolitiques qui caractérisent les contextes dans lesquels l'usage du *crack* surgit fréquemment au Brésil, et je propose également une réflexion sur le *crack* et la corporalité dans une perspective biopolitique.

Enfin, en conclusion, j'expose une réflexion résultant des trajectoires parcourues tout au long de cette thèse, sur les contours et les spécificités fondamentales de l'écoute, du positionnement et des interventions psychanalytiques dans la pratique clinique auprès des usagers de *crack*.

⁴ Nom fictif, utilisé pour protéger la confidentialité et l'anonymat du sujet.

PARTIE I :

***LA MÊME HISTOIRE : L'INSCRIPTION SOCIALE,
POLITIQUE ET CULTURELLE DU CRACK AU BRÉSIL***

Chapitre I : Dimensions historiques, sociales et culturelles du *crack* au Brésil

I.1. La population d'usagers de *crack* au Brésil et la supposée « épidémie »

L'arrivée du *crack* au Brésil s'est produite à la fin des années 1980. Les registres journalistiques relatent son apparition à São Paulo, principalement dans les quartiers périphériques, entre 1987 et 1990 (Domanico, 2006; Rui, 2014). Progressivement, l'usage du *crack* s'est étendu à d'autres villes et capitales brésiliennes. À partir des années 2000, et plus intensément à partir de 2010, le phénomène du *crack* mobilise et gagne du terrain dans les instances politiques et les médias brésiliens, qui véhiculent alors l'idée d'une épidémie qui sévit sur tout le territoire national, des grandes villes jusqu'aux zones rurales de province. Malgré une absence de fondements scientifiques, et bien que basée sur des données épidémiologiques incertaines et des études à la méthodologie douteuse, se propage l'idée alarmiste d'un fléau incontrôlable, dévastateur, responsable de misères, de violences et de morts.

La notion d'épidémie est fortement contestable pour penser la question de l'usage du *crack* : au-delà du fait qu'elle comporte une idée de médicalisation et de pathologisation, dissimulant la dimension sociale de la question, et qu'elle génère un effet de panique dans la société, la notion d'épidémie n'est pas adéquate, scientifiquement, pour comprendre la prévalence de l'usage du *crack*, puisqu'il n'existe à ce jour pas de données historiques fiables qui permettraient de valider une augmentation significative du nombre de sujets atteints pour un lieu et une période déterminés (Lancetti, 2015; Lemgruber, 2013; Nappo, 2012).

Cependant, bien qu'inappropriée, l'expression « épidémie de *crack* » s'est propagée et a été utilisée dans différents segments de la société parmi lesquels : politiques, pouvoirs

publics, savoirs médicaux, services d'assistance sociale et de santé, justice, sécurité publique, usagers eux-mêmes, ainsi que leurs familles. Comme l'a souligné Lancetti (2015), indépendamment de sa véracité, l'épidémie de *crack*, bien que simulacre, existe. Et, comme tout bon simulacre, elle est active, induit des effets et des risques, influe sur les subjectivités, recouvre d'autres problèmes, engendre des gestions et des programmes d'assistance, de soin et de répression, mobilise des stratégies d'affrontement, de traitement et de prévention, organise la territorialité et les formes de contrôle urbain (Lancetti, 2015 ; Rui, 2014).

En contrepoint, comme une alerte et comme une possibilité de problématisation et de déconstruction de cette « vérité fabriquée » de l'épidémie du *crack*, une recherche coordonnée par la Fondation Oswaldo Cruz (Fiocruz, 2014) montre des données pertinentes qui méritent d'être présentées ici. Il s'agit du relevé de données le plus grand et le plus complet jamais effectué sur la consommation de *crack* au niveau global, qui a été réalisé en suivant une méthodologie complexe et rigoureuse, qui confère une consistance et une robustesse aux données.

L'estimation fournie par la recherche est de 370.000 usagers réguliers⁵ de *crack*, ce qui correspond à 0,8 % de la population des capitales brésiliennes et à 35% des consommateurs de drogues illicites au Brésil. Ces données sont d'une extrême importance pour remettre en question les discours largement diffusés sur l'épidémie de crack. Le nombre d'usagers détectés équivaut à moins de la moitié de ce qu'ont révélé d'autres études, exclusivement réalisées à domicile, basées sur des échantillons réduits (Lemgruber, 2013), ce qui révèle que, bien que la situation soit grave, elle ne coïncide pas avec le tableau de chaos et d'explosion incontrôlable qui sévirait au Brésil. En outre, bien que cette prévalence soit très préoccupante, elle est significativement éloignée des prévalences estimées de l'usage d'alcool qui, en dépit d'être huit à quinze fois plus importante que celle du *crack* (Garcia,

⁵ En référence à la définition de l'Organisation Panaméricaine de Santé (OPAS), selon laquelle l'usage régulier de drogue équivaut à au moins 25 jours de consommation lors des six derniers mois.

2016), ne sont pas relatées avec le ton alarmiste et de panique sociale qui caractérise les récits dominants sur le *crack*. Bien que soit plausible l'idée d'une expansion du nombre de personnes qui consomment du *crack*, les données de la recherche de Fiocruz (2014) révèlent que la gravité de la situation réside principalement dans la haute vulnérabilité sociale de la majorité des usagers, comme on le verra ci-dessous.

Toutefois, avant cela, je considère important d'attirer l'attention sur l'expression *population des usagers de crack*, car elle recouvre des éléments importants pour les réflexions et les discussions qui seront tissées au cours de cette thèse. Premièrement, cette expression rend manifeste un processus de mise en évidence et de distanciation des usagers de *crack* vis-à-vis de la population, non seulement générale (comme le propose Rui, 2014), mais aussi, celle des usagers d'autres drogues. Cette transformation des usagers de *crack* en une population spécifique, différenciée – et déphasée – est, dans le même mouvement, produite et productrice de la centralité et de l'hypervisibilité de la question du *crack* sur la scène sociale, actuellement au Brésil. Elle constitue un élément important tant dans la compréhension des régimes d'énonciation construits autour de cette drogue et de ses usagers, que dans la centralisation et l'attribution des ressources, actions et dispositifs politiques et institutionnels autour du *crack*.

De plus, l'expression *population des usagers de crack* renvoie aux formulations de Foucault (2005) sur la biopolitique et sur la « maladie comme phénomène de population », qui de mon point de vue constituent un référentiel précieux pour l'analyse et la compréhension de la question du *crack* au Brésil. Ce sont ces phénomènes, les « maladies comme phénomène de population », qui, selon Foucault (2005), introduisent la médecine avec cette « fonction majeure de l'hygiène publique, avec des organismes de coordination des soins médicaux, de centralisation de l'information, de normalisation du savoir, et qui prend

aussi l'allure de campagne d'apprentissage de l'hygiène et de médicalisation de la population » (p. 291).

La délimitation des usagers à une *population des usagers de crack* révèle que le phénomène se constitue comme un problème à la fois politique et scientifique, comme un problème de santé publique et comme un « problème de pouvoir » (Foucault, 2005, p.293).

I.2. L'usage de *crack* et les situations de précarité, de vulnérabilité et d'exclusion sociale

Les résultats de la recherche de la Fiocruz montrent que les usagers de *crack* au Brésil sont, majoritairement, de jeunes adultes – avec un âge moyen de 30 ans –, de sexe masculin dans 78,7% des cas. Par rapport à la couleur de peau « auto-déclarée », on observe une importante prédominance de personnes « non-blanches » – près de 80% – entre les usagers de *crack*, ce qui indique une surreprésentation de personnes noires ou métisses⁶ dans cette population, alors que les personnes « non-blanches » correspondent à environ 52% de la population générale brésilienne (IBGE, 2010).

En ce qui concerne la scolarité, la grande majorité des usagers ont fréquenté l'école à un moment de leur vie, mais la proportion de ceux qui concluent leur scolarité obligatoire (équivalent au niveau collège) est très faible – moins de 20% –, et plus faible encore est la proportion d'utilisateur ayant poursuivi des études supérieures, qu'elles aient été terminées ou non – moins de 5 %. On observe une proportion importante d'utilisateurs sans domicile fixe – 40 %. Les emplois sporadiques ou autonomes constituent le moyen le plus commun pour obtenir de l'argent – 65 % – ; en second lieu vient la mendicité – 12,8%. À peine 4,2% des usagers déclarent avoir un travail régulier, avec un contrat de travail signé. Bien que l'historique criminel des usagers n'ait pas constitué l'objet central de cette recherche, un fait important

⁶ Conformément aux catégories de l'IBGE.

mérite d'être relevé : près de la moitié des usagers de *crack* avait déjà été incarcérée au moins une fois dans leur vie.

Ces résultats de la recherche de Fiocruz m'intéressent particulièrement car ils dessinent un profil complet des usagers de *crack* au Brésil, et permettent de se pencher sur certains des principaux éléments qui composent cette *même histoire* évoquée par les patients dans ma pratique clinique. Comme l'ont révélé les données, ces histoires sont marquées par la pauvreté, la précarité, l'exclusion, le racisme, le faible niveau de scolarité, le chômage ou les emplois précaires, l'expérience de la rue, les conflits avec la loi et l'incarcération. Ces caractéristiques – en particulier le fait que les usagers soient majoritairement non blancs (80%, j'insiste) et le faible niveau de scolarité – constituent des marqueurs de désavantages sociaux présents dès le début de leur vie et indiquent des origines familiales et une insertion sociale à haute vulnérabilité.

En somme, les données révèlent que l'usage problématique du *crack* atteint la partie de la population brésilienne la plus stigmatisée et la plus violentée dans ses relations à l'État et à la société en général, et soulignent la relation étroite et complexe entre la vulnérabilité sociale et la dépendance au *crack*. J'éviterai l'écueil d'une discussion sur la recherche et la construction d'une causalité à sens unique. La démarche à double sens me semble bien plus féconde pour penser et tenter de comprendre le problème : d'un côté l'usage du *crack* est un symptôme révélateur des dynamiques sociales en lien au racisme, à la précarité, à l'exclusion et à la marginalisation sociale ; de l'autre, l'usage compulsif peut aggraver les situations d'inégalité, précariser et vulnérabiliser plus encore les conditions sociales des usagers – *a fortiori* dans un contexte prohibitionniste et de guerre contre la drogue.

I.3. Précarité et sujet « sans rien » : ébauche pour un positionnement clinique face aux situations de vulnérabilité et de marginalisation sociale

Face à ce qui a été exposé, s'impose la nécessité de reconnaître que l'usage problématique du *crack* est un phénomène intrinsèquement articulé au processus structurel de production et de reproduction des inégalités sociales, qui constitue une classe marginalisée et stigmatisée, destinée à vivre en situation de précarité et de vulnérabilité sociale, sujette à différentes formes de violence – des plus symboliques à celles qui s'ancrent dans le réel du corps. Et, comme le montre Souza (2009), la précarité des classes sociales les plus défavorisées n'est pas seulement économique, sociale et politique, mais indissociable des registres culturels, existentiels et symboliques.

Néanmoins, pour éviter l'écueil d'une conception qui confond précarité et exclusion avec l'absence totale de ressources, ou d'une interprétation des sujets « exclus » ou en situation de précarité comme un prototype absolu du sujet « sans rien » (Douville, 2012), il est important d'explicitier le positionnement ici adopté : s'il est indispensable et fondamental de reconnaître les innombrables désavantages sociaux, ségrégations et privations des conditions matérielles, culturelles et symboliques auxquelles sont confrontés les sujets ici étudiés, il est tout aussi indispensable d'aller au-delà et de ne pas les envisager que sur le versant du déficit, en termes de manques, de failles, de carences et de misères.

Comme l'a souligné Douville (2012a), on ne peut nier que l'exclu peut être considéré comme une victime, comme une personne violentée, dépourvue à bien des égards ; mais cette conception est insuffisante et contribue à fragiliser plus encore le sujet. Le travail clinique impliqué dans l'accueil et l'écoute des subjectivités singulières exige de chercher à comprendre non seulement ce dont les sujets sont dépourvus, mais ce qu'ils ont, leurs potentialités, leurs modes d'habiter leur propre corps, l'espace et la parole encore présents et

en fonctionnement, ainsi que leurs processus de résistance. Dans la même optique, il est nécessaire de penser, non seulement les forces et instances qui nient et rejettent le sujet expurgé, mais de comprendre ce que le sujet lui-même nie, ce qu'il récuse, ce à quoi il s'oppose (Douville, 2012a).

Mon positionnement clinique et de recherche vise donc à la reconnaissance du fait que les sujets en situation de précarité, de vulnérabilité, et d'exclusion sociale ont souffert d'innombrables violences, désavantages et privations de différents ordres et, en même temps, à dépasser cette idée, à parier et à investir dans la reconnaissance qu'il existe un sujet avec des potentialités, des savoirs, des ressources subjectives, des capacités critiques et d'élaboration, des formes de résistance, des rêves, et une volonté de se réinventer et de vivre mieux. Il s'agit, à mon sens, d'une condition nécessaire pour miser sur la viabilité d'un travail clinique et thérapeutique dans ces situations, et soutenir la possibilité de promouvoir des changements subjectifs, de tracer des chemins, même étroits, devant tant de dilemmes structurels profonds, politiques, sociaux, économiques et culturels, qui dépassent la portée immédiate du cadre clinico-institutionnel.

Chapitre II : Le dispositif du *crack*

Comme il a été souligné, pendant ces quinze dernières années, la question du *crack* a acquis une importante visibilité et une position centrale sur la scène sociale brésilienne, en attirant, de manière exponentielle, de plus en plus d'attention de la part des médias, de la science, de la morale, de la religion, de la politique et de l'État. Cette centralité a généré une profusion de récits et de discours à ce sujet, et a permis d'actionner de multiples interventions, pratiques, formulations de politiques publiques, ainsi que différents mécanismes d'assistance, répressifs, sanitaires, urbanistiques, moraux, religieux et politiques.

La notion foucauldienne de « dispositif », apparaît très pertinente et fructueuse pour penser cette configuration :

Par ce terme [dispositif] je tente de démarquer, en premier lieu, un ensemble résolument hétérogène comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques ; bref, du dit aussi bien que du non-dit, voilà les éléments du dispositif. Le dispositif lui-même c'est le réseau qu'on établit entre ces éléments. (Foucault, 2016, p. 364).

Je propose donc de penser, pour le Brésil contemporain, la constitution et le fonctionnement d'un « dispositif du *crack* » : une trame complexe et imbriquée de savoirs, discours, représentations, politiques publiques, pratiques et institutions tissée autour de la question du *crack*. Le « dispositif du *crack* » ne correspond donc à aucune mesure ou élément spécifique, mais au réseau qui s'établit entre eux. Il s'agit d'un ensemble multilinéaire d'agencements collectifs qui ne se fixent de manière exclusive à aucune instance spécifique, mais qui conditionnent le champ social à travers la médiation des éléments les plus divers (Vargas, 2001).

Sans prétendre à l'exhaustivité en ce qui concerne les éléments qui composent ce réseau, les deux axes qui m'apparaissent les plus pertinents pour cette recherche sont les suivants : (1) les discours, représentations et interprétations qui circulent de manière prédominante sur le *crack* et les usagers ; (2) le champ des interventions, traversé par les paradoxes et disputes thérapeutiques et politiques qui se développent autour de l'utilisateur de *crack*.

II.1 Les discours, images et représentations dominants sur le *crack* et les usagers

Le rôle des médias est central dans la construction et la diffusion des significations et discours dominants sur le *crack* et ses usagers. Les récits médiatiques constituent l'agent principal de production de sens circulant au sujet de cette drogue, influençant les représentations, les identités, l'imaginaire social, le débat et jusqu'aux politiques publiques liées au *crack* (Borges & Borges, 2013 ; Cunda & Silva, 2014; Medeiros, 2015; Rocha & Silva, 2016; Rodrigues, 2016; Romanini & Roso, 2012).

En dépit de cette exposition démesurée du *crack* sur la scène publique, subsiste encore une grande ignorance, ainsi que des distorsions relatives au profil des usagers, aux effets réels de la substance, et aux significations, contextes et formes d'usage (Raupp, 2011 ; Toffoli, 2014).

Par rapport à ces propriétés chimiques, une idée est très largement véhiculée, selon laquelle le *crack* est perçu comme une substance sale et impure (Tiburi & Dias, 2013), mais extrêmement puissante, aux effets rapides, intenses et « séquestrants » (Nery et al., 2013), qui déclenche des *cravings* incontrôlables et une dépendance grave dès les premiers usages.

D'autres études se sont penchées sur l'analyse du matériel médiatique concernant le *crack* (Borges & Borges, 2013 ; Cunda & Silva, 2014 ; Medeiros, 2015 ; Rocha & Silva, 2016 ; Rodrigues, 2016 ; Romanini & Roso, 2012 ; Rui, 2014), et ont montré qu'il est considéré comme un mal absolu et contagieux qui doit être combattu et extirpé. Le *crack* est représenté par le médias comme le responsable d'innombrables tragédies individuelles, familiales et sociales ; responsable de trajectoires de décadence, de ruines et d'échecs ; responsable de pertes matérielles, affectives et morales ; de dégradations physiques et psychiques et de la destruction des liens sociaux et familiaux. Le *crack* est fréquemment

associé au fléau, à la violence, à la criminalité, à la mort, à la dangerosité, à la maladie et au désordre urbain, et dessine la démarcation des « territoires chroniques » de précarité, de chaos et de dangerosité dans les villes (Medeiros, 2010 et 2015 ; Rodrigues, 2016 ; Rui, 2014). En somme, les discours et interprétations dominants, particulièrement ceux véhiculés par les médias, engendrent une telle diabolisation du *crack* qu'ils conduisent à la construction d'énoncés tel que celui qui suit, rapporté par un patient lors d'une consultation au CAPS-AD, parlant du *crack* comme d'une substance « produite avec les zestes des cornes du diable »⁷.

Enchaînée à l'image du crack comme un mal puissant, s'édifie l'image scandaleuse et spectaculaire de l'utilisateur de *crack* – le « noia », « crackeur », ou « cracké », comme il est péjorativement désigné –, lequel est interprété uniquement en termes de faute, de failles ou de faiblesses, qu'elles soient physiques, morales, psychiques ou sociales ; en termes de perte de contrôle, d'autonomie, de valeur et de « dignité » et de sujétion complète aux pouvoirs de la drogue. Les usagers de *crack* sont désignés, par les interprétations et les discours dominants, comme des zombies, des morts-vivants, des monstres, des déments, incapables de penser, de sentir, de rêver ou de désirer autre chose que le *crack* et capables de faire n'importe quoi pour lui. Plus encore, les discours dominants les représentent comme des êtres compulsifs, sales, dangereux, incapables de travailler, « déchets et rebuts-humains » qui détournent l'espace urbain et sont responsables de la détérioration des villes, et constituent les antagonistes de l'ordre social, l'envers de la civilisation (Rocha & Silva, 2016 ; Rodrigues, 2015).

La déshumanisation et l'animalisation des usagers constituent une catégorie fondamentale structurant les discours les plus récurrents sur le *crack* ; néanmoins, on leur concède et préserve une caractéristique humaine : la responsabilité morale et exclusivement individuelle de leur problème (Rocha & Silva, 2016). Comme le souligne Rodrigues (2016), la couverture médiatique, mises à part quelques rares exceptions, voile, voire dissimule, la

⁷ Valença (2013) a également identifié des constructions narratives similaires, énoncées par un pasteur, leader d'une communauté thérapeutique.

relation entre le problème du *crack* et la précarité et la vulnérabilité produites par les inégalités sociales au Brésil. L'échec et la dégradation associés aux « noias » et aux « crackeurs » sont interprétés uniquement en termes de fautes individuelles, de faiblesse, d'absence de sentiment de honte, d'absence de valeur et de volonté, associés aux « superpouvoirs » du crack.

La chaîne « En brisant les tabous⁸ » réunit quelques commentaires postés sur le réseau social Facebook, qui soulignent la répugnance et la déshumanisation associées aux usagers de *crack*, et illustrent bien les images et représentations construites, véhiculées et assimilées de façon prédominante, radicalisées ici jusqu'à l'extrême de l'hostilité, de la haine et du désir d'extermination :

-« Je ne supporte pas les mecs crackés, je préfère les voir morts. »

-« Je vous en supplie, jeter une bombe là-dessus. Non seulement ils sont crackés, mais ils ne font rien pour la société, salissent, volent et dégradent. »

-« Profite-en pour empoisonner ces pestes, bande de vagabonds ! Zombis ! Le Brésil aime nourrir ce qui ne vaut rien. Pauvre toxico ? Ramène-en un à la maison. »

-« Donne à chacun un kilo de crack, et qu'ils meurent rapidement. Déchets humains, ils ne font rien et transforment les rues en latrines. »

-« Toi qui es contre l'hospitalisation des dépendants au crack, ramène un noia chez toi. »

Il est certain que le *crack* présente un potentiel addictif, un potentiel de dommages et de désorganisation physique, psychique et sociale considérables (MacRae, 2013; Nery et al., 2013). Cependant, au-delà des effets réels de la substance chimique – qui sont généralisés et homogénéisés par les discours dominants –, on attribue au *crack* et à ses usagers une valeur morale, qui les associe non seulement à la pire des possibilités d'usage de drogue, mais

⁸ <https://www.youtube.com/watch?v=810NYv9KPdk>
Réalisation et production de Melles & DYG (2016)

également à la pire des possibilités d'existence, à tel point qu'ils semblent n'avoir même plus droit au statut d' « existence humaine ».

S'ajoutant et s'articulant aux discours de la presse, l'appropriation de la question du crack par la médecine et par le système juridique condamne bien souvent l'utilisateur à la maladie ou à la délinquance. Et, en guise de traitement contre la « maladie du *crack* » – considéré une maladie chronique et aux rechutes fréquentes – prédomine l'idée que l'unique possibilité d'aboutissement thérapeutique est l'hospitalisation, contrainte si nécessaire.

D'une certaine manière, certains segments de la psychiatrie tendent à corroborer, sous une allure de scientificité, les discours médiatiques sur le crack⁹. Ainsi, les approches alarmistes et stigmatisantes, et les discours empreints de généralisations, d'homogénéisations et de présupposés moraux, acquièrent une force et une autorité à partir du moment où ils sont revêtus du caractère de scientificité par les discours psychiatriques. On peut affirmer que, d'une manière générale, un phénomène similaire se donne à voir dans le champ de la religion, dont les conceptions et les discours sur la drogue en général et le *crack* en particulier vont approuver et conférer une autorité religieuse aux récits et représentations qui circulent majoritairement sur la question.

Tous ces récits, discours, et représentations sur l'utilisateur de *crack* ont pour effet d'engendrer une panique morale et sociale, et l'idée d'un danger à combattre d'urgence, qui, ce sera l'objet d'un développement à suivre, actionnent et légitiment les politiques publiques, les équipements et les gestions conçus pour traiter cette question. Face à ce tableau, se met en

⁹ Il convient de souligner qu'il est impossible de réduire l'univers entier de la psychiatrie à ce type de conceptions et de positionnements par rapport au crack. Antônio Nery, Dartiu Silveira Xavier, Luis Fernando Toffoli, Roberto Tykanori, Luiz Alberto Tavares sont quelques-uns des représentants et chercheurs en psychiatrie qui abordent la question du crack avec une vision plus ample et complexe, considérant réellement les aspects subjectifs, sociaux, culturels et politiques impliqués. Leurs positionnements et leur approche au sujet du crack se différencient des visions alarmistes, réductionnistes et stigmatisantes, focalisées essentiellement sur la psychopathologie ou le déterminisme pharmacologique de la substance, et proposent d'autres formes d'intervention qui ne sont pas exclusivement centrées sur l'abstinence, le traitement médicamenteux et l'hospitalisation.

place une « fureur interventionniste-belligérante » (Amarante, 2015) qui, opérant dans les médias, la politique, la clinique et les subjectivités, s'appuie sur cette exaspération, cet empressement, cette impulsion à résoudre dans l'immédiat, et de manière simpliste, un problème d'une telle complexité que celui du *crack* et de la vulnérabilité sociale qui lui est intrinsèque (Lancetti, 2015).

II.2. Le champ d'interventions, d'attentions et de soin aux usagers de *crack* : paradoxes et disputes politiques et thérapeutiques

Une des conséquences de la centralité et de la clameur au sujet de la consommation du *crack* au Brésil a été l'accélération de l'implantation et l'accomplissement des politiques publiques concernant les usagers de drogues (Rui, 2014). On observe que le *crack* a endossé une place privilégiée parmi les thèmes de politiques publiques. Je vais donc maintenant m'employer à analyser la configuration paradoxale du champ de l'attention et du soin auprès des usagers de *crack* au Brésil.

II.2.1 La stratégie de réduction des risques, les CAPS-AD et l'approche psychosociale d'attention et de soin en santé mentale

La politique officielle du Ministère de la Santé concernant les usagers de drogue précise que l'offre de soin et les traitements doivent être effectués dans des espaces extra-hospitaliers d'attention psychosociale spécialisée, à partir de stratégies fondées sur la logique élargie de réduction des risques et en accord avec les principes de la réforme psychiatrique (Brasil, 2004). La réduction des risques, après une suite de controverses, de résistance et d'oppositions (encore présents actuellement) a donc atteint le statut de discours officiel en politique sanitaire en matière de drogues.

En accord avec la stratégie de réduction des risques, les traitements ne doivent pas établir l'abstinence comme l'unique but possible et viable pour les usagers, et doivent être orientés par le principe de bas seuil. Le travail d'attention et de soin doit être réalisé à partir de la reconnaissance de la singularité de chaque cas, du respect des différences et des choix individuels, ainsi que de la construction de stratégies conjointes de diminution des risques provoqués par l'usage de drogues. Mais, surtout, il doit être basé sur la défense et l'« amplification » de la vie, la resocialisation, le développement de la citoyenneté, de l'autorégulation et de l'autonomie. Il s'agit d'adopter un regard « clinico-politique » qui ne se réduit pas à des techniques de « changements comportementaux », mais doit, en tant que stratégie, promouvoir la multiplication des possibilités de soin et de traitement concernant l'usage problématique de drogues, rendre possible l'accès et l'accueil, construire des réseaux et agir sur le terrain de manière à augmenter la « superficie de contact », les points de référence et de soutien pour les usagers et leurs familles. Ses lieux d'action peuvent être aussi bien les territoires et espaces où circulent les usagers de drogues que les équipements de santé, qui doivent être souples, ouverts et avec une articulation intersectorielle (Brasil, 2004).

La politique sanitaire d'attention et de soin envers les usagers de drogues a promu une expansion et une multiplication des CAPS-AD, qui sont décrits comme les équipements publics les plus spécialisés pour ce type d'accompagnement et qui constituent le principal point stratégique et d'articulation du réseau d'attention aux usagers de drogues. Les CAPS sont caractérisés par un mode spécifique de savoir-faire clinique et d'attention en santé mentale : le mode psychosocial – qui survient en opposition au mode asilaire. Sa force principale réside dans la promotion de la santé mentale et de la réinsertion sociale, basée sur une méthodologie de travail intersectoriel et une reconstruction complexe et sensible du territoire géographique, existentiel, interpersonnel, affectif, professionnel, culturel et communautaire des individus.

Selon Costa-Rosa (2000), le mode psychosocial d'attention et d'intervention en santé mentale se caractérise par la considération des facteurs politiques et biopsychosocioculturels en tant que déterminants centraux. Une importance décisive est attribuée au sujet, l'investissement thérapeutique est tourné essentiellement vers sa mobilisation – considérée comme facteur principal du traitement – et vers la prise en considération de son appartenance au groupe familial et social. La déshospitalisation, la démedicalisation, et l'implication subjective constituent des objectifs radicaux du mode d'attention psychosocial en santé mentale. À l'inverse de l'objectif de suppression des symptômes, on cherche ici à soutenir un repositionnement du sujet, une implication subjective et socioculturelle. Son éthique obéit à une perspective de singularisation, d'horizontalisation et d'interlocution. Il s'opère donc un élargissement du concept de traitement et de l'ensemble des moyens qui lui sont consacrés, dans le sens d'un « vrai exercice esthétique » dans lequel on vise à l'expérimentation de nouvelles possibilités d'être. On observe ainsi un « déplacement du pôle technico-scientifique vers le pôle éthico-esthétique » (Lancetti, 1990, p.145, cité par Costa Rosa, 2000), capable de soutenir de nouvelles formes d'existence et de sociabilité.

II.2.2 Les Communautés Thérapeutiques

La question des communautés thérapeutiques (CT) destinée à la « récupération » des usagers de drogues au Brésil est très complexe et nuancée, et touche à des questions politiques sensibles qui, en dépit de son importance, dépassent les objectifs de cette étude. Il est impossible de généraliser la multiplicité et l'hétérogénéité des communautés thérapeutiques qui existent actuellement, mais je vais ici présenter quelques lignes et caractéristiques générales qui semblent être partagées par nombre d'entre elles. Ces communautés thérapeutiques brésiliennes, fondées principalement sur des présupposés

moraux et religieux, sont pour la plupart des propriétés ou des fermes situées en zones rurales (IPEA, 2016) relativement éloignées des villes, et dirigées par des groupes religieux.

D'une manière générale, elles fonctionnent sur un régime de vie communautaire et ont pour paradigme de soin l'isolement et le retrait des usagers de leur espace de consommation et de leurs relations sociales (en générale, pour une période qui peut varier de six à douze mois), la reprise d'une discipline supposée disparue par la consommation de drogues, la spiritualité et le travail. Le traitement est focalisé sur l'accentuation des souffrances et des aspects douloureux de l'expérience avec les drogues, sur la reconnaissance de la perte de contrôle vis-à-vis de la consommation, et sur le développement d'une identité de « dépendant en rétablissement » (Rui, 2014).

La majeure partie des communautés n'a pas de méthodologie claire et définie, mais se fonde sur une combinaison de différents modèles – parfois contradictoires entre eux –, comme le modèle Minnesota, inspiré de la philosophie des Alcooliques Anonymes et des Narcotiques Anonymes, le modèle religio-spirituel ou la thérapie par le travail (Miranda, 2015).

Mais tous ces modèles, ainsi que ceux qui résultent de leurs combinaisons, ont en commun quelques caractéristiques : le postulat que l'abstinence est l'unique objectif, l'unique sortie possible de la dépendance chimique ; des fondements basés sur des préceptes moraux et/ou religieux ; l'idée que l'usage de drogues découle d'une faiblesse morale et spirituelle de l'individu, qui exige l'abstinence comme un moyen de « purification », des traitements correctifs et une soumission à un pouvoir supérieur. D'une manière générale, la thérapie des CTs est ancrée dans des routines communautaires disciplinées, dans l'exercice du travail (« thérapie par le travail ») et dans le recours à la spiritualité (IPEA, 2016).

À partir des récits de patients rencontrés dans ma pratique clinique et du rapport d'inspection effectué en CTs par la Commission des Droits de l'Homme du Conseil Fédéral

de Psychologie en 2011, on peut attester que certaines communautés commettent d'innombrables violations des droits de l'homme. Ces violations vont de l'obligation de participer aux activités religieuses – même si les sujets ne partagent pas les mêmes croyances – jusqu'aux plus atroces, comme les sanctions cruelles, les chocs électriques, l'isolement complet et d'autres formes de torture. Mais il existe aussi des communautés qui cherchent à proposer un travail plus technique, plus démocratique et humanisé, qui établissent des partenariats productifs avec d'autres dispositifs thérapeutiques comme le CAPS et les programmes de réduction des risques. Néanmoins, d'une manière générale, on peut affirmer que, contrairement aux expériences anglaises et américaines de Maxwell Jones, Bion et d'autres, qui cherchaient à déconstruire les structures institutionnelles psychiatriques et à rendre thérapeutiques ces institutions iatrogènes, les communautés thérapeutiques actuelles au Brésil les concrétisent (Lancetti, 2015).

Il est certain en effet qu'au sujet des usagers de *crack* s'établit un champ d'ambiguïtés et des disputes thérapeutiques et politiques : d'un côté, la multiplication des CAPS et du réseau d'attention psychosocial, basés sur les principes de la réforme psychiatrique, sur le modèle psychosocial d'attention et de soin, et sur la politique élargie de réduction des risques ; de l'autre, le modèle asilaire et moral, dont l'abstinence est l'idéal thérapeutique, et qui ancre sa stratégie dans l'isolement et la triade travail-discipline-spiritualité (IPEA, 2016). Notons que le gouvernement fédéral finance les deux types de propositions et de modèles de soin, en attribuant aux communautés thérapeutiques davantage de ressources et d'investissements, tout en fondant sa politique sur le modèle psychosocial et la réduction des risques (Rui, 2014).

Le tapage médiatique et la panique sociale et morale au sujet du *crack* influenceraient donc une certaine configuration des politiques qui pointe les avantages de l'investissement dans les hospitalisations et dans les mesures favorisant les CTs, au lieu d'élargir et d'investir

dans les CAPS-AD, dans les centres de convivialité et les coopératives de travail, dans les projets culturels, dans les consultations de rue et les stratégies de santé de la famille et de réduction des risques (Amarante, 2015). La sensation d'urgence et de peur causée par les récits épidémiques sur le *crack*, et par la conception de l'utilisateur comme un danger pour lui-même et pour la société, incite et légitime les pratiques ségrégationnistes, lesquelles n'ont nul besoin, pour se diffuser, du discours médical ou d'une quelconque argumentation élaborée en vue de justifier l'hospitalisation comme base du traitement (Costa-Rosa, 2011). L'isolement et les hospitalisations se présentent alors comme des stratégies centrales, qui répondent dans le même temps à l'argument de nécessité de « traitement » des individus et à la demande d'hygiénisation et de ségrégation de ce « danger » qui guette les villes.

II.3. Les dimensions du savoir, du pouvoir, et de la subjectivation dans le dispositif du *crack*

Il convient maintenant d'analyser ce réseau de discours, représentations, images, politiques publiques, actions et institutions développées autour du crack à partir de la définition et des élaborations de Foucault au sujet du dispositif. Foucault (2016) définit le dispositif comme un type de formation de nature essentiellement stratégique, ce qui suppose qu'il s'agit là d'une certaine manipulation de rapports de force, d'une intervention rationnelle et concertée dans ces rapports de force. Et cette fonction stratégique est liée à la fonction majeure de répondre à une urgence. Dans la constitution d'un dispositif, il est nécessaire qu'il y ait « un danger à combattre, comme celui d'une épidémie, d'un manque d'hygiène, etc. » (Foucault, 2016, p. 377).

En réfléchissant sur la construction et la propagation massive du discours de l'« épidémie de *crack* » sur la scène sociale brésilienne, cette dimension stratégique du

dispositif – de faire face à une urgence, à un danger – devient clairement identifiable. Comme je l’ai déjà explicité, tant les moyens de communication que les campagnes de conscientisation exploitent, sous sa forme extrême, l’idée d’une épidémie incontrôlable de l’usage d’une substance effrayante, qui ne détruit pas seulement celui qui consomme, mais constitue également un grand risque et un danger pour la société dans son ensemble. Plus que les autres drogues, le *crack* est considéré par les discours dominants comme une menace publique, comme un trouble à l’ordre social, définissant ainsi l’urgence et la panique sociale et morale, le danger à combattre, l’ennemi à affronter, qui fondent et conditionnent la constitution des stratégies et mécanismes formant le « dispositif du *crack* ».

En plus de constituer un réseau d’éléments hétérogènes, avec une fonction stratégique et concrète, on peut reconnaître aux dispositifs trois dimensions principales, distinguées par Foucault (2016) : le savoir, le pouvoir, et la subjectivation. Ces trois grandes instances n’ont pas de contours définitifs, rigides et hermétiques, mais constituent des chaînes de relations variables entre elles-mêmes (Deleuze, 1990), qui s’imbriquent et s’interpénètrent.

Selon Foucault (2016), un dispositif se développe toujours en champs de force et de relations de pouvoir et, en tant que tel, résulte du croisement entre relations de pouvoir et de savoir. « C’est ça le dispositif : des stratégies de rapports de force supportant des types de savoir, et supportés par eux » (Foucault, 2016, p. 367). Cet entrecroisement et ce co-soutien entre savoir et pouvoir apparaît clairement et sans équivoque dans le phénomène actuel du *crack* au Brésil, où des savoirs déterminés et des « vérités » construits sur le *crack* sont désignés pour réguler les conceptions et les comportements à son sujet, et justifier les mécanismes, stratégies et les systèmes mis en branle.

Prenons pour exemple les actions accablantes et violentes qui se sont produites dans la surnommée « *cracolândia* de São Paulo » en janvier 2012 – connue comme l’*Opération Sufoco* –, où la police, dans l’intention d’éliminer les usagers de *crack* de ce territoire, a

occupé militairement l'espace, a arrêté puis contraint des centaines d'usagers à demander une hospitalisation « volontaire », leur imposant ouvertement douleur et souffrance et les menant comme du bétail pour marcher en « procession » et sans but (Lancetti, 2015; Rocha & Silva, 2016; Rui, 2014; Tiburi & Dias, 2013).

Afin de justifier ce type d'actions – tout comme les autres actions d'opposition flagrantes et violentes qui se produisent dans les espaces publics de consommation de *crack* – une certaine « vérité » sur le *crack* devient nécessaire. Et ce discours qui le détermine comme une drogue monstrueuse et destructrice, qui transforme ses usagers en zombies et les exclut de l'humanité, sert à légitimer ce type d'actions et de stratégies « inhumaines », liées non pas aux tentatives de traiter ou de soigner les usagers de *crack*, mais à des postures répressives, moralistes et hygiénistes, aux intérêts politiques et électoraux, aux formes de contrôle urbains et même, comme dans le cas de la *cracolândia* de São Paulo, à des intérêts immobiliers.

Outre le fait de justifier et de fonder des pratiques répressives et violentes, cette « vérité » constituée sur le *crack*, et les discours alarmistes et diabolisants, paraissent être liés aussi à d'autres stratégies et relations de pouvoir : comme le suggère l'étude réalisée par la SENAD (2016), la panique sociale créée autour du *crack* contribue aussi au processus de banalisation des inégalités au Brésil (Garcia, 2016), en déplaçant vers une substance chimique toute la complexité de la question et en dissimulant les graves problèmes de nature sociale, politique et culturelle qui y sont intimement liés. Plus encore, dans la lignée des travaux de Bourgeois (2013) et Hart (2014) sur la prétendue « épidémie » de *crack* aux États-Unis, on peut affirmer que dans la société brésilienne actuelle, la diabolisation du *crack* et la panique sociale et morale autour de cette drogue sont également liées à la criminalisation, la marginalisation et l'incarcération de la population noire et défavorisée. Le discours d'intolérance, de lutte et de répression contre le *crack* est également employé pour légitimer

l'intolérance, la répression, et la gestion policière et judiciaire du segment de la population dont l'insertion dans l'organisation sociale est la plus précaire.

Je vais maintenant analyser la dernière dimension du dispositif du *crack* : la subjectivation, dont l'importance est fondamentale pour la visée de cette thèse car elle permet d'articuler clairement, et avec acuité, le champ sociopolitique au champ subjectif, en mettant l'accent sur la production des subjectivités en action dans les dispositifs et leur caractère non seulement normatifs, mais également constitutifs.

Dans la lecture plus récente que fait Agamben (2014) du concept foucauldien, un dispositif consiste en "(...) tout ce qui a, d'une manière ou d'une autre, la capacité de capturer, d'orienter, de déterminer, d'intercepter, de modeler, de contrôler et d'assurer les gestes, les conduites, les opinions et les discours des êtres vivants" (Agamben, 2009, p. 31) » Tout dispositif implique un processus de subjectivation, sans quoi le dispositif ne peut fonctionner comme dispositif de pouvoir, « mais se réduit à un pur exercice de violence » (Agamben, 2009, p. 41).

Cette dimension de subjectivation nous est d'une grande valeur pour réfléchir sur les pratiques clinico-institutionnelles auprès des usagers de *crack*. Dès le début de mon expérience clinique, j'ai adopté une posture attentive et critique par rapport à la diabolisation du *crack* opérée par le discours médiatique, aux généralisations et aux distorsions faites en relation à la substance et à ses usagers, et au ton alarmiste qu'adopte une grande partie des approches sur la question.

Cependant, chaque jour je me voyais confrontée à des récits de patients qui s'assimilaient à cette image et reproduisaient eux-mêmes ces discours, se concevant eux-mêmes comme des « monstres » sans « valeur » et sans « dignité », attribuant exclusivement au *crack* l'intense souffrance qui traverse leurs histoires et les innombrables pertes et dommages de leurs existences gravement fragilisées. Chaque jour, je recevais de nouvelles

demandes d'hospitalisation volontaire en communauté thérapeutique, ou des demandes de réhospitalisation successives, ce qui m'a conduite à interroger dans quelle mesure l'idée largement diffusée selon laquelle « pour les usagers de *crack*, ne fonctionne que l'hospitalisation », avait déjà été introjectée par les sujets, qui finissaient par croire qu'elle était l'unique possibilité de soin, de traitement et d'espoir de changement.

On observe ainsi que les récits et discours adoptés par les médias, par les campagnes de prévention et d'attention, et par le savoir médical et psychiatrique ne sont pas sans effets sur les sujets dont ils traitent. Dans une plus ou moins large mesure, ils influent sur les subjectivités, capturent, orientent et modèlent les interprétations et les identités, déterminent les modes d'appartenance et de positionnement dans les liens sociaux et attribuent une hiérarchie de valeurs morales, incarnée par les usagers de *crack* eux-mêmes, conformant et cristallisant une certaine « subjectivité crackée », homogène, généralisée et stéréotypée.

Même l'attachement des usagers à l'idée de n'être qu'*un personnage* de ces *mêmes histoires*, comme présenté au début de cette thèse, peut être mieux compris à la lueur de cette trame construite autour du *crack*, dans laquelle ils se retrouvent empêtrés. Il s'agit, comme le propose Le Poulichet (1990) en pensant l'« entité toxicomanie », de mouvements de « circularité incessante », avec « de permanents effets de miroir » : aux déterminations sociales, médicales, scientifiques, juridiques, religieuses et médiatiques qui dessinent la figure du « crackeur » ou du « noia » et érigent le fléau du *crack*, fait écho cette forme d'assimilation des sujets à leur propre lien à la drogue, qui vient alors, dans une plus ou moins large mesure, confirmer cette figure.

En ce sens, on comprend que les usagers s'attachent eux-mêmes à cette croyance en une *même histoire* de fléau et de tragédie et, de cette manière, alimentent leur propre stéréotype, leur propre figure normative. Certains se présentent alors comme déjà dépossédés de leurs actes, trajectoires, options et symptômes, à partir du moment où il existe des

représentations et figures stéréotypées pour désigner une rationalité à cette « anomalie » (Le Poulichet, 1990). On peut donc supposer que ce positionnement subjectif d'assimilation et de dilution en une seule et *même histoire* reflète les difficultés qu'éprouvent les usagers à élaborer une relation avec leur propre usage problématique de *crack* comme un acte singulier, situé dans un contexte historique et social déterminé.

Selon Agamben (2014), les dispositifs actuels se distinguent des dispositifs traditionnels en ce qu'ils n'agissent plus seulement sur la production de subjectivités déterminées, mais sur un processus massif de désubjectivation. Il est certain que, dans les dispositifs de la confession, de la pénitence et de la prison, un processus de désubjectivation est également impliqué, mais celui-ci se donne pour constituant d'une nouvelle forme de subjectivité, un « nouveau moi » qui se construit à partir de la négation et de la répudiation de l'« ancien moi », pécheur ou criminel. Et Agamben (2014) montre que, actuellement, les processus de subjectivation et de désubjectivation « (...) semblent devenir réciproquement indifférents et ne donnent plus lieu à la recomposition d'un nouveau sujet, sinon sous une forme larvée, et pour ainsi dire, spectrale » (Agamben, 2009, p. 44).

Cette indifférenciation entre subjectivation et désubjectivation semble tout à fait pertinente pour réfléchir aux processus impliqués dans le « dispositif du *crack* », dans lequel la production d'une certaine « subjectivité crackeuse » a pour effet de rendre les sujets toujours plus effacés et absents, désubjectivés. Or, qu'est-ce que cette figure du zombie à laquelle, je me risque à le dire, nous recourons le plus souvent pour se référer aux usagers de *crack*, sinon une représentation radicale de la désubjectivation, cette forme spectrale de sujet, mort-vivants qui errent sans raison, sans contrôle et sans volonté propre.

En somme, le « dispositif du *crack* » peut être considéré comme cette trame de discours, savoirs, interventions, pratiques et institutions tissées autour du *crack* qui, en construisant et en configurant une « subjectivité crackeuse », provoque paradoxalement une

désobjectivation en insistant sur le *crack* plutôt que sur le sujet et ses questions existentielles, ses places et rôles sociaux, ses désirs, ses demandes subjectives, ses souffrances et ses rêves.

PARTIE II :

PRECARITE, VULNERABILITE ET EXCLUSION SOCIALE :

PERSPECTIVES PSYCHANALYTIQUES

Si la première partie de cette thèse a été consacrée principalement à l'analyse des questions historiques, culturelles, sociales et politiques liées au phénomène du *crack* au Brésil, il s'avère nécessaire maintenant d'examiner et de discuter les approches psychanalytiques relatives à l'inscription du sujet dans la société, son positionnement dans les liens sociaux et ses articulations à la trame des phénomènes sociopolitiques, en mettant l'accent sur les sujets en situation de précarité – situation qui caractérise la majorité des usagers de *crack* au Brésil.

Après un rapide détour par les contributions léguées par Freud en ce qui concerne l'intrication entre le sujet et le contexte sociopolitique et culturel, j'interrogerai, dans une perspective psychanalytique, la précarité et la vulnérabilité qui touchent les usagers de *crack*, en cherchant à identifier leurs effets et leurs incidences subjectives, ainsi que la forme dont elles s'articulent avec l'usage abusif de *crack*.

Chapitre III : La dimension collective, sociopolitique et culturelle de la constitution subjective et des symptômes et manifestations psychopathologiques

Dans les discussions sur la psychanalyse et les phénomènes socioculturels, on en réfère beaucoup et systématiquement à l'affirmation de Freud dans « Psychologie des masses et analyse du Moi » (1921/2010), qui récuse l'opposition absolue entre sujet et société, entre individu et collectif, et qui postule que « la psychologie individuelle se présente dès le début comme étant en même temps, par un certain côté, une psychologie sociale dans le sens élargi, mais pleinement justifié, du mot » (1921/2010, p. 14). Cependant, elle n'a pas perdu de sa force pour pointer de manière synthétique le fait que Freud ne concevait pas la psychanalyse comme une discipline exclusivement intrapsychique, celle d'une individualité isolée et

abstraite des relations aux autres et à l'organisation de la société. Au contraire, Freud affirme (1921/2010) que, s'il est certain que la psychanalyse est orientée vers l'être humain dans sa singularité et vers l'investigation de ses voies de satisfaction pulsionnelle, elle ne manque pas pour autant d'approcher et de se fondre à une « psychologie sociale ou des masses ». Ce qui met en évidence sa conception du sujet en collectivité, toujours référé à l'autre et au lien social, inévitablement situé dans la culture et entrelacé aux phénomènes sociaux.

Il est essentiel de réaffirmer cette dimension collective, sociale ou culturelle de la psychanalyse, car elle est absolument centrale dans les conceptions psychanalytiques du sujet et de l'inconscient. La dimension sociale et culturelle ne constitue pas un simple contexte, mais constitue le champ propre d'émergence du sujet (Guimarães & Celes, 2007), implique d'importants effets inconscients (Assoun, 2012), et produit des incidences, des résonances et des déterminations fondamentales dans les processus de subjectivation. La constitution subjective est marquée par l'Histoire, par la culture, par la société, et pas seulement par papa et maman (Koltai, 2000). Les matrices infantiles originaires ne suffisent pas à embrasser la complexité des sujets et, comme le souligne Souza (1991), les scènes et romans familiaux sont insuffisants pour rendre compte du champ de la pratique freudienne ; « ce qui étonne, c'est que ce rappel soit nécessaire » (p. 88)

Dans l'essai « Le Malaise dans la Culture » (Freud, 1930/2010), la question de la souffrance humaine est présentée comme pleinement située et intriquée à la dimension de la société et des liens sociaux. Selon Freud (1930/2010), parmi les trois sources de notre souffrance, celle qui, plus douloureusement qu'aucune autre en impose l'expérience, est la relation aux autres êtres humains et l'« insuffisance des normes qui régulent les liens humains dans la famille, dans l'État et dans la société » (p. 43). Freud indique ici un conflit fondateur, constitutif et structurel de l'inscription du sujet au champ social, une harmonie impossible entre pulsion et civilisation, car celle-ci se fonde, se structure et s'édifie sur le renoncement

pulsionnel, sur la « frustration culturelle » (Freud, 1930/2010, p. 60), la non-satisfaction de « puissantes pulsions ». Freud établit donc, au cœur du processus culturel et social, un diagnostic de malaise structurel et indépassable, duquel la névrose témoigne au moyen des symptômes, ces satisfactions substitutives pour les motions pulsionnelles refoulées.

Freud montre donc l'instance collective et la dimension anthropologique de tout malaise et de tout symptôme, en déconstruisant les réductionnismes psychopathologiques qui individualisent les impasses des sujets face à la culture. Les différents symptômes et ruptures psychiques ne sont pas exclusivement de l'ordre de la psychopathologie individuelle, puisque la psychopathologie est en elle-même, le signe et l'« incarnation subjective » du malaise structurel impliqué dans la civilisation (Assoun, 2012). Ce qui se manifeste dans la logique de formation des symptômes mobilise et révèle autant les impasses individuelles et familiales que les formations et phénomènes sociaux, culturels et politiques.

En somme, les considérations de Freud quant aux inscriptions et articulations du sujet au champ social et culturel révèlent la nécessité impérieuse d'aborder les différentes manifestations psychopathologiques, les symptômes, les souffrances, les conflits et impasses des sujets, en les reliant intimement à leur inscription dans la société, en ne les dissociant pas de leurs dimensions collective, sociale, historique, politique et culturelle. Le culturel et le psychique sont intimement noués et en constante interaction.

Dans les interventions cliniques auprès des sujets situés dans les positions les plus fragiles et vulnérables de l'organisation sociale – ce qui est le cas de la majorité des usagers de *crack* au Brésil –, et dont la dimension de la souffrance découlant de la position sociopolitique du sujet (Rosa, 2016) tend à être accentuée, il est absolument indispensable de mettre en lumière cette articulation du sujet au champ social et à la collectivité, en incluant les conséquences des processus et des conflits historiques et sociopolitiques sur les modes d'organisation de la subjectivité. Suivant cette proposition, le psychanalyste, comme l'a

souligné Douville (2014), se fait le témoin des incidences de l'histoire collective et de ses répercussions sur la structuration du psychisme singulier et du lien social. Grâce à ce nouage, se constituer comme une « terre d'accueil » pour les intimités privées de droit peut être interprété comme un véritable acte qui ouvre à la possibilité de l'émergence du sujet parlant (Douville, 2014). « L'historien, au plan d'un savoir collectif, et le psychanalyste, au plan de la construction d'une vérité singulière, luttent l'un et l'autre contre des formes instituées de négationnisme et de mise en silence » (Douville, 2014, p. 161).

Chapitre IV : Une lecture psychanalytique de la précarité et de la vulnérabilité

Réfléchir de manière approfondie sur la psychanalyse et sur la pratique clinico-institutionnelle auprès des usagers de *crack* implique nécessairement une discussion et une analyse plus fine de la théorie et de la clinique psychanalytique face aux situations de vulnérabilité sociale et de précarité. En premier lieu, il apparaît indispensable que ces réflexions s'arrêtent sur ce que signifient « précarité » et « vulnérabilité », en pensant ces conditions à partir d'une perspective psychanalytique et en questionnant les incidences psychiques et les processus de subjectivation résultant de ces situations. Je propose une analyse des notions de vulnérabilité et de précarité à partir de leur déploiement en trois dimensions principales : la vulnérabilité structurelle et constitutive ; la vulnérabilité et les conditions précaires induites par des facteurs sociopolitiques ; et la vulnérabilité linguistique ou la détresse discursive.

IV.1. La détresse radicale : précarité et vulnérabilité structurelles et constitutives.

Pour réfléchir à la question de la vulnérabilité sociale et de la précarité dans une perspective psychanalytique, je me remets, dans un premier temps, à l'idée d'une vulnérabilité structurelle qui peut être dégagée des premières élaborations théoriques de Freud dans son « Esquisse d'une psychologie scientifique » (1895/2006), à partir de la mobilisation de la notion de détresse (*Hilflosigkeit*).

En décrivant les processus impliqués dans les premières expériences de satisfaction – dont la caractéristique d'induire les conséquences les plus radicales pour le développement des fonctions de l'individu est d'emblée soulignée –, Freud décrit un état initial où se trouve le nouveau-né, dans lequel il est atteint par certaines « excitations endogènes », qui ne sont susceptibles d'être abolies qu'au moyen d'interventions qui requièrent une modification du monde externe, comme l'« apport de nourriture » et la « proximité de l'objet sexuel » (Freud, 1895/2006, p.370). C'est ainsi que Freud (1895/2006) introduit la notion d'une détresse radicale – être sans aide ou sans secours, conformément au terme allemand employé (*Hilflosigkeit*) –, qui caractérise la condition de l'être humain tel qu'il vient au monde.

Étant donné que le nouveau-né est confronté à cette situation de détresse absolue, ne pouvant s'orienter ou agir par lui-même que par l'intermédiaire des pleurs, des agitations motrices, ou du cri (actions décrites par Freud comme « décharges empruntant la voie de l'altération interne »), il est incapable de provoquer ces interventions spécifiques nécessaires à la satisfaction de ces « excitations endogènes ». Comme l'a souligné Schneider (2011), cet état signifie que le nouveau-né est doublement dépourvu : d'une part, il est privé de ce qui lui est nécessaire, d'autre part, il est privé de tout savoir quant à ce qui le plonge dans cet état d'inconfort, de malaise et de souffrance. Cette « aide étrangère » (*fremde Hilfe*) est donc indispensable ; elle sera offerte par cette « personne expérimentée », « un autre être humain »

(*Nebenmensch*, *l'être proche*, *l'être secourable*), qui, après avoir été convoqué par les pleurs, les cris, ou les mouvements du bébé, vient à sa rencontre, et qui, avant d'être décrit comme porteur de solutions, est décrit par Freud comme « attentif » (*aufmerksam*) à l'enfant.

Dès lors, l'attention du *Nebenmensch* revêt une caractéristique singulière : elle ne capte pas une signification perceptible mais donne forme et sens aux manifestations du bébé qui, initialement, n'ont pas de statut de message. L'« être proche » ne répond pas au bébé en offrant ce qu'il suppose avoir été demandé par le bébé. Il ne s'agit pas d'associer une demande à une réponse. Comme le montre Schneider (2011), c'est seulement après ce moment, où l'intervention provenant du monde externe apaise l'état initial de malaise, que la figure du malaise peut être rétrospectivement interprétée. Par conséquent, la fonction première, et la première forme d'aide soutenue par le *Nebenmensch*, est l'interprétation, qu'elle soit adéquate ou non ; il apparaît alors nécessaire qu'il intervienne non seulement à travers l'« action spécifique » (Freud, 1895/2006, p.370) dans le monde externe pour l'être en détresse, mais surtout, et avant tout, interprète quelle est cette action spécifique. Et cette interprétation se fonde, en premier lieu, sur un déchiffrement hypothétique des besoins du bébé (Schneider, 2011).

Du point de vue du bébé, l'interprétation n'induit donc pas seulement le soulagement qui découle de la satisfaction d'une excitation vécue comme intrusive, mais lui permet de commencer à connaître les mouvements dirigés par lesquels il se tourne vers une extériorité, qui peut lui offrir tant le soulagement que la déception. L'intervention du *Nebenmensch*, geste qui dans le même temps signifie l'offre d'un objet et l'interprétation (juste ou non), dépasse largement ce qui correspondrait à un simple « apport de nourriture » et un moyen de subsistance. Il s'agit d'« une expérience plus ou moins jubilatoire qui doterait l'enfant d'un espace de résonance se faisant lieu de l'apparition simultanée de l'agent donateur (...) et de

l'enfant faisant l'épreuve de ses exigences, (...) rendant rétroactivement possible la structure d'adresse à l'Autre. » (Schneider, 2011, p. 32-33.)

Si Freud (1895/2006) postule que, dans un premier temps, le fonctionnement psychique est centré sur un travail de décharge expulsive qui répond au principe d'inertie, à partir de l'entrée du *Nebenmensch* et de l'expérience de satisfaction qu'il permet, le psychisme cesse d'être confronté à la solitude et à l'évacuation de tout ce qui se présente comme excitation, en étendant sa surface d'exposition et se rendant sensible à d'autres zones d'excitation. L'expérience de satisfaction provoquée par cet « être proche » qui vient à l'aide du nouveau-né apparaît comme l'équivalent d'« une injection de vie qui provoque, dans le psychisme, une sortie de la solitude » (Schneider, 2011, p. 57).

On peut donc souligner l'importance fondamentale de cet « être proche » – le *Nebenmensch* – pour le devenir humain. L'être humain (*Mensch*) « ne peut advenir comme humain que situé dans les parages d'un autre être humain placé 'à côté' (*neben*) » (Schneider, 2011, p. 41), qui va déclencher les processus fondateurs pour la constitution du nouveau-né. Toutefois, il est nécessaire de considérer les deux dimensions fondamentales de cette relation originaire du nouveau-né au *Nebenmensch* qui sont : (a) le fait que l' « être proche et secourable » est, en même temps et indissociablement, le premier objet hostile¹⁰, et (b) l'état de détresse et de déréliction qui caractérise l'état originaire de tout sujet.

Selon Freud, le *Nebenmensch* représente, simultanément et indissociablement, l'être proche et attentif, le pourvoyeur de l'aide qui permet la vie, et le premier objet hostile et menaçant. Par conséquent, l'aide du *Nebenmensch* instaure nécessairement une dépendance et une asymétrie. Entre l'expérience du nouveau-né et les interventions qui, dues à l'initiative de l' « être proche », vont permettre à l'enfant d'expérimenter les performances dont il est

¹⁰ « Supposons que l'objet qui fournit la perception soit semblable au sujet, un être-humain-proche (*Nebenmensch*). L'intérêt théorique s'explique alors aussi par le fait qu'un tel objet est en même temps le premier objet de satisfaction et de surcroît le premier objet hostile, tout comme il est la seule puissance qui aide » (Freud, 1895/2006, p. 383).

capable, s'instaure une dépendance radicale (Schneider, 2011). L'unique voie de survie et de constitution psychique passe donc par cette proximité à l'autre, mais il s'agit d'un autre qui exerce un pouvoir absolu sur un être entièrement à sa merci.

Et, comme le souligne Schneider (2011), cette simultanéité et cette superposition de la dimension auxiliaire (que Freud relève comme la « seule puissance qui aide ») à la dimension hostile, amplifie et radicalise l'état de détresse et de déréliction dans lequel se trouve originairement l'être humain. Tout bien considéré, comment le nouveau-né peut-il se défendre contre l'hostile si cette entité se manifeste dans la proximité extrême de la « seule puissance qui aide »? Il y a dans la pensée freudienne, affirme Schneider (2011), une collusion originaire entre l'unique force sécourable et le potentiel ennemi, auquel le nouveau-né est totalement subordonné.

Par conséquent, « l'aide externe » pourvue par le *Nebenmensch* en secours au nouveau-né en état de détresse engendre des effets paradoxaux. L'autre se constitue comme condition d'accès à l'humain, comme « catalyseur » d'un processus où se construit une intimité propre à partir des « phénomènes de résonance » que cette rencontre permet, en esquissant un accès à soi-même, à un « propre corrélatif d'un vécu » (Schneider, 2011, p. 166). En même temps, s'instaure une dépendance radicale et une intensification de la vulnérabilité, qui découle d'une exposition inéluctable au pouvoir et à l'hostilité de l'autre (Laufer, 2015).

En somme, si les formulations de Freud quant à la situation originaire des sujets entrant au monde, à l'état d'incapacité et de détresse radicale du nouveau-né, et à l'intervention du *Nebenmensch*, sont pensées non seulement en référence à un moment circonscrit à un point originaire, mais aussi comme un moment de continuité et de transmission (Schneider, 2011), elles nous permettent de comprendre la détresse radicale et la vulnérabilité comme des propriétés structurelles de tous les sujets, inhérentes au processus de

socialisation. De la détresse, de sa condition précaire et prématurée, et de la totale incapacité à se suffire à soi-même, se développent la constitution subjective et la quête humaine, conditions qui laissent des marques et impriment des traces indélébiles dans la vie des sujets. Il est possible alors de concevoir la vulnérabilité et la précarité comme des caractéristiques structurelles et constitutives de la condition humaine.

Cependant, il est essentiel de différencier clairement la vulnérabilité structurelle et constitutive de la condition humaine, qui atteint tous les sujets, des situations de précarité, d'exclusion, et de vulnérabilité sociale, dans lesquelles se trouvent certains segments de notre société, produites et reproduites par les inégalités sociales et la marginalisation. Pour établir cette discrimination, je renvoie aux formulations de Butler (2016), qui soutient aussi une idée de vulnérabilité et de précarité structurelles et généralisées, en la distinguant de la notion plus spécifiquement politique de « condition précaire » qui, au contraire de cette « précarité existentielle », est politiquement induite de manière différentielle sur certaines populations.

IV.2. Conditions précaires et vulnérabilité sociopolitiquement induites

Comme Freud, Butler (2016) affirme que la naissance est, par définition, marquée par la précarité et par l'état de détresse : « nous ne naissons pas d'abord et devenons ensuite des êtres précaires ; la précarité est consubstantielle à la naissance » (p. 32). Si, dans son « Esquisse d'une Psychologie Scientifique », Freud met l'accent sur la figure du *Nebenmensch*¹¹ comme la condition de subjectivation et de maintien de cette vie qui vient au monde prématurément et en état de détresse, Butler (2016) quant à elle attire l'attention sur le

¹¹ Néanmoins, il est important de répéter que dans le développement théorique de la psychanalyse, Freud n'a pas restreint l'analyse et la compréhension du sujet à ces figures proches et au contexte familial, mais a élargi la scène et l'a nourri de nouveaux personnages n'appartenant pas nécessairement au milieu familial (Schneider, 2011) et d'éléments historiques, sociaux, politiques et culturels.

« réseau d'aide social » (p. 32) duquel dépend la survie de tout un chacun depuis sa naissance.

Butler (2016) propose, articulée à la compréhension de la précarité comme condition existentielle et généralisée, la notion politique de « condition précaire », distribuée et attribuée de manière différentielle. La condition précaire désigne donc la condition sociopolitiquement induite, dans laquelle certains segments de la population souffrent d'une déficience des soutiens des réseaux sociaux et économiques, et sont exposés de manière différentielle et sans protection à la maladie, à la pauvreté, à la faim, aux déplacements, aux violations, à la violence et à la mort.

Toujours selon Butler (2016), la condition précaire caractérise également la condition politiquement induite de maximisation de la précarité pour les populations exposées à la violence arbitraire de l'État et qui, fréquemment, n'ont pas de possibilité de recours, sinon l'État lui-même, contre lequel, ils ont souvent besoin de protection. C'est le cas par exemple des formes de violences légalisées par le moyen desquelles certains segments de la population sont différenciellement privés des ressources de base nécessaires à la minimisation de la précarité. Bien que Butler (2016) reconnaisse que toute violence ne provienne pas de l'État, elle affirme que « rares sont les cas actuels de violence qui n'ont aucun lien à cette forme de politique » (p. 47).

La « condition précaire » résulte donc du fait que la précarité obéit à une distribution différentielle. Toutes les vies sont précaires et conditionnées à la garantie de certains besoins, et tous les sujets sont livrés aux autres, aux normes, aux entités politiques, aux institutions économiques et sociales, mais ces organisations – qui sont conçues pour traiter et garantir ces besoins – se développent historiquement en maximisant la précarité pour certains et en la minimisant pour d'autres. Comme le souligne Butler (2016), les soutiens de base qui visent à minimiser la précarité structurelle et généralisée des sujets est distribuée de manière inégale,

que ce soit en ce qui concerne l'alimentation, le logement, l'emploi, l'éducation et la santé, ou le droit d'expression et la protection contre la violence, l'oppression et la stigmatisation. On peut ainsi identifier que la *population des usagers de crack* au Brésil, dans ce processus de distribution différentielle de la précarité, est reléguée à cette situation sociopolitiquement induite de maximisation des conditions précaires et d'exposition à une certaine violence de l'État.

Butler (2016) relève que ce processus de distribution et d'application différentielle de la précarité, qui minimise celle des uns et maximise celle des autres, en soumettant certains sujets et populations à des conditions précaires et en les exposant à une série de violations et de violences, est intrinsèquement lié à une question perceptuelle et de « cadrages ». « La perception et la politique ne sont que deux modalités du même processus par lequel le statut ontologique d'une certaine population est compromis et suspendu. » (Butler, 2016, p. 51). Le cadrage est compris par Butler comme les « encadrements » et les normes qui agissent pour différencier les vies en fonction de la manière dont ils les présentent. Selon l'auteur, les cadrages à partir desquels la vie est présentée déterminent le fait qu'elle soit reconnue ou non, et, non seulement ils structurent notre façon de la connaître, mais constituent les conditions qui la soutiennent. Ainsi, « il y a des sujets qui ne sont pas exactement reconnaissables comme sujets, et des vies difficilement – ou pour être plus exacte, jamais – reconnues comme vie » (p. 17). Bien qu'apparemment vivantes, ces vies ne parviennent pas à assumer une forme perceptible en tant que telle et, par conséquent, leur perte n'est pas « pleurée », pas reconnue comme perte, et n'est pas objet de deuil. « La valeur de la vie n'apparaît que dans des conditions où la perte importerait. Ainsi, la possibilité du deuil est un présupposé pour la vie qui importe. » (Butler, 2016, p. 32)

En ce sens, Butler affirme que la reconnaissance de la condition d'être objet de deuil précède et rend possible l'appréhension de l'être vivant comme une chose vivante et qui est

sujet, dès le début, à la non survie. De ce fait, la condition d'être objet de deuil précède et rend possible l'appréhension de la vie en sa précarité structurelle et constitutive. La non reconnaissance de la précarité comme une caractéristique généralisée et la distribution différentielle de la condition d'être passible de deuil sont des éléments qui vont engendrer une maximisation de la précarité pour certaines personnes et populations. C'est à certaines conditions seulement que la vie précaire a droit à la protection et aux soutiens de base pour minimiser la précarité :

Cette répartition différentielle de la précarité est en même temps une question matérielle et une question de perception, puisque ceux dont les vies ne sont pas « considérées » comme étant potentiellement pleurées, et donc importantes, sont obligés de supporter le fardeau de la famine, du sous-emploi, de la privation de droits juridiques et de l'exposition différentielle à la violence et à la mort. Il sera alors difficile, sinon impossible, de décider si cette « considération » – ou son absence – conduit à la « réalité matérielle » ou si la « réalité matérielle » conduit à l'absence de considération, puisqu'il semblerait que les deux se produisent en même temps et que ces catégories perceptuelles sont essentielles à la production de la réalité matérielle (Butler, 2016, p. 45).

Ces formulations de Butler m'ont conduite à une importante réflexion sur l'étroite et complexe relation entre l'usage problématique de *crack* et les situations de vulnérabilité sociale et de précarité. Comme l'a fait ressortir le développement sur le « dispositif du *crack* », les discours et récits dominants sur cette drogue produisent un « cadrage » sur les usagers qui les représente comme des morts-vivants, des zombies, des rebus humains, des monstres ayant perdu les principaux traits humains, comme des vies, donc, qui ne sont pas aisément reconnaissables comme vies et, conséquemment, comme des vies dont la perte n'est pas digne de pleurs, ni susceptible de deuil, comme le montrent bien les innombrables

manifestations et commentaires sur les usagers de *crack*, chargés d'hostilité, de haine, de répugnance, de peur, et à l'extrême, de désirs d'extermination.

Ainsi, suivant la logique argumentative de Butler, on comprend que les situations originaires de précarité, de vulnérabilité et de marginalisation dans lesquelles se trouve la majorité des usagers de *crack* au Brésil sont intensifiées et radicalisées, non seulement par la capacité d'endommagement propre à la substance, mais également par le cadrage produit par le « dispositif du *crack* », qui opère un processus de déshumanisation, d'éviction de la dimension humaine des usagers. Si les « crackeurs », zombies, morts-vivants, ne sont pas reconnus comme sujets et si leurs vies ne sont pas qualifiées et reconnues comme vies, la condition de précarité structurelle et constitutive de ces vies ne sera pas reconnue non plus, ce qui peut conduire à une accentuation encore plus grave des conditions de précarité déjà présentes, à une plus grande déficience des réseaux de protections et des soutiens de base qui rendent la vie possible, et à une plus forte exposition à la pauvreté et aux situations de violence et violations multiples. Sans les conditions de reconnaissance de la valeur et de l'importance de leurs vies, et sans possibilité d'être objet de deuil, les usagers de *crack* restent exclus du droit à la protection et aux conditions qui rendent possible une « vie vivable ».

S'impose donc l'obligation éthique et politique de reformulation des conditions de visibilité et de cadrage relatives aux usagers de *crack*, qui rende possible de leur restituer leur dimension humaine, de les reconnaître comme sujet, et qui permette de repenser la précarité, la vulnérabilité, la douleur, l'interdépendance, l'exposition, la subsistance corporelle, le désir, le travail, le rapport au langage et l'appartenance sociale. En conséquence, penser la pratique clinique auprès des usagers de *crack* implique de prendre en considération tant la dimension de précarité et de vulnérabilité structurelle, constitutive de chaque être humain, que les conditions précaires et les exclusions politiquement induites. La précarité et la vulnérabilité

engendrées par le pouvoir, par les discours, et par les paroles d'un autre ne produisent pas les mêmes effets que la reconnaissance et l'acceptation de la condition humaine précaire et vulnérable, structurellement et ontologiquement constitutive de l'être de langage (Laufer, 2015).

IV. 3. Vulnérabilité linguistique, détresse discursive

Comme discuté dans le chapitre II de cette thèse, les récits et discours dominants sur le *crack* favorisent un jugement moral sur les usagers, en définissant des limites identitaires, morales et corporelles, et en les allouant à une altérité radicale, à l'extrême et à l'abject de l'expérience humaine, ce à quoi on évite de s'identifier. Ou, selon Rui (2014), le lien au *crack* est représenté de manière hégémonique à partir de la « catégorie de l'abjection », comme « la limite de ce que je ne suis pas » (p. 54) et que je ne dois pas être.

Il se détache ainsi une vulnérabilité provoquée par le discours hégémonique construit autour du *crack* – discours médiatiques, politiques, scientifiques, juridiques, médicaux, religieux – qui induit un imaginaire de différenciation, crée des démarcations, dessine des contours minoritaires, hiérarchise les comportements et les vies elles-mêmes, produit des catégories, et de ce fait, provoque l'exclusion. Une dimension excluante est inhérente à la violence du langage, et l'on peut comprendre les récits dominants sur le *crack* comme un discours performatif de l'exclusion.

Comme l'a souligné Laufer (2015), les catégories stigmatisées par les discours dominants sont exposées à une fragilité sociale, psychique et corporelle – en plus de la vulnérabilité structurelle de chaque sujet – et chaque époque fabrique ses minorités. Les usagers de *crack* constituent donc une autre catégorie d'exclus dans la société brésilienne contemporaine, situés en un lieu marginal, disqualifié, subalterne et dévalorisé. Dans cette

perspective, toutes distinctions gardées, j'emprunte à Laufer (2016) sa conception des minorités politiques pour penser les usagers de *crack* : ils constituent une minorité, non pas dans le sens quantitatif, mais dans le sens où ils composent une catégorie de personnes auxquelles un discours dominant confisque l'image qu'elles donnent à voir, la parole, et l'usage de leur propre corps, en les reléguant à une situation de vulnérabilité tant dans le rapport au corps que dans le rapport au discours.

Dans l'entreprise ici engagée, qui est de penser la pratique clinique auprès des usagers de *crack*, aux notions de vulnérabilité structurelle/constitutive et aux conditions de précarité et de vulnérabilité politiquement induites s'ajoutent donc l'importance d'une réflexion sur les notions de « vulnérabilité linguistique » (Butler, 2004) et de « détresse discursive » (Rosa, 2016). Ces conceptions nous rapprochent étroitement de la clinique psychanalytique, et dévoilent leur potentiel et leur pertinence dans ce champ, dans la mesure où la méthode freudienne est fondée sur la parole, sur ce que Freud (1905/2006) appelle ironiquement la « magie » des mots.

C'est grâce à une confiance dans le langage, et en misant sur l'idée que le langage est capable de soigner, que Freud a fondé la méthode de l'association libre, l'attention flottante, l'interprétation et la construction en analyse. Néanmoins, s'il est certain que les mots peuvent éliminer les symptômes pathologiques « du corps et de l'âme » (Freud, 1905/2006), le contraire est aussi vrai : ils peuvent les intensifier, peuvent aussi nier les sujets, les subjuguier, les vider de toute dimension humaine, les fixer à une position dévalorisée et les exclure, comme je pense l'avoir montré par rapport aux usagers de *crack*.

En proposant une réflexion sur la clinique psychanalytique face à la dimension sociopolitique de la souffrance, Rosa (2016) développe l'idée que la banalisation de la précarité sociopolitiquement induite supprime la force discursive de ceux qui sont soumis, de telle manière que, à la détresse sociale, s'articule aussi la « détresse discursive », qui a le

pouvoir de faire taire les sujets, de les rejeter dans la souffrance, l'angoisse, l'apathie, le mutisme ou les réactions violentes. Rosa (2016) caractérise la détresse discursive comme la « fragilisation des structures discursives qui soutiennent le lien social, dans ce qui régit la circulation des valeurs, des idées, des traditions d'une culture et protègent le sujet du réel » (p. 47).

Dans le cas spécifique du phénomène du *crack*, on peut penser que cette détresse discursive, en plus d'être l'un des effets de la banalisation de la détresse sociale, est paradoxalement constituée d'un « excès discursif » puissant et consistant, qui impose un lexique réduit, prégnant et stigmatisant, et s'offre comme le champ symbolique de la culture et du langage qui renvoie à l'appartenance du sujet (Rosa, 2016). Comme l'a souligné Rosa (2016), que ce soit dans la constitution subjective ou dans les circonstances de destitution subjective, les discours sociaux et politiques dominants, dans une plus ou moins large mesure, capturent les sujets dans une étroitesse et une pénurie de possibilités identificatoires, de représentations, de positionnements subjectifs et de places dans le lien social. Ainsi, relate l'auteur, les discours juridiques, médicaux, politiques, policiers et médiatiques produisent, en s'articulant, un ensemble de figures qui s'actualisent sur la scène sociale – le délinquant, le fou, le pauvre, et, j'ajoute, le *noia*, le crackeur, le zombi – sur lesquels elles imposent une vérité, en les réduisant au silence, en suspendant leur place discursive, en obturant la polysémie du signifiant, en les paralysant et les fixant à des positions marginalisées.

Par ailleurs, Rosa (2016) souligne également que les discours dominants, totalitaires et violents – dans la mesure où ils rendent invisibles les affrontements sociaux et politiques, et disqualifient la voix des sujets en suspendant leur place discursive – provoquent, en s'articulant à la détresse discursive, la culpabilisation totale des sujets pour leur condition sociale pourtant pluridéterminée, l'individualisation de leurs impasses ou la pathologisation et la criminalisation des solutions qu'ils trouvent pour faire face à leurs difficultés.

J'articule à l'idée de détresse discursive la notion de « vulnérabilité linguistique », introduite par Butler (2004) dans le champ d'une réflexion autour de la question des discours violents et offensifs, en prenant pour principal point de départ l'ambivalence du langage et le double pouvoir des mots. La vulnérabilité linguistique désigne la condition d'être soumis, tant au caractère curatif (avec Freud) et fortifiant (avec Butler) du langage, qu'à son caractère menaçant et violent. Elle s'articule à la dépendance originaire de tout être parlant, en rapport à l'adresse constitutive et interpellante de l'Autre (Butler, 2004).

Les discours de haine et le langage violent ont donc le pouvoir de porter atteinte et de blesser ceux à qui ils sont adressés. Comme le montrent Butler (2004), et Laufer (2016), la violence du discours offensif et injurieux peut contraindre le sujet au silence, lui confisquer la parole, l'expulser de sa propre histoire, du langage et « de l'humanité magnifiée dans l'imaginaire d'un idéal universaliste » (Laufer, 2016, p. 22). L'acte de discours violent et offensif peut provoquer l'exclusion, le bannissement et la honte, en paralysant ou en fixant à certaines positions et valeurs de l'ordre social et de l'ordre du discours les sujets à qui il est adressé. Une performativité excluante des discours stigmatisants et offensifs est à l'œuvre ; les attributions qui soumettent et subjuguent l'autre dessinent des frontières, et par conséquent, provoquent l'exclusion. Le discours de haine contribue ainsi à la constitution sociale de celui à qui il s'adresse, en lui assignant des positions sociales hiérarchisées et des rapports de domination.

Cependant – et ceci est le point qui produit le plus de résonances pour la réflexion de la clinique psychanalytique auprès de usagers de *crack* – la vulnérabilité linguistique peut s'avérer aussi être une « vulnérabilité habilitante » (Butler, 2004, p. 22). Selon Butler (2004), même en considérant cette capacité des discours de haine à constituer les sujets par des moyens discursifs, en les humiliant et les blessant, il est nécessaire de considérer également qu'il n'est pas possible que ces discours aient toujours autant de succès et possèdent une

efficacité définitive. Il existe des lignes de faille qui permettent de déconstruire ce processus de constitution discursive, et il est possible de perturber et de subvertir les effets produits par de tels discours.

Ainsi, Butler (2004) suggère, de manière apparemment paradoxale, que, s'il est certain qu'un discours peut porter atteinte, humilier, blesser et exclure un sujet, en le rejetant dans l'abjection, il ouvre aussi d'autres possibilités : être objet d'un discours de haine et offensif c'est être interpellé, et par conséquent, c'est aussi se voir donner la possibilité d'être reconnu, d'exister socialement et d'entrer dans la vie temporelle du langage, possibilité qui excède les intentions premières qui motivaient l'adresse (Butler, 2004). Les discours offensifs et injurieux peuvent cristalliser ou paralyser le sujet, mais ils peuvent aussi produire une réponse inespérée et « habilitante ». Dans la mesure où la haine discursive insère le sujet dans le discours, s'instaure pour ce sujet la possibilité de recourir au langage lui-même pour l'affronter, le contrarier, le désarticuler, le subvertir et lui redonner une signification.

L'ambivalence de la vulnérabilité linguistique et de la violence discursive révèle, en somme, que les discours de haine n'ont pas seulement le pouvoir de paralyser, fixer, blesser, et réduire au silence les sujets auxquels ils sont adressés ; ils engendrent aussi une possibilité d'ouverture à un espace de subversion, de réappropriation, de recontextualisation, de nouvelles significations, de création, de puissance d'agir et repositionnement subjectif, un espace essentiel de lutte politique, de résistance et de subversion des identités, des positions et des valeurs dans le lien social. La vulnérabilité linguistique, par son caractère ambivalent et paradoxal, porte en elle-même les conditions d'une réponse de résistance et de subjectivation, tant au niveau individuel qu'au niveau social et politique. On peut ainsi déceler la possibilité d'une lutte linguistique, sociale et culturelle (Butler, 2004), dans laquelle la puissance d'agir et la puissance de subversion, de résistance et de transformation dérivent du discours même

de haine, stigmatisant et excluant, et dans laquelle ce discours est affronté et contredit par cette dérivation elle-même.

Chapitre V : Incidences subjectives des situations de précarité, vulnérabilité et exclusion et usage abusif de *crack*

L'analyse des notions de précarité et de vulnérabilité a permis de comprendre et d'explicitier le fait que la majorité des usagers de *crack*, en plus de la vulnérabilité structurelle et essentielle à la condition humaine, est exposée à une précarité et à une vulnérabilité sociopolitiquement induites, ainsi qu'à une vulnérabilité linguistique ou une détresse discursive articulées à l'exclusion et à la marginalisation. Il est évident que ces différenciations entre plusieurs formes de vulnérabilité et de précarité ne peuvent être délimitées et exposées de cette manière qu'au niveau théorique et analytique. Dans les existences des sujets, et dans la rencontre clinique avec ces existences, les différentes dimensions sont étroitement imbriquées et articulées, et cette discrimination n'est pas toujours possible.

Il s'impose alors maintenant d'interroger et d'analyser quels sont les principales incidences psychiques et les processus de subjectivation qui découlent de cette situation d'exposition à des formes multiples de précarité et de vulnérabilité, de façon à comprendre comment cela s'articule avec le destin psychique et culturel dans lequel le *crack* prend une prépondérance et une centralité problématique dans la vie des sujets.

V.1. « Déshumanisation de la vie quotidienne » : incidences subjectives de la précarité et de la vulnérabilité sociopolitiques et discursives

D'emblée, il est nécessaire de préciser que je ne prétends pas dresser un « profil psychologique ou psychopathologique » du sujet en situation de vulnérabilité, de précarité, et d'exclusion. Une telle proposition, au-delà d'être vaine, indésirable et incertaine, ne peut pas être menée à bien sans encourir le risque de graves homogénéisations et généralisations. De plus, il convient de souligner que les effets et conséquences des situations d'exclusion et de précarité ne doivent pas être interprétés comme des traits invariables de structure.

Cependant, il m'apparaît nécessaire et productif de recourir aux auteurs qui, à partir de leur pratique clinique dans le champ des grandes exclusions et des précarités, en s'articulant à la théorie, à la méthode et à l'éthique psychanalytiques, élaborent et proposent des formulations sur les incidences subjectives découlant de ces situations. Je présente donc quelques-unes de ces formulations qui peuvent constituer des références importantes pour la réflexion sur l'expérience clinique auprès des usagers de *crack* en situation de précarité et de vulnérabilité.

En empruntant à Freud et à Lacan la proposition incontournable selon laquelle la subjectivité et les processus psychiques qui participent de sa constitution sont déterminés dans les « interstices d'un discours culturel et d'un lien social » (Benhaïm, 2012, p. 159), Benhaïm montre que, si le contexte social se dégrade sérieusement du fait des conditions précaires et des violences subies et commises, l'effet interne au sujet est incontestablement proche de l'auto-anéantissement.

Benhaïm (2012) souligne que la rupture des liens sociaux et l'exclusion peuvent provoquer, dans une plus ou moins large mesure, la rupture des chaînes symboliques, la désertification des représentations, l'effondrement des principales références et attributs psychiques du sujet, et engendrer des processus de désancrage et de destitution subjective.

Selon l'auteur, l'exclusion et la désaffiliation sociale engendrent donc un processus de désymbolisation et de fragilisation des conditions mêmes de la symbolisation. Elles recouvrent une exclusion du sujet de la dimension langagière et de la dimension subjective du désir, et affectent directement la capacité de construction fantasmatique, en engendrant une « suraccumulation d'effractions de réel » (Benhaïm, 2012, p. 143), puisque le poids de celui-ci n'est plus atténué par les fantasmes.

S'appuyant sur la formule heideggérienne, selon laquelle le langage est la maison de l'être, et qu'en son abri habite l'homme, Benhaïm (2012) affirme que, outre la question de l'habitat géographique et matériel et des besoins vitaux (abri, argent, nourriture, emploi), c'est l'habitat existentiel qui est mis en échec dans les situations de précarité extrême et d'exclusion sociale. Un lieu vidé de mots est mortifère et devient rapidement inhabitable. Face à cette situation, l'auteur affirme que, dans le meilleur des cas, le sujet nous présente la répétition de ses passages à l'acte et, dans le pire des cas, « son silence, un silence de sidération, un silence de mort... » (Benhaïm, 2005, p. 105).

Benhaïm (2012) attire l'attention sur le fait que, en situation d'extrême précarité et de rupture des liens sociaux, les soignants sont fréquemment témoins de désarticulations, parfois mortifères, entre corps, acte, et pensée, qui peuvent engendrer des processus où le corps envahit la quasi-totalité de l'espace de la parole. À la croisée de l'exclusion sociale et de la désobjectivation singulière qui en découle, l'auteur souligne que le corps est brutalement atteint et, souvent, traité par les sujets eux-mêmes sur le registre de la cruauté, comme l'attestent les corps qui se présentent marqués par des « plaies purulentes », des « brûlures », avec des parties « ensanglantées, putréfiées », « souillées de selles » et « escarres », « des dents qui tombent », en somme, des « corps à vif » (Benhaïm, 2012, p. 152).

Benhaïm (2012) souligne encore que l'indifférence ambiante, équivalente à un « Autre social aveugle », provoque un sentiment de rejet total, déprime le sujet de ses

signifiants, délégitime son « être au monde » et ébranle son sentiment d'appartenance à l'humanité. Plus encore, face à la détresse discursive qui touche le sujet et le pétrifie « en deçà de son émergence signifiante » (Benhaïm, 2005, p. 110), Benhaïm (2011) souligne que peut s'engendrer une situation de panne dans l'ancrage à l'Autre social qui, en termes lacaniens, n'offre plus l'accès à un « trésor de signifiants », mais lui attribue une fixation dans le réel.

Douville (2012 et 2014), également ancré dans son expérience clinique dans le champ de la précarité, de la vulnérabilité et de l'exclusion extrêmes, désigne la situation de précarité comme une « maladie du lien humain dans laquelle sont confinés certains sujets » et qui implique un processus de « déshumanisation de la vie quotidienne » (Douville, 2012, p. 7). Douville (2012a) souligne que la rupture du lien subjectivant et narcissique entre l'individu exclu et le tissu social implique aussi une « discorde » dans l'économie libidinale. En outre, il affirme que la construction humaine de l'identité – « le rapport du sujet à son économie somatique et à sa langue » (Douville, 2012, p. 8) – peut être déconstruite dans les situations de grande précarité des liens sociaux. Selon l'auteur, les cliniciens rencontrent fréquemment des hommes et des femmes dont les vies sont marquées par une destruction de l'ensemble des supports et références symboliques qui soutiennent la langue, la mémoire et le corps. Toutefois, Douville (2012a) fait cette observation importante, que, contrairement aux « dramatisations conventionnelles » autour du « sujet 'sans' » ou « réduit à la 'vie nue' » (Douville, 2012, p. 12), il est essentiel de comprendre et de prendre en considération le fait que, même pour les sujets en situation les plus extrêmes, subsiste encore un mode d'habiter le corps, l'espace et la parole, encore présents et en fonctionnement.

Douville (2012) considère également que les situations de précarité et d'exclusion sont traversées par la détresse discursive, par une altération ou un désancrage de la relation entre le sujet et les supports symboliques, et par une fragilisation de la dimension du langage.

En ce sens, il souligne que, dans ces situations qui impliquent aussi un ensemble de violences extrêmes, peuvent se produire des « catastrophes subjectives » dans la mesure où la violence demeure sans récit et reste « clandestine et secrète » (Douville, 2012b, p. 23).

Face à la non reconnaissance sociale, à la négation de leur existence ou face à la place sociale de déjection et d'abjection qui est attribuée à la majorité des sujets en situation d'exclusion et de précarité, Douville (2012c) affirme que la capacité d'étayage du psychisme et du corporel sur le lien social est gravement affectée et déconstruite, dans la mesure où elle consiste en la capacité de se faire écouter et de se faire reconnaître, et, également, dans la « possibilité de se voir attribuer des contenus psychiques, des émotions, des capacités de s'insérer dans les lois de la parole et les forces de l'énonciation » (Douville, 2012, p. 169). Certaines personnes, à certains moments de leur existence, affirme Douville (2012c), ont vécu de telles déceptions dans la rencontre à l'autre et à l'organisation sociale, de tels risques, concrets et réels, que le sujet peut, de fait, supposer qu'avoir une vie psychique ne vaut plus la peine.

Ainsi, selon Douville (2012 et 2014), ces situations de vulnérabilité et d'exclusion entraînent des effets subjectifs importants comme le « retrait psychique » ou le gel et la rigidification des possibilités de conflictualisation et d'anticipation. Le corps devient donc, selon l'auteur, « le lieu privilégié de l'expression pulsionnelle en panne de 'représentations' » (Douville, 2012, p. 168) et de nouvelles articulations sont engendrées entre corps et signifiant, entre pulsionnalité et érotisme.

Selon Douville (2012c), le « rapetissement de l'économie subjective » (Douville, 2012, p. 174) peut engendrer un retrait psychique de l'espace corporel et une désymbolisation du corps chez les sujets désarticulés du lien social. Ce processus provoque et met en évidence des « corps catastrophiques », marqués par les blessures, les automutilations, les scarifications, les dégradations progressives et une indifférence aux parties du corps qui

dépérissent ou qui pourrissent. Douville (2012c) souligne encore que face à la dégradation des liens sociaux, à la fragilisation des références symboliques et aux multiples violences, les sujets abandonnent fréquemment tout lieu psychique qui leur était propre et le corps devient alors l'unique territoire du sujet, son unique bien psychique.

Enfin, Douville (2012c) met en évidence le fait que dans les situations de précarité, d'exclusion et où les liens sociaux sont déficients, on peut parfois observer un processus d'autoexclusion. Face aux innombrables déceptions dans la rencontre avec l'autre et avec le contexte social, et face aux innombrables violences et abandons subis, le sujet s'exclut lui-même, sous la forme d'un refus de l'Autre. Ce refus de l'Autre peut se manifester aussi sous la forme d'attaques contre l'organisation sociale, de manifestations de colère et de haine, de réactions agressives et violentes.

Quesemand-Zucca (2012), psychiatre qui a également une longue expérience clinique auprès des sans-abris en situation d'extrême vulnérabilité sociale, outre qu'elle soulève des questions très proches de celles suggérées par Douville et Benhaïm, pointe les effets de ces situations dans la dimension de la temporalité. Selon l'auteur, dans les situations où les principaux liens sociaux sont fragilisés, et où les territoires et existences sont vidés du langage et de la parole, les liens entre durée, pensée, acte, et décision peuvent être littéralement dissouts. De cette manière, l'auteur souligne que les personnes ayant vécu des expériences extrêmes et précaires, soumises à d'intenses exigences de survie physique et psychique, choisissent, faute de meilleures options, d'organiser ce qui leur reste de pulsion de vie dans la gestion de l'immédiateté. Ceci engendre donc une temporalité organisée principalement sur le présent, sur une succession continue de « présents » hypertrophiés et peu dialectisés au passé et au futur.

Dans le contexte brésilien, Rosa (2016), avec un éclairage psychanalytique tant dans l'approche que dans l'intervention, aborde les situations de précarité et de vulnérabilité

sociale en évoquant « la dimension sociopolitique de la souffrance ». Rosa (2016) souligne aussi, comme conséquences importantes de ces situations, la fragilisation des structures discursives qui soutiennent le lien social, et la fragilisation de la dimension langagière et de la symbolisation. En ce sens, l'auteur fait ressortir les effets subjectifs de la détresse discursive : les situations de solitude, d'apathie, de silence ou de mutisme, la possibilité de réactions violentes et l'émergence de la répétition et de l'agir comme dimensions principales du fonctionnement psychique.

La disqualification du discours et de la place de la parole des sujets, ainsi que la détresse discursive qui lui est consécutive, peut engendrer, selon Rosa (2016), une désarticulation de l'adresse possible à l'Autre, qui condamne le sujet au silence, le soumet aux difficultés de construire du sens et de reconnaître sa propre souffrance, sa place dans le lien social et dans le discours. Cette condition, insiste l'auteur, « désarticule le sujet de sa fiction fantasmatique, affecte son narcissisme et le renvoie à l'angoisse face à la détresse qui perpétue la condition traumatique » (p. 47).

Pour conclure cette discussion, je reprends une analyse de Roussillon (2005) concernant les « situations extrêmes de la subjectivité » et les stratégies de survie psychiques mises en place pour affronter la menace d'annihilation psychique qu'elles comportent. Par l'expression « situations extrêmes de la subjectivité », Roussillon (2005) désigne les expériences les plus diverses dans lesquelles la possibilité de « continuer de se sentir 'sujet', de continuer de maintenir le sentiment de son identité, et d'une identité inscrite au sein de l'humaine condition, est portée à son extrême, voire au-delà du pensable » (Roussillon, 2005, p. 221).

Selon Roussillon (2005), les situations extrêmes confrontent le sujet à des affects qui vont bien au-delà de la détresse et de l'impuissance, et qui peuvent être conçues comme des « formes dégénérées » et déshumanisées de ces dernières. L'auteur précise que la notion

fréquemment évoquée de souffrance psychique n'est pas plus adéquate pour désigner les affects en jeu dans ces situations extrêmes. La souffrance désigne un affect qui a un sens, qui appartient à la condition humaine, et qui est socialisé ; alors que les situations extrêmes confrontent le sujet à un affect qui, selon Roussillon (2005), serait mieux défini comme une « 'douleur aiguë', douleur corporelle parfois, mais surtout douleur psychique, douleur sans 'sens' acceptable, douleur déshumanisante » (Roussillon, 2005, p. 224). Roussillon (2005) évoque aussi, pour caractériser les situations extrêmes de la subjectivité, l'affect de terreur ou d'effroi, en soulignant son caractère désorganisant et le fait qu'il est « sans nom », et se présente à la subjectivité comme expérience sans fin, sans limite.

Ainsi apparaît cette caractéristique fondamentale des situations extrêmes, aux impacts traumatiques très significatifs : elles sont irreprésentables et insignifiants. Quand une douleur psychique devient souffrance, elle acquiert un sens et est alors prise dans l'univers symbolique, elle peut être habitée, supportée, affrontée et élaborée. Mais quand elle est déstituée d'un quelconque sens possible et acceptable, la douleur devient extrêmement désorganisant. Selon Roussillon (2005), dans les situations extrêmes, la fuite est impossible, et l'impasse dans laquelle se trouve le sujet désorganise les références habituelles du monde de la conflictualisation, et contribue ainsi à favoriser l'impression que cette expérience vécue est dépourvue de sens. La désorganisation psychique engendre la perte des « logiques de choix » et introduit le sujet dans la logique de la contrainte, dans les logiques de la compulsion et de la répétition, épuisant toutes les possibilités de se sentir satisfait ou satisfaisant.

Selon Roussillon (2005), on ne vainc pas contre une situation extrême, mais on peut « survivre psychologiquement », déclencher des stratégies de survie, « ce qui n'est plus vivre, mais n'est pas non plus mourir » (p. 226). Ces stratégies de survie sont caractérisées, selon l'auteur, par une « défense paradoxale », dans laquelle le sujet se retire de lui-même, se retire

de son expérience subjective centrale, s’ampute de lui-même – conséquence de cette nécessité de ne plus sentir, de ne plus « se sentir », de « neutraliser en soi tout ce qui se connecte avec la zone de douleur ou de terreur insupportable » (p. 226). Apparaît ici un paradoxe : le sujet a besoin de s’extirper de lui-même pour survivre, se « tuer » pour survivre. Puisque la fugue est impossible, le sujet entreprend une tentative de fugue interne, en pratiquant une politique de « désertification psychique », de « pétrification du monde interne ». Roussillon (2005) souligne que ce processus engendre une rigidification ou une immobilisation de la vie pulsionnelle par le biais d’un « gel affectif », par la répression et la décomposition des affects, pouvant mener à un désengagement de la vie affective et relationnelle, une perte d’empathie pour l’autre ou de compassion pour soi-même. Dans la mesure où la vie sociale et relationnelle implique un minimum d’engagement affectif et d’acceptation de l’interdépendance, Roussillon (2005) montre que les sujets vont, de différentes manières, s’organiser en dehors des limites de l’organisation sociale, ou sur ses marges.

V.2. Crack, vulnérabilité et exclusion sociale : intrications subjectives, « stratégies de survie » et *pharmakon*

Les formulations développées ci-dessus révèlent que les effets et les modes d’organisation subjective qui découlent des situations de précarité, de vulnérabilité et d’exclusion sociale sont intimement liés aux caractéristiques communément véhiculées sur les effets de l’usage abusif du *crack*. Les effets de l’usage prolongé de *crack* et les incidences du contexte sociopolitique, en tant qu’ils sont reliés et se potentialisent mutuellement, se superposent et s’intriquent, de telle manière qu’ils en deviennent indiscernables. En ce sens, d’un point de vue clinique et analytique, il n’est pas possible de concevoir la désorganisation

du sujet, la relation qu'il établit avec le langage, avec son propre corps et la temporalité, ni la manière dont il s'inscrit et se soutient dans le lien social, uniquement en fonction des effets de l'usage de la drogue.

La détérioration et l'autodestructivité du corps ; la temporalité organisée sur l'immédiateté, l'urgence et l'hypertrophie de l'instant présent ; le passage à l'acte et la compulsion comme dimensions privilégiées du fonctionnement psychique ; l'isolement, l'autoexclusion et l'organisation marginale de l'existence ; la désorganisation de l'identité et la fragilisation des principaux supports et références symboliques : toutes ces caractéristiques et effets subjectifs sont fréquemment attribués à l'usage abusif de *crack*, tant par la littérature spécialisée que par les usagers de *crack* eux-mêmes – bien qu'avec d'autres termes. Toutefois, comme l'ont mis en évidence les auteurs précédemment cités, ces caractéristiques sont aussi à considérer comme d'importantes incidences subjectives dérivées du contexte sociopolitique et des situations de marginalisation, de précarité, de détresse et de vulnérabilité, auxquelles certains segments de la société sont relégués.

En outre, à partir de la perspective ouverte par Roussillon (2005), on peut proposer l'hypothèse que l'usage de *crack* peut fonctionner comme une stratégie de survie déclenchée pour affronter les « situations extrêmes de la subjectivité » et pallier leurs effets, dont la causalité peut être reliée au contexte sociopolitique, aux questions singulières ou, cas que je crois être le plus fréquent, à un nouage des deux. Comme l'analyse de Roussillon (2005) permet de le penser, ces stratégies de survie ne sont pas nécessairement saines, bien adaptées ou bien accomplies. Les stratégies elles-mêmes laissent des traces et peuvent provoquer des effets dévastateurs. Toutefois, en dépit de son apparence désastreuse ou délétère, il est nécessaire de comprendre et de partir du fait que cette possibilité est la meilleure qu'ait trouvée le sujet – parfois la seule – pour explorer, expérimenter et affronter certaines situations et développer ses stratégies de survie psychique et d'« auto-cure » face à l'impact

traumatique de situations extrêmes de la subjectivité. Quel que soit le caractère paradoxal que peut manifester la stratégie adoptée par le sujet, il est nécessaire de comprendre et de se persuader que le sujet a des raisons de s'être structuré et organisé de telle manière.

En pensant l'usage de *crack* comme une stratégie de survie, on entend pleinement résonner le sens du *pharmakon* de Platon, qui, comme le souligne Derrida (2005), pointe cette ambivalence et cette réversibilité entre remède et poison, mais également entre substance et non substance¹². Le *pharmakon* émerge comme une figure fondamentale pour penser le champ clinique des toxicomanies (et, par conséquent, la clinique auprès des usagers de *crack*) dans la mesure où il remet en question la conception de l'omnipotence de la drogue comme un poison, un fléau, un mal à déraciner, et permet d'envisager la drogue dans sa réversibilité poison-remède en fondant la réflexion sur l'usage des drogues comme une « stratégie de survie », un processus d'automédication ou une tentative d' « auto-cure », avec tous les risques, failles et dommages qu'elle comporte. Une autre contribution majeure que le *pharmakon* peut soutenir pour cette clinique est la disqualification de la drogue comme pure substance, et la requalification de la dimension psychique impliquée dans l'opération d'intoxication, ce qui requalifie aussi la parole et la subjectivité (Fédida, 1998).

¹² (Le *Pharmakon*) est, avant toute discrimination, ce qui, se donnant pour remède peut (se) corrompre en poison, ou ce qui se donnant pour poison peut s'avérer remède, peut apparaître après-coup dans sa vérité de remède. L'essence' du *pharmakon*, c'est que n'ayant pas d'essence stable, ni de caractère 'propre', il n'est, en aucun sens de ce mot (métaphysique, physique, chimique, alchimique), une substance. Si le *pharmakon* est ambivalent, c'est bien parce qu'il constitue le milieu dans lequel s'opposent les opposés, le mouvement et le jeu qui les rapportent l'un à l'autre, les renverse et les fait passer l'une dans l'autre (âme/corps, bien/mal, dedans/dehors, mémoire/oubli, parole/écriture, etc.). (Derrida, 2005, p. 73-74).

PARTIE III :
DIOGENES : UN PERSONNAGE

Après avoir parcouru ces voies et chemins, auxquels j'ai été menée par une investigation autour de cette « même histoire » mentionnée par les usagers de *crack* dans mon expérience clinique au CAPS-AD, je pense avoir établi les bases et références principales qui me permettent d'entrer dans une dimension plus détaillée et singulière de cette clinique, à partir de la construction et de l'étude d'un cas clinique d'un des *personnages* de ces *mêmes histoires*.

Chapitre VI : Place et fonction du cas clinique dans la recherche

VI.1. Le cas clinique dans la recherche : problématisation, réflexion, résistance et politique

Comme précédemment souligné, la structuration subjective, les formations de l'inconscient, les formations symptomatiques et psychopathologiques, et les impasses et souffrances qui apparaissent sur le plan des cas clinique singuliers mobilisent aussi ce qui se donne sur le plan de la « psychologie sociale et des masses » et rendent manifeste, au cœur même de l'expérience analytique ou thérapeutique, « l'esprit du temps » (Zafirooulos, 2015), et la dimension culturelle et sociopolitique. En ce sens, si les niveaux sociopolitique, historique et culturel doivent être mobilisés pour l'examen et la compréhension du cas clinique singulier, le chemin opposé est tout aussi vrai, dans la mesure où, comme le souligne Zafirooulos (2015), la clinique psychanalytique du cas est un chemin privilégié pour l'analyse de la société et de la culture.

Ainsi, à partir des chemins sinueux et des trames complexes qui mènent de l'analyse du cas à l'analyse de la culture, je mise sur l'hypothèse que cette construction et cette étude

de cas clinique permettront aussi d'apporter leur contribution à la compréhension du phénomène du *crack* dans ses dimensions sociopolitique et culturelle. Surtout, je me risque à penser qu'à partir de l'appréhension de la singularité du cas, il est possible d'extraire des apports significatifs pour la réflexion sur la pratique auprès des usagers de *crack*, et ce, d'une manière élargie. En d'autres termes, je soutiens que ces *mêmes histoires* contribuent à la compréhension et à la réflexion sur le *personnage*, et que, parallèlement, le *personnage* lui aussi jette une nouvelle lumière sur ces *mêmes histoires*, en permettant de les comprendre, de les interroger, de les déranger, et peut-être, en ouvrant une possibilité, sur le plan clinique, de construire de *nouvelles histoires*, des *histoires différentes*.

Dans cette perspective, si ce qui a été développé dans les parties I et II de cette thèse constitue une référence importante pour la construction et l'analyse du cas (et sera fréquemment mobilisé et mis en lien dans les élaborations à suivre), je souligne toutefois que le cas clinique de cette recherche ne se réduit pas à une fonction d'illustration ou d'exemplification. Au contraire, bien qu'en certains points il puisse avoir pour effet de corroborer les élaborations précédentes, le cas clinique endosse ici les fonctions d'interroger la théorie psychanalytique et les discussions présentées antérieurement, d'amplifier le débat et la réflexion, de conduire l'investigation et d'actionner le travail théorique et métapsychologique qui sera dorénavant entrepris. Plus qu'un exemple ou une démonstration, le cas clinique est envisagé, dans le domaine de cette recherche, comme un dispositif problématisant.

Il est également opportun de rappeler que le cas clinique en question est référé à un patient dont l'accompagnement thérapeutique s'est clos avant les principales définitions de cette investigation et avant la rédaction de cette thèse. Avec ce positionnement, je pense être alignée aux « recommandations » de Freud (1912/2006) quant à l'importance de ne pas « travailler scientifiquement » (p. 128) sur un cas alors que le traitement est toujours en cours,

de manière à éviter que le développement et les intérêts de la recherche interfèrent avec le processus clinique, l'influence, ou lui porte atteinte. En outre, le critère utilisé pour réaliser l'étude de cas d'un patient dont le traitement est déjà terminé suit également ce précepte psychanalytique fondamental selon lequel la construction de sens, de significations, d'élaborations théoriques et de connaissances scientifiques issus de l'expérience clinique ne se donnent qu'*a posteriori* (Dallazen et al., 2012). « Nous ne devons oublier que ce qui s'écoute, la plupart de temps, sont des choses dont la signification n'est identifiée que postérieurement » (Freud, 1912/2006, p. 126).

Enfin, j'insiste sur l'importante fonction politique, de registre, de visibilité, de résistance et de mémoire impliquée dans l'écriture de la clinique dans ces contextes traversés par conflits, inégalités et injustices sociales (Rouzel, 2009). La construction et l'analyse du cas clinique qui suit s'appuient alors sur l'idée que l'écriture clinique peut se révéler comme un espace politique et de résistance, un espace de problématisation et de réflexion.

VI. 2. Diogène¹³ : un cas de recherche porteur d'une question sur le corps

J'ai accompagné le cas de Diogène au CAPS-AD pendant trois ans, dans un contexte de groupe psychothérapeutique. Le choix de faire de ce patient de mon expérience clinique un cas de recherche découle des inquiétudes, interrogations, embarras et défis qu'il a suscités, en me poussant aux limites de ma réflexion clinique, éthique et politique. Diogène a exprimé – avec des variations, quoique tout au long de la période du processus de traitement pendant lequel je l'ai accompagné – une souffrance très intense, qui tendait à rendre insoutenable son existence, et insupportable le fait d'habiter son propre corps. Une existence absorbée par une envie féroce de consommer de la drogue, et par une envie tout aussi féroce d'arrêter la

¹³ Nom fictif, utilisé pour protéger la confidentialité et l'anonymat du sujet.

consommation et d'atteindre la tant convoitée abstinence. Une histoire marquée par la précarité et par la marginalisation, par les violences subies et commises, par la fragilisation de presque tous ses liens familiaux et sociaux. Une vie sentie et racontée par Diogène lui-même sur le mode de l'échec, de la perte de contrôle, de l'impuissance, de la dégradation psychique, corporelle et morale, de la « *maladie* », de la « *perte de dignité et de valeur* »¹⁴

Si le récit de Diogène faisait ressortir la force, les risques et la potentialité désorganisée du *crack*, il révélait aussi que son lien étroit à la drogue, tout comme sa forme singulière de l'expérimenter et de le signifier, était profondément lié à son contexte social et culturel, et marqué par la trame des discours et des interprétations dominants, des pratiques et savoirs construits autour du *crack*. Ainsi, mon objectif est d'interroger, à partir de la psychanalyse, les processus subjectifs articulés au lien extrême que Diogène a instauré avec le *crack*, dans ses dimensions subjectives, corporelles, symboliques et sociales.

Outre l'intensité explicitée plus haut, d'autres caractéristiques ont particulièrement attiré mon attention dans le cas de Diogène : la centralité du corps, régulé principalement par l'usage et par le *craving* ; une circularité fermée entre intoxication, abstinence et rechute, dont les rythmes déterminaient et absorbaient son existence ; un état de panne et de chaos pulsionnel qui conduisait à l'irreprésentable, à la violence, à la destructivité jusqu'au seuil de la mort ; des difficultés extrêmes dans les relations sociales et affectives ; l'emprisonnement dans une identité « crackeuse » et « malade » et les mouvements et transformations de son positionnement subjectif tout au long du traitement.

Parmi les associations de Diogène, deux énoncés ressortaient particulièrement et m'ont amenée à diriger mon écoute clinique, énoncés qui ont délimité les axes investigués dans le processus de l'analyse et dans la construction du cas clinique. Le premier d'entre eux, « *je ne peux même pas faire d'exercices physiques dans la communauté* [thérapeutique]...

¹⁴ Afin d'identifier les paroles, mots et expressions du patient lui-même, ceux-ci seront rapportés entre guillemets et en italique.

mon cœur s'accélère, ça me donne une plus forte envie de fumer du crack et je deviens agité et irrité », révèle une prépondérance des sensations et de la dimension du corps. Et, le second, énoncé immédiatement après une tentative de suicide : « *Tout en moi devient drogue. Tout ce que je prends se transforme en drogue dans mon corps. J'en veux encore, encore et encore...* » Outre le fait qu'il corrobore avec la centralité du corps, ce second énoncé souligne l'idée d'une appétence morbide et d'un désir insatiable. Il émerge aussi comme un trait singulier et distinctif qui a révélé un changement significatif dans la position subjective de Diogène.

Au-delà de la possibilité d'élargissement des discussions et réflexions sur ces questions déjà développées tout au long de cette thèse, le cas clinique de Diogène apporte un nouveau problème à l'investigation : la dimension du corps et de la sensorialité dans les dynamiques subjectives liées à l'usage abusif de *crack*.

Ainsi, ce cas clinique interroge et oriente la recherche et les élaborations sur une question qui apparaît fondamentale dans la clinique des usagers de *crack*, selon une perspective élargie. Le registre du corps émerge de façon proéminente et centrale dans ce champ clinique, et est présent dans différentes dimensions : dans la question de l'aspect physique et de la visibilité du corps, car le *crack* est une drogue qui atteint la corporalité de manière évidente, visible, et caractéristique (Rui, 2014) ; dans la question de la destructivité et du dépérissement corporels ; dans les plaintes liées à l'abstinence, au *craving* et à l'urgence physique de consommer, qui constituent une constante entre les patients et dominent la scène thérapeutique ; enfin, dans la construction d'une idée selon laquelle le « mental » devient impuissant face à la force du désir et du *craving* du corps pour le *crack*, comme souligné par ce récit emblématique d'une autre patiente du CAPS-AD : « *Mon corps veut [fumer du crack], mais ma tête non. C'est elle qui devrait commander, mais elle n'y arrive pas.* » Par ailleurs, la question du corps se déploie aussi de manière significative dans la clinique auprès

des usagers de *crack* dans sa dimension sociale et biopolitique, à partir de l'idée selon laquelle le corps est immergé dans le champ politique et que les rapports de pouvoir l'affectent directement, en l'investissant, le marquant, le dirigeant, l'assujettissant, ou l'affligeant (Foucault, 1987).

Chapitre VII : Diogène et son corps fabricant de drogues

VII. 1. Présentation clinique

Diogène a été acheminé au CAPS-AD en 2012 par une communauté thérapeutique (CT), dans laquelle il était interné. À l'époque, il avait 37 ans, disait être divorcé et avoir quatre enfants. Il a interrompu sa scolarité au cours élémentaire, et raconte qu'il travaillait comme vendeur de rue. Il relate un début de consommation de cannabis, de *merla* (une forme de cocaïne fumée très courante au Brésil avant la dissémination du *crack*), de colle, de *loló* (solvant consommé en inhalation) et de tabac dès l'âge de 13 ans. À 18 ans il a commencé à consommer de la cocaïne et des boissons alcoolisées et, à 33 ans, du *crack*. Depuis cette époque, il consommait quotidiennement du *crack*, de l'alcool et du tabac.

Pendant les quatre années qui ont précédé son hospitalisation en CT, Diogène consommait quotidiennement des quantités abusives et destructrices de *crack* et d'alcool, au point de présenter des crises de convulsions et des pertes de connaissance. Ses principaux liens familiaux et sociaux étaient rompus ou fragilisés, et il passait la plus grande partie de son temps dans la rue, à consommer du *crack*. Son corps était amaigri et marqué par l'usage abusif de drogues et par l'expérience de la rue. Son langage appauvri trahissait la rupture dans le processus de scolarisation et dans l'acquisition du langage. Dès ses premiers contacts

avec le service, il nous a « prévenu » qu'il n'aimait pas parler de lui-même, principalement qu'il n'aimait pas s'engager avec les autres et partager son histoire de vie en groupe.

Diogène a exprimé que pendant son adolescence il a commencé à s'impliquer dans le trafic – au début pour pouvoir payer sa consommation personnelle de drogue – et dans des activités criminelles, comme le vol. Il a raconté, sur le ton de la confession, l'extrême violence avec laquelle il s'était impliquée dans ce contexte, frôlant les limites de la mort. Au début de sa trajectoire thérapeutique, toutes les paroles de Diogène liées à cette période où il trafiquait et volait donnaient à entendre des signes de plaisir et de nostalgie en lien à cette phase de sa vie. Phase pendant laquelle il se sentait puissant et reconnu, avait de l'argent, une voiture, des « vêtements de marque », et impressionnait les femmes.

Diogène disait encore qu'il ne supportait pas d'être contrarié ou frustré, n'acceptait pas de recevoir des ordres et de se soumettre à des règles, et éprouvait des difficultés dans ses relations aux autres. « *Je ne supporte personne près de moi et, si quelqu'un vient me parler, je m'irrite.* » Il a raconté que, à l'époque où il était marié, sa relation conjugale était marquée et dominée par des conflits extrêmes et par une violence physique, verbale et psychologique perpétrée contre son épouse, ce qui l'avait déjà conduit en prison. Quand il parlait de ses difficultés relationnelles affectives, principalement avec son ex-femme et sa famille, Diogène exprimait de la rage, de l'amertume, et de la rancœur, se sentait abandonné et trahi, se plaçant, en dépit de toutes les violences qu'il avaient infligées, comme victime et disait ne vouloir aucun contact avec quiconque de sa famille.

Diogène présentait des symptômes persécutoires et paranoïaques intenses quand il était sous l'effet du *crack*. Mais la peur – et non la paranoïa –, selon Diogène, était un sentiment qui l'accompagnait depuis longtemps – peur d'« être abandonné » et de « rester seul dans la vie ». Il soulignait son envie intense de consommer du *crack*, un besoin senti comme corporel, un « *craving* » si intense qu'il ne parvenait pas à activer son corps par

l'exercice physique : « *je ne peux même pas faire d'exercices physiques dans la communauté [thérapeutique]... mon cœur s'accélère, ça me donne une plus forte envie de fumer du crack et je deviens agité et irrité* ».

Diogène racontait avec une grande souffrance les « *pertes* » dans sa vie, qu'il attribuait exclusivement à l'usage de *crack*. Il disait se sentir perdu et avoir peur du « *monstre* » qu'il était devenu à cause de cette drogue. Outre ces pertes, ses paroles, au début de l'accompagnement, se concentraient aussi sur ses symptômes d'abstinence et sur l'envie intense de consommer du *crack*. Les conflits dans ses relations interpersonnelles et dans son mariage étaient attribués uniquement aux autres et au *crack*, qui avait tout détruit et l'avait transformé en un « *monstre* », porteur d'une « *maladie incurable* », selon son interprétation. Ses difficultés dans les liens avec l'autre se manifestaient également dans la collectivité du CAPS-AD, et il s'irritait, s'impatientait souvent dans les interactions avec les autres usagers ou avec les professionnels.

Diogène se trouvait dans un cycle répétitif et fermé entre « hospitalisation-rue », « abstinence-intoxication ». Au long des trois ans où je l'ai accompagné, Diogène a été hospitalisé quatre fois, pour des périodes allant de deux à quatre mois. Son lien au CAPS-AD était lui aussi marqué par les allers et retours.

Après une rechute plus grave, Diogène a commis deux tentatives de suicide. La première, par ingestion de médicaments psychotropes, et l'autre, après avoir consommé une grande quantité de *crack*, par ingestion de mort-aux-rats, ce qui l'a conduit à un état de santé critique et à l'hospitalisation. Après être sorti de l'hôpital, il a cherché le CAPS-AD et, en réunion de groupe de psychothérapie, a formulé les paroles suivantes : « *Tout en moi devient drogue. Tout ce que je prends se transforme en drogue dans mon corps. J'en veux encore, encore et encore... si je prends un ibuprofène pour un mal de tête, par exemple, ça me donne*

envie de plus, je veux sentir le goût de l'ibuprofène dans ma bouche. Pareil quand j'ai quitté l'hôpital : tout ce que je voulais était de sentir le goût de la mort-aux-rats».

VII.2. Corps et sensorialité : dynamiques pulsionnelles

Le registre du corps constituait le domaine le plus éminent dans lequel s'énonçait le malaise de Diogène. Ses récits révélèrent que, comme le propose Costa (2005), son corps était placé comme l'objet privilégié de son attention, de ses préoccupations et de sa souffrance consciente, et était explicitement identifié comme l'une des principales composantes de son conflit psychique. Son corps était devenu la source primordiale de sa souffrance et « le lieu privilégié de l'expression pulsionnelle en panne de 'représentations' » (Douville, 2012, p. 168).

On observe que l'exploitation abusive des sensations corporelles par le moyen du *crack* et des autres drogues a établi un nouveau type de relation de Diogène à son propre corps, entraînant des altérations significatives dans son économie pulsionnelle, dans sa condition érogène, et dans son rapport au langage, à l'autre et au monde externe. Depuis l'adolescence, son corps s'est constitué dans l'interaction aux substances chimiques, qui ont affecté les circuits d'excitation, de plaisir et de douleur, ont altéré ses « conditions de sensibilité » (Freud, 1930/2010), et ont laissé des traces dans les arrangements et dynamiques pulsionnels qui traversent l'imbrication corps-psychisme.

Ses récits, focalisés sur l'ambiguïté sensorielle entre plaisir et douleur provoqués par le *crack*, sur ses souvenirs de jouissance, sur les « symptômes d'abstinence » et sur l'envie intense qu'il éprouvait de consommer de nouveau, mettaient en scène, de manière omniprésent, un corps régulé principalement par la consommation et par le *craving*. Un corps qui ne supportait pas même d'être stimulé par l'exercice physique, puisque ses effets sur le rythme cardiaque ramenaient à la mémoire corporelle les effets du *crack* et activaient un

éprouvé d'urgence, vécu comme « physique », lié à la substance et intensifiant le manque de la drogue. Ses mots relatifs à l'insupportable de l'exercice physique révèlent une intolérance à l'état d'excitation, à l'augmentation de toute tension somatique qui ne soit pas déchargée à travers le *crack*. L'intoxication était devenue la voie exclusive de l'extinction de l'excitation. Quand Diogène a tenté d'éviter de recourir à cette voie, la moindre stimulation corporelle est alors devenue insupportable.

On peut identifier, dans le cas de Diogène, le fonctionnement de ce que McDougall (2004) a décrit comme l'« économie psychique de l'addiction », dans laquelle les affects, les processus et « appels » psychiques sont traduits par le sujet comme « besoins somatiques », ce qui conduit à affirmer que la solution addictive consiste en une « solution somato-psychique » aux conflits et souffrances psychiques.

La prédominance du corps et de l'exploitation des sensations par le *crack* – le surinvestissement de la dimension du corps et de la sensorialité – indique ainsi une tentative d'agir directement sur le malaise à partir du corps lui-même, à partir de l'altération des sensations et des « conditions de sensibilité » (Freud, 1930/2010). On observe une prévalence de la régulation chimique du malaise à partir du corps et une fragilité des représentations psychiques et des formations symboliques (Birman, 2014).

L'urgence physique présentée par Diogène, et son intolérance psychique à l'augmentation de l'excitation corporelle mettent en évidence une tentative de concevoir le corps comme simple épiphénomène d'un jeu bio-chimico-neuronal (Nogueira Filho, 1999), un corps vécu comme pure sensation, désancré de la parole, du symbolique et du social. On assiste à un éloge de l'organisme au détriment du corps. Comme pour l'hypocondriaque, dont l'âme, dit Freud, se resserre au « trou étroit de la molaire » (1914/2010, p. 26), Diogène présentait d'abord son existence comme absorbée par l'urgence corporelle, par l'état de *craving*, par un type de dommage corporel provoqué par le manque de *crack*.

Le modèle pulsionnel du narcissisme apparaît pertinent pour la compréhension métapsychologique de la question du corps dans l'usage du *crack* : le repli de la libido, retirée du monde externe et des investissements objectaux, sur le moi – qui dérive avant tout des sensations corporelles (Freud, 1923/2006). Cet investissement narcissique en action dans l'usage du *crack* est lié à une tentative de reconstituer et de redessiner en quelque sorte les contours du corps propre (Assou, 2015a), à une tentative de forger un corps nouveau, un corps autre, organique et régulé chimiquement, qui, à partir d'un court-circuit pulsionnel, cherche à se situer en marge du langage, du lien social et du conflit psychique, des dépendances les plus radicales et des limites¹⁵. On peut comprendre le recours au crack comme une tentative de faire taire et de désobjectiver le corps, en excluant sa dimension symbolique et culturelle.

La centralité et la prépondérance que le corps atteint dans la dynamique de la consommation de *crack* indiquent, par conséquent, un retrait de la capacité d'élaboration et du travail psychique, une fragilité des représentations et des formations symboliques, et, comme le montre Assoun (2015a), un retrait du sujet de la parole et du langage. Diogène nous avait « prévenu » clairement : il ne voulait pas parler, il n'aimait pas parler de lui-même.

VII.3. Appétence insatiable : « *Tout ce que je prends se transforme en drogue dans mon corps. J'en veux encore, encore et encore...* »

Le récit énoncé par Diogène après sa tentative de suicide par ingestion de mort-aux-rats rend manifeste la dimension d'appétence et d'insatiabilité, que le terme allemand

¹⁵ Cette formulation théorico-clinique dialogue et est en accord avec de nombreux auteurs dont les travaux sont consacrés à une compréhension psychanalytique de la toxicomanie (Assoun, 2015 ; Bucher, 1992 ; Gurfinkel, 2011 ; Le Poulichet, 1987; Nogueira Filho, 1999; Santiago, 2001).

employé par Freud pour se référer à la toxicomanie accentue – *Süchtigkei*t. Le mot *Sücht* désigne l'appétence, ce besoin qui cherche à se satisfaire intensément, qui revient sans cesse à la recherche de l'objet susceptible de le satisfaire, et qui monte en puissance, à tel point qu'il acquiert une dimension envahissante et pathologique (Assoun, 2015a).

Ce besoin dont il s'agit dans l'économie psychique des toxicomanes est décrit par McDougall (2004), comme un néo-besoin. Et les objets addictifs, bien qu'ils satisfassent ce néo-besoin, échouent inévitablement à un moment ou à un autre, et offrent à peine un soulagement temporaire à la souffrance psychique, puisque, comme le souligne McDougall (2004), ils définissent une tentative de solution bien plus somatique que psychique pour affronter l'angoisse et la douleur psychique. Et, de cette incongruence entre le problème et la tentative de solution – articulée au fait que, comme le montre l'auteur, aucun objet appartenant au monde réel ne peut réparer les manques du monde psychique interne – peut résulter la dimension compulsive et insatiable en relation aux objets addictifs, comme dans le cas de Diogène.

En sortant de l'hôpital, Diogène dit avoir éprouvé une envie intense de sentir à nouveau ce goût de poison dans sa bouche, envie qu'il n'a pas reconnue comme une envie de mourir, ni de récidiver une tentative de suicide. En l'associant à cette même envie de consommer sans cesse *ibuprofène*, alcool ou *crack*, Diogène déplace la question du « potentiel addictif » des objets-drogue et appréhende cette dimension d'appétence pathologique dans son propre « corps fabriquant de drogues », dans sa propre dynamique pulsionnelle. Avec l'ingestion de ces produits – drogue, poison ou médicaments –, en même temps qu'il visait à la décharge de certaines tensions et à l'expulsion d'affects et de souffrances, se produisait une excitation qui se fixait comme une appétence dévoreuse et insatiable, qui demandait *encore, encore et encore*.

À travers ces paroles, Diogène soulignait les dimensions du goût et de la bouche, l'envie de sentir le « goût » dans la « bouche », ce qui m'amène à réfléchir sur l'excitation produite sur la muqueuse buccale et sur le mode de gratification pulsionnelle originaire, en référence à la phase orale de la libido, de laquelle l'opération toxicomane est en un certain sens, l'héritière. *Sücht*, ce « besoin pathologiquement croissant », consiste en une appétence pulsionnelle pathologique « qui vient parodier l'appétit instinctivement orienté » (Assoun, 2015, p. 54). « Le vide de la bouche, appelant, pour se remplir, des mots introjectables, mais en vain, devient plus tard la bouche vide d'aliment d'avant la parole » (Lins, 2004, p. 197).

Cette forme d'oralité erratique, en jeu dans le cas de Diogène, cette appétence dévoreuse et insatiable, renvoie aux figures mobilisées par Platon pour représenter le désir humain : le pluvier, oiseau au corps-tube, par lequel l'aliment passe sans s'arrêter, qui épuise par en-dessous tout ce qu'il mange par au-dessus, qui mange et défèque en permanence ; et l'homme qui verse de l'huile dans une jarre fendue, sans jamais pouvoir la remplir. Selon Sissa (1999), ces images métaphorisent la structure du désir pour Platon : sans limite, impossible à contenir, insatiable, despotique, avide et tyrannique. Dans les mots de Diogène, résonne cette théorie platonicienne du désir, un vouloir *encore, encore et encore*, qui prend dans sa vie une ampleur démesurée, et qui renvoie à l'idée d'un corps troué et abyssal, incapable de rétention. Diogène a pu identifier ce trait avec acuité, quand il évoque que l'un de ses principaux problèmes, sur lequel se structurait sa relation au crack, était le fait d'être très ambitieux : il voulait « *encore, encore, et encore* ».

Il est essentiel de souligner que cette appétence dévoreuse, insatiable et compulsive, comme le révèlent les paroles de Diogène sur son « corps fabriquant de drogues », n'est pas liée uniquement au potentiel addictif de la drogue, mais s'articule étroitement aux incidences subjectives du contexte sociopolitique dans lequel il s'inscrit. Comme développé dans le chapitre V, les situations de vulnérabilité, de précarité et d'exclusion sociale peuvent

engendrer de telles désorganisations psychiques et de telles fragilités du langage, des capacités d'élaboration et de signification, que le sujet se voit destitué des logiques de choix, d'anticipation et de conflictualisation psychique (Benhaïm, 2012 ; Roussillon, 2005 ; Rosa, 2016). La logique de l'agir, de la contrainte, de la répétition et de la compulsion émerge alors comme forme privilégiée du fonctionnement psychique, sapant la possibilité du sujet de se sentir satisfait ou satisfaisant (Roussillon, 2005).

VII. 4. Fonction du corps et de l'exploitation des sensations corporelles dans l'usage de *crack*

D'après la formulation freudienne relative aux drogues, énoncée dans « Le Malaise dans la Culture » (1930/2010)¹⁶, on peut comprendre que Diogène, par une méthode plus brute et plus grossière, mais aussi plus efficace (Freud, 1930/2010), cherchait à influencer directement son organisme et à modifier ses sensations ainsi que les conditions de sa sensibilité, en redessinant, dans une certaine mesure, les contours de son propre corps et en mettant ses propres limites à l'épreuve.

Face à cette observation clinique, il s'impose alors de questionner la fonction de cette prépondérance de l'investissement du corps propre et du recours au sensoriel dans la vie de Diogène. Plus précisément, il convient d'interroger comment l'action du *crack* sur le corps et ses effets multiples sur les sensations et dynamiques pulsionnelles se lie à l'histoire et à l'expérience de Diogène, à sa relation à l'autre, à son inscription au sein de la collectivité et au contexte socioculturel.

¹⁶ « (...) mais c'est un fait que, par leur présence dans le sang et les tissus, certaines substances étrangères au corps nous procurent des sensations agréables immédiates ; et qu'elles modifient aussi les conditions de notre sensibilité au point de nous rendre inaptés à toute sensation désagréable » (Freud, 1930/2010, p. 33).

En premier lieu, selon la thèse freudienne sur les drogues présente dans « Le Malaise dans la Culture » (1930/2010), il est possible de comprendre que l’auto-exploitation et la stimulation abusive du corps au moyen de la modification des sensations, acquiert une fonction de désensibilisation à la souffrance et à la douleur. Selon Freud (1930/2010), les méthodes les plus intéressantes pour prévenir contre la souffrance sont celles qui cherchent à influencer l’organisme lui-même : « en fin de compte, toute souffrance n'est que sensation, n'existe qu'autant que nous l'éprouvons ; et nous ne l'éprouvons qu'en vertu de certaines dispositions de notre corps » (p. 32). Et la méthode chimique, l’intoxication, est la plus efficace pour exercer une telle influence, pour provoquer des sensations de plaisir immédiat, mais aussi pour modifier les conditions de notre sensibilité, de telle sorte qu’elle nous rend inaptés à la réception des impulsions de déplaisir (Freud, 1930/2010).

Bien qu’elle fût insondable, ou que Diogène ne sût pas la nommer, et parce que sa dimension subjective se trouvait capturée par la douleur du manque de drogues ou par de lourds dommages secondaires, on peut supposer une douleur psychique radicale pour laquelle le *crack* et les autres drogues, en opérant au moyen de la suppression toxique, constituaient un remède, un *pharmakon*, et pas simplement la cause.

En second lieu, pour comprendre la fonction de la recherche de sensations corporelles, de la provocation sensorielle du corps, je renvoie à la formulation freudienne selon laquelle la méthode de l’intoxication chimique induit aussi le gain intensément désiré d’un élément d’indépendance en relation au monde externe. Le lien aux drogues, ce « briseurs de soucis » (*Sorgenbrecher*), désengage partiellement le sujet d’un monde qui lui est toxique et nocif, et lui permet de « se réfugier dans un monde à soi qui réserve de meilleures conditions à la sensibilité » (Freud, 1930/2010, p. 33).

Pour reprendre une expression de Cocteau (1985), alors en période de désintoxication, on peut affirmer que la drogue donnait corps à Diogène, un corps aux nouvelles conditions de

sensibilité, soutenu et protégé par un « costume de scaphandrier » (p. 26) qui, en l'isolant, lui permettait de maintenir un contact avec l'extérieur et de continuer à habiter un monde pour lui toxique et nocif. Comme l'a souligné Assoun (2015a), si le toxicomane s'intoxique, c'est parce qu'il ressent le quotidien des « non-dépendants » comme toxique et, portant ainsi à l'extrême le paradoxe de sa position subjective, parce qu'il tente de se désintoxiquer. Si le toxicomane s'intoxique et s'empoisonne sciemment c'est qu'il cherche à s'en désintoxiquer, « préférant un antidote, si désastreux fût-il, à son incurable mal de vivre » (Assoun, 2015a, p. 28).

Le paradoxe de la position subjective de Diogène était donc tel : au moyen de sa dépendance au *crack*, il cherchait à atteindre une indépendance radicale par rapport au monde externe, visant une satisfaction continue qui se donnait sur le terrain du corps, une jouissance en court-circuit et désymbolisée, dans le renoncement à l'autre (encore que l'autre soit présent dans les fantasmes sous-jacents, comme le souligne Assoun (2015a)), en faisant peu de cas des représentations, du langage, de la réalité, des limites.

VII. 5. L'instance de l'autre : déception et toxicité

Quand Diogène a commencé le suivi au CAPS-AD, ses liens familiaux et sociaux étaient tous rompus ou gravement fragilisés. Sans aucun contact avec sa famille et sans aucun lien d'amitié ou d'intégration sociale, Diogène se présentait comme éminemment solitaire et enfermé dans une relation duelle et quasi exclusive avec le *crack* et l'alcool. Comme l'a souligné Assoun (2015a), on ne peut comprendre la dimension de cet isolement qu'en l'appréhendant comme une version de la relation inconsciente à une certaine instance de l'autre.

Comme je l'ai décrit dans le matériel clinique, Diogène présentait de graves difficultés quant au vivre-ensemble et à ses liens affectifs et sociaux. Du fait des limitations liées à l'accompagnement thérapeutique de groupe, qui conduisent à travailler avec des anamnèses peu approfondies, je ne dispose pas d'informations détaillées sur la genèse de cette situation et sur sa relation aux autres originaires de sa vie. Mais les récits de Diogène et les relations qu'il a établies au sein de la collectivité du CAPS pointent vers une certaine toxicité des autres dans son histoire, et de l'Autre de référence (Assoun, 2015a). Ses difficultés interpersonnelles avec les autres usagers du CAPS-AD étaient évidentes, et les conflits qui surgissaient, explicites ou non, l'ébranlaient considérablement. Lors de sa première tentative de reprendre le travail en tant qu'auxiliaire de cuisine dans un restaurant, la socialisation inhérente à cet emploi s'est présentée à lui comme un obstacle : Diogène n'est pas parvenu à supporter la relation aux autres, qui se donnait sous forme de conflits et de malentendus, et le conduisirent à « *penser du mal* » et, à l'extrême, à sentir l' « *envie de tuer* ».

Le recours à un investissement quasi exclusif sur le *crack* et l'alcool émerge donc comme une tentative de se débarrasser de ces autres et de rechercher une indépendance radicale. Une relation à l'autre qui n'était pas sentie comme sécurisée et fiable a conduit Diogène à tenter d'exister uniquement par la voie de la sensorialité et de l'hyperinvestissement de la zone orale et du corps. En ce sens, l'appétence insatiable, exacerbée, impérieuse et tyrannique déjà discutée, qui prend la forme d'un besoin physique de drogue, peut être comprise comme une forme de destruction de la demande adressée aux autres. Diogène voulait « *encore, encore et encore* » plus de toxique, mais ne demandait plus rien à personne. Cependant, comme l'a montré Assoun (2015a), on peut supposer, sous-jacente à cette appétence vorace, et dans sa dimension inconsciente, une figure encryptée d'une demande des plus virulentes.

En outre, les sentiments intenses d'amertume et de rancœur, et la place de victime dans laquelle Diogène se plaçait au début du suivi quand il évoquait les conflits avec son ex-femme et les membres de sa famille, révèlent une position subjective inconsciente articulée à un sentiment de torts originaires d'ordre affectif qui lui ont été infligés. En dépit de toute la violence qu'il a commise, Diogène interprétait explicitement la séparation de son ex-femme et la rupture de ses liens familiaux comme un abandon et une trahison. Dans sa position inconsciente, il était la victime, celui qui est violenté. L'idée développée par Assoun (2015a), selon laquelle l'intoxication peut suivre une logique de revendication à un droit à une indemnisation imaginaire, apparaît ici pertinente. Dans le cas de Diogène, la dette de l'Autre à son égard apparaît constamment, et l'on peut comprendre la jouissance toxique comme ce « droit à être indemnisé », comme une tentative de se rembourser à sa manière face à un Autre (familial ou social) nuisible. Et, de fait, dans le cas de Diogène, il est possible d'identifier, et pas seulement dans sa position inconsciente, un Autre social – mais pas nécessairement un Autre familial – nuisible.

L'idée de la toxicité de l'instance de l'autre, et de la dépendance au *crack* comme recherche d'une indépendance radicale, conduit à supposer une déception toute aussi radicale dans les rencontres, ou leurs échecs, de Diogène avec l'instance de l'autre. Ou, comme l'observe Assoun (2015a), « ce ne pas seulement de la douleur et des séparations traumatogènes que le drogué se protège, c'est *d'une série de traumas (des-) organisateurs dans le rapport à l'autre* » (Assoun, 2015, p. 44). On peut donc penser que ces déceptions et traumas, en (des-) organisants ses rapports à l'autre, au corps, au langage et au champ social, réactualisaient constamment l'état originare de détresse radicale et de dérélition dans lequel, comme je l'ai développé antérieurement, le psychisme est confronté à l'isolement, contraint à l'évacuation et à l'expulsion de toute excitation vécue sur le mode de l'effraction, et à une

douleur et un malaise qui ne sont pas vécus comme souffrance habitable et élaborable mais comme un état de panne des stratégies défensives.

L'usage de la drogue émerge alors comme une tentative d'affronter cette détresse radicale, en y palliant par le mode de fonctionnement psychique qui caractérise cet état, à savoir l'évacuation et l'expulsion du malaise et de la douleur. En révélant sa structure paradoxale organisée sur la dépendance-indépendance – en même temps que Diogène disait « ne supporter personne près de lui », il exprimait un sentiment, qui l'accompagnait depuis longtemps, de peur d'« être abandonné » et de « rester seul dans la vie » – cette stratégie d'intoxication face à la détresse radicale peut être interprétée comme une recherche inconsciente de l'autre originaire, d'une « aide étrangère ». Néanmoins, la stratégie d'intoxication conduisait inévitablement à la déception dans la rencontre avec la drogue (et avec l'autre, dont la recherche est sous-jacente), en instaurant un cycle répétitif et compulsif, en emprisonnant le sujet dans un mode de fonctionnement expulsif et dans la satisfaction auto-érotique, sur le terrain sensorio-corporel, qui détruit la demande à l'autre.

Une fois encore, il convient d'insister sur le fait qu'il n'est pas possible de distinguer ces dimensions de l'isolement, de la déréliction et de la toxicité de l'instance de l'autre chez Diogène comme des conséquences exclusives de son lien au *crack*. Comme je l'ai développé dans le chapitre V, les effets psychiques et les logiques de subjectivation qui résultent des contextes de précarité et d'exclusion peuvent également engendrer de graves difficultés dans la vie relationnelle et affective ; une « désertification psychique » et un « gel des affects » (Roussillon, 2005) qui fragilisent la capacité d'engagement affectif et d'acceptation de l'interdépendance ; l'isolement et la solitude ; l'autoexclusion et les organisations marginales de l'existence.

VII. 6. Le contexte de précarité et de marginalisation sociale : dissidence toxique et résistance

L'histoire de Diogène et de son lien au *crack* est inextricable du processus de production et de reproduction structurel des inégalités sociales, de la précarité et de la marginalisation chroniques qui touchent la société brésilienne. Issu d'une famille appartenant à la classe des destitués du capital économique et culturel, et marquée par la précarité et la vulnérabilité sociale, Diogène a suivi un « itinéraire » qui – bien qu'il soit risqué d'affirmer un « destin inexorable » – se répète à l'infini entre ses membres : abandon scolaire précoce, insertion précaire sur le marché du travail, affaiblissement et précarisation des liens avec la plupart des sphères et institutions sociales, stigmatisation et marginalisation et, au plus extrême, développement d'un mode de vie violent et autodestructeur.

La situation de précarité et le processus progressif d'affaiblissement de la participation de Diogène au pacte social, ainsi que le déliement croissant de ses liens sociaux et institutionnels – dont l'origine est antérieure à l'usage des drogues – ont encouragé une mutilation sociale et une dégradation subjective qui ont rendu difficile sa reconnaissance comme sujet. Comme je l'ai montré dans le chapitre V, les situations de précarité, de vulnérabilité et d'exclusion peuvent produire la délégitimation et la déstructuration du sentiment d'appartenance à l'humanité et à l'organisation sociale ; la déconstruction de la capacité d'étayage et d'inscription du psychisme et de la corporalité dans le lien social ; l'identification à la place des déchets ; la fragilisation et le rejet de la reconnaissance sociale.

Ainsi, face aux multiples déceptions dans la rencontre avec l'autre et avec l'organisation sociale, face aux intenses situations de violences sociales et symboliques, et face au processus d'exclusion et de déshumanisation auquel Diogène était soumis, on peut affirmer qu'il a engendré une organisation marginale de son existence, laquelle était

structurée par un processus d'autoexclusion et de rejet d'un monde qui lui aussi le rejetait, et traversée de manifestations agressives et violentes.

Cette possibilité de reconnaissance sociale et de légitimation de l'existence rendues difficiles par le contexte sociopolitique, Diogène l'a eue à travers le trafic et le crime, lesquels lui ont offert une garantie minimale d'appartenance, lui ont attribué un certain pouvoir, un certain prestige, la capacité de se sentir désiré, fort et puissant, et la conquête de l'argent et des biens matériels, qui constituent le seau de la reconnaissance et de la virilité dans notre société. Mais qui ont aussi encouragé son implication dans ces contextes d'agressivité et de violence extrême, en le faisant frôler les limites de la mort.

Si je cherche à élucider le processus structurel de marginalisation, de vulnérabilisation et de sous-intégration au tissu social auquel Diogène a été soumis, et ses incidences et effets sur la subjectivité, il convient aussi de questionner les modes par lesquels il a été affecté, comment il s'est positionné subjectivement et comment, dans son économie pulsionnelle, ce positionnement se lie à une place fixe attribuée au *crack*.

Le lien extrême que Diogène a établi avec le *crack* peut donc être compris comme une forme de refus et de résistance à une « certaine modalité de vie et de mort qui lui est imposée » (Rosa & Poli, 2009). Par son lien exclusif au *crack* et par le déliement et le désinvestissement des autres relations et objets, Diogène a organisé une « dissidence toxique » (Assoun, 2015a), pour faire appel contre ce refus et se rembourser lui-même. Et cette dissidence toxique a accentué plus encore le processus d'anomie sociale auquel il était déjà exposé avant sa rencontre avec les drogues.

Les possibilités d'insertion dans une vie professionnelle et productive émergent ici comme une dimension fondamentale de l'analyse. Freud dit clairement dans « Le Malaise dans la Culture » (1930/2010) qu'une des stratégies de quête de bonheur et de défense contre la souffrance, pratiquement opposée à la méthode la plus grossière et efficace de

l'intoxication chimique, est la sublimation par le moyen du travail psychique et intellectuel, technique « plus délicate et élevée » (p. 35), qui n'affaiblit ni ne détruit la corporalité. Freud reconnaît que ce gain de plaisir provenant de la création artistique et du travail intellectuel et de recherche est le privilège d'un petit nombre d'entre nous seulement. Mais il affirme également que le travail professionnel, plus accessible à tout un chacun, occupe une place significative dans l'économie pulsionnelle, en tant que possibilité de déplacement d'une grande part de composantes libidinales, composantes narcissiques, agressives et même érotiques, ce qui lui confère une valeur indispensable dans l'affirmation et la justification de l'existence de chaque individu dans la société.

Face à sa position de marginalisation destituée du capital économique et culturel, face au choc culturel et symbolique entre la sociabilité familiale et les habilités et pré-conditions exigées sur un marché compétitif, et face à l'échec de son processus de scolarisation, interrompu précocement, ne restaient à Diogène, comme possibilités d'insertion sur le marché du travail, que des occupations et activités précaires et disqualifiées.

On est en droit de penser que ces occupations précaires sont diamétralement opposées de l'idée d'activité professionnelle à laquelle Freud se réfère, qui principalement quand elles sont librement choisies, induisent une satisfaction particulière en permettant un destin sublimatoire aux inclinations et motions pulsionnelles existantes, et constituent une importante source d'affirmation et de reconnaissance sociale. Au contraire, comme l'a souligné Souza (2009), par ces emplois précaires, le sujet est reconnu – ou méprisé – uniquement en tant que corps « sans âme ni esprit », dépense d'énergie musculaire, exploité et mal rémunéré par les classes moyennes et aisées.

Comme je l'ai déjà abordé, il ne s'agit pas ici de chercher à appréhender le contexte de précarité et de reproduction des inégalités sociales dans lequel Diogène était immergé pour le concevoir comme « prototype du *sujet sans* » (Douville, 2012a) ou comme une victime

absolue. Je cherche donc à interroger comment les modes d’habiter le corps, l’espace et la parole encore présents et en fonctionnement s’articulent à l’usage du *crack* et, au-delà des forces et instances qui le nient, le rejettent et le ségréguent, comprendre également ce que Diogène lui-même nie, ce qu’il refuse, ce à quoi il objecte.

Dans cette perspective, on peut interpréter la dissidence toxique à laquelle Diogène s’est remis comme une forme de résistance et de refus – aussi désastreuse qu’elle puisse être – d’une trajectoire et d’une place qui lui étaient réservées. Comme je l’ai développé plus haut, Diogène exprimait sur un mode radical l’excès du corps et de sensations, et la fragilité du symbolique et de la parole qui se manifestent dans la toxicomanie – la mise en avant du corps qui signe un retrait du sujet du langage (Assoun, 2015a). Mais, s’il incarnait à l’extrême la condamnation, qui, selon Souza (2009), retombe sur les classes marginalisées et stigmatisées – être corps, sans âme ni esprit – il ne se laissait pas capturer passivement par autrui, comme un sujet non reconnu en sa dignité de corps symbolique. Au contraire, dans sa position subjective, c’est lui-même qui exploitait et abusait de son propre corps, en faisant de lui-même un lieu primordial d’excitation, de satisfaction, de plaisir et de désir (et, également, de douleur et de souffrance) et renonçant – encore que temporairement et illusoirement – à l’autre, à la parole, au social et à la culture.

La dissidence toxique de Diogène peut être interprétée comme une stratégie de subjectivation dans un contexte dominé par un processus structurel de désobjectivation des individus – être corps, muscles, organisme, sans esprit, sans psychisme. Comme le souligne Douville (2014), « ce n’est pas dans n’importe quel contexte qu’il devient important pour un individu d’être sujet et d’avoir une vie psychique » (p. 168), ou d’être perçu comme doté de contenus psychiques. Et, s’il est certain que cette stratégie de subjectivation adoptée par Diogène s’organisait principalement autour du corps, elle subvertit l’idée d’un corps docile à être exploité (et méprisé) par les autres, et construit un corps de plaisir – ce qui suscite des

réactions moralisantes –, mais aussi un corps de douleur et de souffrance. Et, bien que cette stratégie ait provoqué de graves dommages et ait abouti à une situation d'intense souffrance psychique et à la constitution d'un corps marqué par la destructivité, il est nécessaire de rappeler, avec Roussillon (2015), que c'est la solution possible qu'a trouvée Diogène pour résister et organiser son existence.

VII. 7. Parcours thérapeutiques et positions subjectives dans le contexte du « dispositif du crack »

Le cas clinique de Diogène révèle de façon radicale la complexité de la clinique auprès des usagers de *crack* dans le contexte actuel au Brésil. Son parcours thérapeutique et ses positionnements subjectifs reflètent la scène contemporaine faite de paradoxes et de disputes thérapeutiques autour du *crack* : alors qu'il était hospitalisé dans une communauté thérapeutique, dont les stratégies de soin étaient fondées sur des présupposés moraux et religieux, et où l'abstinence était l'idéal thérapeutique absolu, Diogène était accompagné en même temps par le CAPS-AD¹⁷ dont la stratégie de traitement était basée sur la politique élargie de réduction des risques et sur les principes de la réforme psychiatrique.

Sur une période de trois ans, Diogène est passé par quatre hospitalisations en communauté thérapeutique, et en a sollicité plusieurs autres auxquelles il n'a pas été répondu immédiatement par l'équipe de soin, en vertu de tentatives de construction conjointe avec d'autres stratégies. Entre les hospitalisations, s'intercalaient des périodes d'errance dans la rue, pendant lesquelles il faisait un usage intensif et quotidien de *crack* et d'alcool. Quand la consommation atteignait un niveau critique et que sa santé physique et psychique étaient

¹⁷ Il faut souligner ici qu'à l'époque un accord, au niveau local, posait comme condition aux communautés thérapeutiques que, pour pouvoir bénéficier de financements de la part des pouvoirs publics, elles devaient acheminer les résidents vers un accompagnement biopsychosocial en CAPS-AD.

gravement dégradées et fragilisées, Diogène sollicitait le CAPS-AD pour une nouvelle hospitalisation. L'hospitalisation était pour lui l'unique possibilité qu'il parvenait à envisager, ce qui, outre la recherche de contention, de limites et contrôle externes, ainsi que d'une protection contre lui-même, révèle aussi l'introjection de l'idée largement diffusée selon laquelle, pour l'usager de *crack*, seule l'hospitalisation fonctionne.

Après quelques mois d'hospitalisation en contexte de privation de liberté, de précarité des conditions d'habitabilité, d'isolement et d'ennui¹⁸, quand sa santé physique s'améliorait, Diogène retournait dans la rue, et le cycle se répétait. Lors de ces retours dans la rue, la reprise de la consommation se faisait plus intense et destructive qu'auparavant, aggravée encore par les effets des discours véhiculés dans la communauté thérapeutique, principalement moralistes et culpabilisants, qui blâmaient le manque total de contrôle et d'autodétermination des sujets, et prêchaient l'abstinence absolue comme unique idéal thérapeutique ; discours accompagnés de l'idée d'échec et d'impuissance qui constituent l'envers de cet idéal, souvent difficile à atteindre.

Diogène se trouvait alors cerné entre les deux pôles extrêmes que sont l'abstinence absolue et la consommation intensive – le tout ou rien – et à chaque « rechute », ce mot imposait avec plus de force le sentiment d'échec et d'impuissance, le conduisant à des reprises de consommation plus graves, destructives et suicidaires. D'un côté, on peut affirmer, avec Assoun (2015a), que cette polarité exprime une idéologie intrinsèque tant à l'expérience de l'addiction qu'à ce qui se révèle à son issue, dans la « cure » : le caractère binaire et manichéiste – ou ténèbres, ou lumière ; ou déréliction, ou rédemption –, qui signe le « manque d'un maillon intermédiaire dialectique – trait de la défaillance fantasmatique » (Assoun, 2015, p. 96). D'un autre côté, cette polarité et cette rythmicité révèlent les

¹⁸ Les communautés thérapeutiques dans lesquelles Diogène a été hospitalisé, outre les réunions de prière et de *laborthérapie* (qui consiste plus en une « exploitation par le travail » qu'en une « thérapie par le travail »), n'étaient organisées sur aucune activité thérapeutique, sociale ou culturelle.

incidences subjectives des stratégies de traitement intensifiées et potentialisées par la panique morale et sociale associée à la question du *crack* : traitements moraux et hygiénistes, stratégies réductionnistes centrées sur l'abstinence, dans l'élimination de la subjectivité, des corps et de la citoyenneté des personnes qui consomment du *crack*.

Outre les symptômes d'abstinence et du *craving* intense, les énoncés prononcés par Diogène avaient aussi, au début du traitement, pour objet privilégié les pertes et atteintes liées à sa trajectoire d'usage des drogues : pertes financières et matérielles ; pertes de la capacité de travail et de production, fragilisation ou destruction des liens familiaux et affectifs ; pertes de « *dignité et de valeur* » ; impuissance, faiblesse et manque de contrôle. Dans ses récits, toutes les pertes et les torts subis étaient attribués uniquement aux « pouvoirs » absolus et destructeurs du *crack*. Il est important de souligner que, malgré une consommation d'alcool aussi massive que celle de *crack*, celle-ci passait inaperçue dans ses récits et interprétations – et, souvent, également au sein des équipes du CAPS –, le *crack* étant posé comme le protagoniste responsable de sa trajectoire de pertes, de conflits, de dégradations et de souffrances. Diogène se voyait comme un malade, « *impuissant face au crack* », qui l'avait transformé en un « *monstre* ».

On peut comprendre la position de Diogène au début de l'accompagnement au CAPS comme une désimplication subjective qui exprime une tendance à conférer à la drogue le pouvoir de décider, à sa place, de son rapport à la vie, à l'autre, à la mort, etc. (Assoun, 2015a). Et, en même temps, sa position révèle les incidences subjectives du « dispositif du *crack* » et la constitution d'une certaine « subjectivité crackeuse », faisant écho aux interprétations et récits dominants au sujet de cette drogue. On entend dans ses récits l'influence directe de la stratégie de traitement des communautés thérapeutiques, qui privilégie l'accentuation de la souffrance et les aspects douloureux de l'expérience de la

drogue, la reconnaissance de la perte de contrôle sur la consommation et le développement d'une identité de « dépendant en rémission ».

Comme je l'ai développé précédemment, il se détache du cas clinique de Diogène un processus d'engendrement, par le recours au toxique, d'un corps désancré du langage, d'une distanciation entre corps et parole. D'un point de vue clinique, il s'impose donc de rapprocher corps et parole, de favoriser le rétablissement de la coalition entre corps et langage, d'introduire ou de réintroduire un fil qui connecte pensée, corps et acte (Benhaïm, 2012). On peut considérer que la sociabilité créée dans la communauté thérapeutique, le partage des expériences et la philosophie des Alcooliques Anonymes à partir de la méthode des douze pas, vise, en un certain sens, à favoriser chez l'utilisateur de drogues la rencontre avec la parole et à engendrer cette rencontre entre corps et langage. Cependant, par ce moyen, quand le sujet rencontre la parole, c'est sous la forme d'un énoncé cristallisé dans des formules telles que « je souffre d'une maladie incurable », « je suis toxicomane », « je suis impuissant face à la drogue », « je suis un dépendant en rémission » (Nogueira Filho, 1999). Comme le souligne Rosa (2006), le toxicomane paie sa dette, de sa vie ou du sacrifice du nom. Sa réinsertion sociale « passe par la soumission dégradante, par le fait de se donner pour mort en se rebaptisant : 'je suis et je serai toujours toxicomane et je ferai les pas pré-déterminés ', preuve de sa servitude » (Rosa, 20016, p. 109)

Parallèlement au « traitement » entrepris dans la communauté thérapeutique, l'équipe du CAPS a cherché à mettre à disposition de Diogène un champ de création permanent du collectif et de nouvelles formes de sociabilité, dans un contexte dégagé de la morale, un contexte qui se constitue comme espace d'appartenance et de nouvelles possibilités de liens et d'expériences avec l'autre. En dépit de toutes les failles et problèmes qu'elle présente aussi, on peut affirmer que, tout comme un *Nebenmensch*, l'institution CAPS a rendu possible une certaine forme de rupture d'avec la trajectoire d'isolement et de déréliction dans

laquelle il se trouvait (forme qui, il est important de le rappeler, a également été offerte par les communautés thérapeutiques). Elle a permis une autre forme d'expérience du langage, en permettant la reconquête de sa puissance et de sa vitalité (sur ce point, il me semble que les expériences proposées par les CTs se rapprochent plutôt d'une capture et d'un encapsulage par le moyen du langage). Elle a permis un autre mode d'accès à soi-même et de résonance interne. Elle lui a offert la possibilité de conférer de nouvelles significations à son expérience avec l'altérité, et de la dénouer de la « toxicité » identifiée, dans une tentative de reconstruire sa structure d'adresse à l'autre. Enfin, elle l'a ouvert à la possibilité d'habiter et d'expérimenter sa souffrance, sans être complètement seul, sans nécessairement avoir recours à la drogue pour l'expulser de lui-même.

Dans cet espace d'écoute et de parole, d'établissement de liens, de possibilités de partager ses expériences avec le groupe et d'être contenu, le travail visait à déclencher des mouvements d'associations, à relancer les représentations et significations engluées et à soutenir la déconstruction de ces énoncés cristallisés, en brisant la consistance des trames discursives hégémoniques qui balisaient, en les réduisant, son appartenance et ses possibilités identificatoires. En somme, le travail thérapeutique ne visait pas à la suppression des habitudes de consommation et à l'idéal d'abstinence, mais à l'établissement des conditions qui permettent un repositionnement subjectif menant à une plus grande implication, à l'expérimentation de déterritorialisations successives d'une position subjective à une autre, pour permettre l'émergence du sujet et la prise de parole. Pour permettre l'émergence de Diogène, et non du « dépendant en rémission », du « drogué », du « *noia* », du « crackeur », du « monstre ».

J'ai également observé dans ce processus que la dimension du corps s'est révélée centrale pour Diogène. Si sa problématique reposait principalement sur le corps et la sensorialité, j'ai pu observer également, à l'écoute des mouvements dans ses récits, que c'est

par la dimension du corps que s'est opéré un déplacement de sa position subjective. Initialement, il donnait à voir un corps qui envahissait totalement l'espace de la parole, il ne parlait que des sensations d'urgence, d'abstinence et de *craving*. Progressivement, a émergé une parole qui a commencé à contourner, toucher, dire et habiter le corps, à le symboliser.

Diogène nous disait « *Tout en moi devient drogue dans mon corps* ». Par cet énoncé, il a déplacé sa problématique des « *pouvoirs* » destructeurs et diaboliques du *crack*, de son grand potentiel addictif et désorganisateur – position qui le rendait impuissant – pour le rediriger vers son propre corps, symbolisé et métaphorisé comme une « machine productrice de drogues », un corps perçu dans sa dimension d'appétence insatiable et tyrannique. Peu importe la substance qu'il s'introduisait, que ce soit le *crack*, l'*ibuprofène* ou la mort-aux-rats, elle était transformée par son corps, qui demandait *encore, encore et encore*. On observe ici une modification importante dans la forme par laquelle Diogène s'appropriait la drogue, dans les significations et interprétations qu'il a construites sur sa relation au *crack*. Comparer la puissance du *crack* à la puissance de l'*ibuprofène* – bien que ce soit une comparaison symbolique, sans rapport avec la réalité pharmacologique de ces deux substances – révèle, à mon sens, un acte important de subversion dans un contexte marqué par le « dispositif du *crack* », qui élève cette drogue à une place de substance surpuissante, face à laquelle la force des sujets est réduite à néant. Cette comparaison rompt avec le déterminisme pharmacologique qui caractérise les discours dominants sur le *crack* et peut être interprétée comme un pas initial vers la récupération d'une puissance propre.

Il apparaît ainsi que, par l'intermédiaire de la dimension du corps et de la possibilité offerte par le processus thérapeutique de le mettre en mots, de le métaphoriser et de le symboliser, il est parvenu à traverser la surface discursive dominante sur le *crack*, à percevoir sa relation à la drogue comme un acte singulier et à introduire des changements, encore qu'insuffisants, dans les flux et circuits de sa vie et dans sa manière de les expérimenter. Sa

bouche vide qui demandait *encore, encore et encore* de la substance, s'est peu à peu remplie de mots. C'est pendant cette période que Diogène a commencé à se déraciner d'une position subjective fixe et est entré dans un processus authentique et délicat de réflexion, d'élaboration et d'implication. Il a également engagé un travail de réaménagement des représentations et affects, a pu construire des sens nouveaux sur lui-même, sur son corps, sur la drogue, sur sa vie, sur son rapport à sa famille, à l'altérité et aux limites. Enfin, il a pu questionner sa nécessité d'hospitalisations répétées, et acquérir une plus grande mobilité physique et psychique.

Chapitre VIII : Corporalité, *crack*, et processus sociopolitiques

VIII. 1. Le corps de Diogène : *crack*, exclusions, vulnérabilités, violences et discours

La centralité et la prépondérance avec lesquelles le registre du corps émerge dans le cas clinique de Diogène s'imposent comme un problème important de cette investigation et m'ont conduite à approfondir la dimension de la corporalité et de la sensorialité dans les dynamiques d'usage abusif de *crack*, à partir d'une interrogation sur la dimension sociopolitique du corps.

L'analyse du cas clinique révèle que la corporalité spécifique mise en évidence par Diogène n'est pas une conséquence exclusive, simple et directe, de l'usage massif et continu de *crack* et d'alcool. Il ne s'agit pas non plus ici de nier les effets de l'ingestion continue de ces substances sur la corporalité, mais de les articuler à d'autres facteurs qui apparaissent également pertinents.

Comme je l'ai explicité dans l'analyse du cas clinique, Diogène présentait une prégnance de la dimension corporelle et un hyperinvestissement de l'exploitation de la

sensorialité par le recours à l'opération toxique. Aussi, son malaise, ses conflits, ses souffrances et impasses étaient exprimées principalement sur le mode de l'urgence physique de consommer de la drogue qui, selon sa propre compréhension, était déterminée par son corps, régulé par la consommation et le *craving*. J'ai montré que sa stratégie toxique reposait principalement sur la dimension de la corporalité et de la sensorialité, sur une certaine forme de régulation chimique du malaise directement sur le corps, signant une moindre médiation psychique, un renoncement aux voies psychiques comme moyen adéquat de décharge pulsionnelle et d'élaboration, et une fragilité des représentations, des formes symboliques et du langage.

Comme je l'ai développé dans le chapitre V, la précarité, l'exclusion et l'affaiblissement à la participation au lien social peuvent engendrer un retrait psychique et une « désertification des représentations », un raidissement graduel des possibilités de conflictualisation, d'anticipation et d'élaboration psychique, en établissant d'autres formes de nouage entre corps et parole, et une nouvelle relation du sujet à son économie somatique. J'ai également souligné que le corps devient le lieu privilégié de l'expression pulsionnelle en panne de représentations (Douville, 2012c) et qu'on observe une prépondérance de la dimension sensorielle et corporelle associée à une fragilité du langage et du travail psychique. En somme, il apparaît évident que, dans les spécificités de la dimension corporelle présentées par Diogène, aux effets de la consommation prolongée de *crack* s'articulent et s'enchevêtrent les incidences sur le corps et sur la subjectivité qui découlent des situations de vulnérabilité et d'exclusion – où les sujets sont rejetés aux confins du lien social et ne sont pas reconnus socialement en leur dignité de corps symbolique.

Il est important de souligner que je ne suppose ou ne prétends pas établir de liens de causalité ou d'antériorité entre, d'une part, les particularités du corps engendré par l'usage abusif et prolongé de *crack*, et, d'autre part, le statut et la valeur attribués au corps dans les

contextes sociopolitiques marqués par la précarité et l'exclusion ou les incidences sur la corporalité qui découlent de ces situations. Mon intérêt porte sur les articulations complexes, les imbrications et les potentialisations mutuelles entre ces différents éléments.

On peut observer, sous une forme toujours plus consistante dans le cas de Diogène, que l'organisation de sa subjectivité autour de la corporalité et les particularités engendrées par l'imbrication corps-psychisme sont inextricablement articulées à sa position sociale, ainsi qu'à la place et à la valeur attribuées aux corps et aux sujets en situation de précarité. Si, comme le montre Butler (2002), la constitution des corps dépend des forces sociales et politiques auxquelles ils sont exposés, des conditions dans lesquelles ils sont appréhendés, et des possibilités d'être reconnus et socialement légitimés, il apparaît que l'ancrage massif de l'existence de Diogène dans le corps converge avec la forme prédominante dont les sujets des classes les plus défavorisées sont appréhendés au Brésil, reconnus ou méprisés uniquement en tant que corps-organisme, force musculaire, sans affect, sans désir, sans capacités psychiques.

Face à la précarité et à l'appauvrissement des systèmes sociaux, le corps est ce qui reste au sujet, ce dont il peut se saisir comme une source de certitude (Tiburi & Dias, 2013 ; Le Breton, 2016). Ou comme le suggère encore Douville (2012c), le corps devient un des rares territoires du sujet, son unique « bien psychique ». En outre, si Diogène opérât une certaine désymbolisation de son corps par le biais de stratégies toxiques, il est nécessaire de rappeler que, dans les statuts et valeurs socialement attribués à son corps, il n'y a pas non plus reconnaissance d'un corps symbolique et légitime, mais d'un corps-organisme, un corps-force musculaire, et à la limite, un corps-déchet, un corps-abject, comme le propose Butler (2002 et 2009) et Rui (2014).

On comprend ainsi que le corps de Diogène est constitué et taillé par une histoire traversée par les vulnérabilités, par la fragilisation de son inscription dans le champ social,

par les violences (commises et subies) et les marginalisations, par les expériences de la rue et par les passages successifs en situations de privation de liberté, que ce soit en prison ou en hospitalisation en communautés thérapeutiques. Comme le montre Le Breton (2016b), dans les situations extrêmes et dans les expériences-limites de la prison, de la privation de liberté, de l'isolement, de la déportation, des camps de concentration – auxquels on peut ajouter la vie dans la rue et les situations de précarité extrêmes et l'exclusion –, le corps se donne à sentir avec une insistance et une exigence qui diffèrent considérablement de l'expérience corporelle du quotidien du sujet occidental. Il devient bruyant et très présent, ses incessantes pulsations ne passent pas sous silence et la conscience des sujets se concentre sur leur chair et leurs conditions corporelles, comme dans le cas de Diogène.

Une fois de plus avec Butler (2016), on peut affirmer que le corps engendré et mis en scène par Diogène est en lien avec la non reconnaissance de sa vulnérabilité constitutive et avec son exposition aux conditions de précarité sociopolitiquement induites. La constitution et la matérialité du corps de Diogène ont été conditionnées par l'exclusion de ce même corps, opérée par les cadrages normatifs qui définissent quels corps et quelles vies sont dignes de protection, de soutien, de subsistance et de deuil, et établissent alors quel type de vie est digne d'être vécue, digne d'être préservée, et digne d'être pleurée.

Le cas clinique de Diogène nous révèle donc que l'organisation sociopolitique, ses conflits et inégalités, les violences, ségrégations et abandons en lien avec certains segments de la société, ainsi que ses différents mécanismes de pouvoir et de domination, s'infiltrent à travers l'épaisseur vivante des sujets (Le Breton, 2016b) et, littéralement, sont incorporés et deviennent corps, sang, chair, sensations, pulsionnalité, « techniques corporelles », et usages divers du corps. Cependant, il est nécessaire de rappeler que les corps des sujets ne sont pas de simples objets passifs sans actions ni pouvoir, ne sont pas non plus de simples surfaces lisses sur lesquelles s'inscrivent les forces, injonctions et significations sociales.

L'analyse de la dissidence toxique mise en place par Diogène, en tant que stratégie de résistance à la trajectoire et à la place qui lui ont été socialement attribuées, en tant que refus d'un corps pour le profit d'autrui, et en tant que stratégie de subjectivation dans un contexte où domine un processus structurel de désobjectivation des individus, révèle au contraire que le corps souffre, est exposé, marqué, matérialisé et conditionné par les processus sociopolitiques et par les dynamiques de pouvoir ; mais en même temps, il répond, interagit, résiste et défie.

VIII. 2. *Crack*, corps et biopolitique : mêmes histoires ?

Analyser la dimension corporelle de Diogène dans son étroite connexion au contexte sociopolitique m'a conduite à une réflexion sur la problématique du corps par rapport à l'usage abusif de *crack*, à partir d'une perspective plus élargie, en l'étendant aux *mêmes histoires*. Il me semble que le plus intéressant pour cette réflexion est d'analyser la question de la corporalité à partir d'une perspective biopolitique, à partir de l'idée selon laquelle le corps est « directement plongé dans le champ politique » et que les relations de pouvoir et de domination « opèrent sur lui une prise immédiate ; ils l'investissent, le marquent, le dressent, le supplicient, l'astreignent à des travaux, l'obligent à des cérémonies, exigent de lui des signes » (Foucault, 1987, p. 29).

Comme le suggère Rui (2014), la relation extrême au *crack* est, en même temps, produite et productrice d'une corporalité marquée par l'abjection, qui n'est pas interprétée par l'auteur comme un attribut propre aux sujets mais comme un ensemble de perceptions controversées, symboliques et morales attribuées aux sujets par les autres, et principalement me semble-t-il, par les discours dominants qui caractérisent le « dispositif du *crack* ». C'est cette corporalité abjecte qui, selon Rui, (2014), radicalise l'altérité, évoque les limites

corporelles, sociales, spatiales, symboliques, et morales, et incarne un type social fondé sur l'exclusion, en stimulant également des types de gestions d'assistance et policières dont l'objectif est de le récupérer ou de l'éliminer.

On observe donc que nombre de discours, représentations, stratégies et interventions qui composent la trame du « dispositif du *crack* » réduisent les usagers non seulement à de simples corps, mais à des corps abjects et répulsifs. Et, en coexistant (ou en les menaçant ?) avec des stratégies basées sur les principes de la réforme psychiatrique, sur le modèle psychosocial d'attention et de soin, et sur la politique élargie de réduction des risques, on observe que ces stratégies morales, répressives, et hygiénistes pour traiter le phénomène du *crack*, qui gagnent toujours plus de terrain et de vigueur, interviennent principalement sur le corps, sur des sujets réduits à des corps. Dans une dynamique de pouvoir, de conflits et d'intérêts divers et complexes, ces stratégies investissent, marquent, dirigent, supplicient et assujettissent les corps (Foucault, 1987). Des corps ni reconnus comme corps symboliques, sensibles, subjectivés, ni comme corps légitimes. Et ces cibles et interventions se donnent soit dans la perspective d'un corps qui doit être simplement isolé, éloigné de la portée du *crack* et désintoxiqué (ce qui se manifeste dans l'idéal thérapeutique de l'abstinence et dans les logiques d'hospitalisation), soit dans la perspective plus radicale de l'expulsion, de la ségrégation ou de l'élimination.

C'est ce qui s'observe nettement et sans équivoque dans les interventions policières répressives et violentes dirigées contre les usagers de *crack*, ce qui ne veut pas dire que cela ne soit pas présent, de forme plus subtile, dans d'autres stratégies avec des intentions thérapeutiques et de soin. C'est ce qui a été observé en 2012, dans la *cracolândia* de São Paulo – lieu emblématique pour penser le phénomène du *crack* au Brésil, puisque tous les processus impliqués y sont radicalisés – qui fut la cible d'actions policières violentes contre les usagers de *crack*, réduits à des corps battus, détenus, contraints, et traités comme du bétail

afin d'être maîtrisés par l'épuisement corporel. C'est le corps, en dernière instance, qui subit la violence de la politique, de la morale, des intérêts du marché, des conflits, des marginalisations et des inégalités sociales. « C'est le corps-drogué qui surgit comme un reste historique de l'effondrement du sujet – corps-fissuré – tandis qu'il permet en même temps la permanence de l'être sujet : un paradoxal sujet désobjectivé, porteur de la fissure (Tiburi & Dias, 2013, p. 99).

Et c'est ce qui a malheureusement été observé une fois de plus le 21 mai 2017, peu de temps avant que je ne rédige ces élaborations, quand une énorme, truculente et spectaculaire opération policière, composée de plus de neuf cents policiers fortement armés et équipés de véhicules blindés, d'hélicoptères, de tireurs d'élite et de chiens, ont pris d'assaut la *cracolândia* de São Paulo et expulsé avec une extrême violence les personnes qui se trouvaient sur les lieux, sans leur proposer d'abri alternatif et en les contraignant à l'errance.

La méga-opération téméraire de 2017 a été suivie, dans les jours suivants, de rondes policières et de démolitions d'immeubles, dont la destruction, à la pelleuse, d'une pension encore occupée, qui a blessé trois personnes. De simples corps qui se trouvaient encore sur les lieux ; des corps illégitimes, corps de misère, corps indignes de protection et de soin face aux dents d'une pelleuse et à la démolition d'un mur, des corps indignes d'être pleurés, des corps indésirables.

Sans approfondir cette opération qui est encore en marche – et qui par conséquent n'est pas susceptible d'être adéquatement analysée et comprise – ces épisodes récents à la *cracolândia* de São Paulo m'ont conduit à penser qu'il y a bien des *mêmes histoires* qui se répètent. Mais peut-être ne consistent-elles pas simplement en des trajectoires et des histoires de vie de *personnages*, comme me l'affirmaient de nombreux patients du CAPS, mais en des processus enracinés de violence physique, symbolique et sociale à l'égard de certains segments de la société ; en ces profonds manquements, en l'abandon, l'hostilité, le mépris et

l'abjection dont sont victimes les usagers de *crack*, en la négation de leurs existences et en ce désir de les éliminer.

Conclusion : contours et spécificités de l'écoute, du positionnement et des interventions dans la clinique auprès des usagers de *crack*

Vient le moment de poser un regard rétrospectif sur les chemins et trajectoires parcourus dans cette recherche et d'en tirer quelques conclusions. Je privilégie ici la réflexion sur ses contributions en lien avec les contours et spécificités fondamentales de l'écoute, du positionnement et des interventions psychanalytiques dans la pratique auprès des usagers de *crack*, marqués par la marginalisation, les inégalités et les conflits sociaux, politiques et culturels.

Il est intéressant de noter que, si, pour cette recherche, j'ai pris l'option de définir des contours réduits et spécifiques, en circonscrivant mon objet d'étude et les problématiques à une drogue particulière – le *crack* –, il me semble qu'à ce point final de l'investigation, cette circonscription révèle un potentiel de transcendance et d'amplitude, dans la mesure où nombre des élaborations que je propose de suivre pour l'écoute et le positionnement cliniques auprès des usagers de *crack* peuvent également apparaître valides et pertinentes pour la clinique d'autres situations – situations dans lesquelles la souffrance, les impasses et les manifestations psychopathologiques des sujets sont significativement traversées par leurs positions dans l'organisation sociopolitique et marquées par la vulnérabilité et l'exclusion.

En reprenant la discussion présentée dans le chapitre IV sur l'ambivalence de la vulnérabilité linguistique (Butler, 2004), et sur le « pouvoir double » des mots, j'affirme leur puissance dans le champ de la clinique auprès des usagers de *crack* marqués et traversés par

les discours discriminatoires, stigmatisants, et homogénéisants, chargés de présupposés moraux et dominés par un lexique de diabolisation, de déshumanisation, d'abjection, d'impuissance, de manque de contrôle, et de dangerosité. Une idée assure un rôle fondamental dans cette réflexion et dans cette pratique clinique : celle selon laquelle la vulnérabilité linguistique et les discours violents et offensifs, en même temps qu'ils peuvent porter atteinte, blesser, humilier, exclure ou cristalliser les sujets dans des identifications rigides et dévalorisées, peuvent aussi se déployer en une « vulnérabilité habilitante », en une possibilité de résistance, de subversion, une possibilité de conférer de nouvelles significations, une possibilité de réappropriation subjective.

Cette idée permet d'envisager un positionnement clinique qui assume et reconnaît les formes intenses et variées de vulnérabilités, de privations et de violences auxquelles sont soumis les sujets, sans les fixer à une position de victime ou d'impuissance. Elle permet de reconnaître que les discours hégémoniques, violents et discriminatoires n'ont pas tant de succès et d'efficacité, et qu'il existe des lignes de faille et des possibilités de résistances et de puissance chez les sujets. Bien que la négation et la dévalorisation de leurs existences aient très fréquemment marqué la vie de ces sujets, il n'est pas possible de lutter contre cette négation et d'accepter le travail de les soigner ou de les traiter si elle est considérée comme totalement triomphante. « Notre clinique, rapporte Douville, est aussi et avant tout celle de la résistance du sujet » (2012c, p. 173). Et, face aux discours violents, discriminatoires et stigmatisants, et face à la puissance qu'ils ont de capturer les sujets (Butler, 2004), les cliniciens, dans leur positionnement, leur écoute et leurs interventions, n'ont pas d'autre choix que de les affronter et de chercher à les subvertir, à partir de l'ouverture que les discours eux-mêmes instituent.

Si la somme et l'articulation des discours médiatiques, médicaux, scientifiques, juridiques, politiques et religieux sur le *crack* acquièrent une grande force et consistance, en

modelant l'appartenance symbolique des sujets et en les reléguant à une étroitesse et à une pénurie de possibilités identificatoires, de positionnements subjectifs et de lien social, c'est, comme le propose Butler, sur l'ambivalence inhérente à ces discours que les stratégies cliniques doivent miser, en ce sens où elles doivent tenter d'extraire de la violence propre au langage les conditions de la puissance d'agir, les conditions de résistance, de réaménagements, et d'implication subjective que ce langage comporte.

Si le « dispositif du *crack* » implique un processus de désubjectivation et d'effacement des sujets, c'est en misant sur le pouvoir double du langage et sur ses capacités d'instituer et de destituer en même temps les sujets, de soigner et blesser, d'exclure et d'inclure, d'effacer et de créer, de déposséder et réappropriier, de cristalliser et transformer, que s'ouvrent et s'instaurent les possibilités d'un travail clinique qui dépasse la victimisation du sujet et reconnaît ses capacités de désirer, de résister, de créer, et de se transformer. C'est ce positionnement clinique qui va permettre la création d'un espace de potentialités et de résistance, de bouleversement, de ruptures et de subversion des discours hégémoniques, de déconstruction et de relance des identifications et significations cristallisées, de réappropriation, de repositionnement et d'implication subjective. C'est cela, à mon sens, la proposition qui doit être investie et la voie à explorer par l'écoute et les interventions cliniques psychanalytiques.

La méthode thérapeutique psychanalytique, basée sur l'exercice de l'écoute et du récit, a la potentialité de récupérer la vitalité et l'ambivalence du langage. « Le langage est vivant, affirme Butler, quand il ne cherche pas à 'renfermer' ou à 'saisir' [*'encapsulate' or 'capture'*] les événements et les vies qu'il décrit » (Butler, 2004, p. 29). Et, quand il cherche à effectuer cette capture, non seulement le langage perd sa vitalité, mais acquiert une force violente. Il s'agit donc, à partir de la relation thérapeutique, de désarticuler et de libérer le

langage des discours dominants sur le *crack*, en lui restituant sa vitalité et sa potentialité transformatrice, en réduisant sa force violente.

Il est important de relever que la psychanalyse peut rappeler, dans les contextes de précarité, de vulnérabilité et d'exclusion, que le sujet découle de la parole et peut encore proposer une alternative à l'angoisse massive engendrée par l'idée d'un déterminisme social sans possibilités de transformation, idée très répandue chez les sujets impliqués eux-mêmes et chez les professionnels soignants et d'assistance (Benhaïm, 2012). Parler avec le sujet et l'écouter lui permet de témoigner de sa propre expérience subjective et révèle son rapport au langage.

L'idée de détresse radicale (*Hilflosigkeit*) et de vulnérabilité essentielle à la condition humaine développée dans le chapitre IV apparaît fertile pour penser le positionnement clinique face à la vulnérabilité sociopolitiquement induite et discursive. La précarité et l'exclusion extrêmes, ainsi que leurs incidences subjectives, induisent des effets de fascination et de sidération. Et, comme l'ont fait remarquer Douville (2012a) et Benhaïm (2012), les cliniciens, qui ont « à [leur] disposition quelques repères en matière d'*Hilflosigkeit* » (Benhaïm, 2012, p. 159) – cette détresse qui livre le nouveau-né au chaos et à l'annihilation si personne n'est à ses côtés pour l'écouter, supposer et interpréter ce qui peut constituer un soutien en termes de soins relatifs aux fonctions corporelles et psychiques – doivent se déprendre de ces effets et de leurs risques, en faisant de cette vulnérabilité extrême la base même de la réflexion sur la pratique clinique.

Comme le souligne Roussillon (2005), un aspect remarquable de la pratique et du positionnement cliniques face à ces situations extrêmes de la subjectivité est que le sujet ne peut pas élaborer ou « traiter » seul ses incidences et impacts parfois traumatiques. De la sorte, toutes proportions gardées, il est possible de rapprocher le positionnement clinique en situation de vulnérabilité et d'exclusion de la position du *Nebenmensch*, l'être secourable.

Ainsi, tout comme l'intervention du *Nebenmensch* est la condition incontournable pour que le nouveau-né puisse sortir de la situation de douleur, de souffrance, de malaise qui l'envahit, l'intervention d'une autre personne est nécessaire pour l'élaboration de l'état de solitude, de mise sous silence, de déréliction, de chaos et de risques d'annihilation qui peut atteindre les sujets en situation d'extrême précarité. C'est l'autre, représenté par le clinicien, et la dimension d'attention et de socialisation dont il est porteur, qui rendent possible que la douleur et l'état de panne, ainsi que la désorganisation et l'impossibilité de signification qu'ils impliquent, soient transformés en une souffrance susceptible d'être expérimentée, habitée, recouverte de sens et élaborée.

En outre, tout comme le *Nebenmensch* porte le nouveau-né en direction du langage, du symbolique et de l'extériorité, l'autre du clinicien, dans l'expérience du langage qu'il réinstalle pour le sujet, peut constituer cet espace de résonance subjective qui rend possible la reconstitution d'une structure d'adresse à l'autre (Schneider, 2011) et peut redonner l'élan en direction d'une inscription dans le social. Dans les situations de précarité et d'exclusion extrême, le travail clinique doit constamment privilégier cette reconstruction d'une « appétence au lien », car dans le cas contraire, toute solution forcée et plaquée de « réinsertion sociale » fait courir le risque de s'épuiser et d'échouer (Douville, 2012a).

Face à la désarticulation entre corps, langage et acte qui peut atteindre les sujets en situation de précarité et vulnérabilité extrêmes, ou dans les situations d'usage abusif de drogues, émerge l'importance d'une position clinique qui mise sur la possibilité que le corps du sujet se laisse atteindre par un discours, que la parole rencontre un corps qui soit encore ou à nouveau sensible au langage, en rétablissant un fil qui connecte corps, langage et acte (Benhaïm, 2012). La rencontre psychanalytique doit permettre que s'élaborent de nouvelles significations sur la rencontre subjective elle-même, et permettre le réinvestissement du corps et du monde dans lequel il s'insère.

La relation clinique, à partir de la lente et laborieuse construction d'une forme de lien où le psychanalyste accepte de se faire le lieu d'une adresse, peut produire le transfert – cet espace susceptible de rétablir les conditions de symbolisation et de conflictualisation psychique, de mettre en mouvement les représentations, les affects et les identifications, et d'engendrer de nouvelles significations, ainsi qu'une forme de traduction d'une « jouissance débordante à une économie langagière signifiante » (Benhaïm, 2012, p. 150).

La possibilité de mettre en récit, établie par le lien transférentiel, peut, comme le souligne Douville (2012b), reconstituer et adresser de nouveau le langage et les mots qui, pour avoir perdu attribution et résidence, se répètent sans adresse, privés d'un lieu où ils pourraient se modifier et se transmettre. Par conséquent, dans les situations de vulnérabilité et d'exclusion, la proximité transférentielle – ce support d'une adresse qui présuppose un regard et une voix qui signifient et légitiment l'existence d'un sujet dont le sentiment d'appartenance à l'humanité a été gravement atteint ou ébranlé – a le potentiel de « réinsuffler » la vie, le mouvement et le lien social (Benhaïm, 2012).

Il est essentiel de considérer la place de paria et de déchet souvent attribuée à ces sujets dans la structure sociale, et de comprendre comment eux-mêmes se positionnent, s'organisent et s'identifient face à cette place. Scruter l'humanité au-delà de l'apparence de déchet, c'est aussi rendre possible que le sujet se voie comme tel, par-delà son destin d'expurgé et de déchet (Benhaïm, 2012).

Enfin, si l'expérience clinique en situations extrêmes de vulnérabilité et d'exclusion confronte fréquemment les psychanalystes à la déconstruction des processus, des modèles et des idéaux thérapeutiques, à des difficultés qui paraissent insurmontables et à des sentiments d'impuissance, il est nécessaire de rappeler qu'ils ne sont pas totalement dépourvus de références. Comme l'a souligné Douville (2012a), il est certain que notre relation à la théorie et les liens que nous maintenons à nos modèles, à notre connaissance et à notre savoir-faire,

sont perturbés, ce qui peut inquiéter et rediriger notre pensée et notre action vers une rationalité plus opérante et fondée sur le régime de la concrétude et de l'urgence. Néanmoins, c'est cette perturbation elle-même qui ouvre aussi la possibilité de se « munir d'un appareil à penser » et de faire en sorte que nos théories et concepts soient interrogés, déplacés et transformés, sans céder toutefois à la « facilité romanesque et aliénante de l'athéorisme » (Douville, 2012, p. 6).

Ce sont ces perturbations, crises, difficultés et inquiétudes qui m'ont conduite à entreprendre ce travail de thèse ; qui m'ont conduite à interroger profondément mon expérience clinique, dans une recherche de sens, de significations, de références, m'ouvrant à de nouvelles possibilités cliniques ; qui m'ont menée, enfin, à scruter et à explorer l'arrière-plan théorique psychanalytique à partir d'autres entrées, voies et articulations, en réaffirmant son ouverture et sa force, non seulement pour la complexe clinique auprès des usagers de *crack*, mais aussi pour d'autres champs cliniques largement traversés par les processus, conflits et inégalités sociopolitiques. Et cette trajectoire m'a permis de comprendre plus clairement, plus densément, et avec une complexité croissante, qu'en dépit de toutes les difficultés, impasses et limitations, il est possible, comme l'a souligné Rosa (2016), d'entrevoir, même dans les situations les plus défavorables et apparemment sans espoir, l'effet structurant et organisateur de l'écoute psychanalytique, ainsi que sa puissance de subversion, de résistance, de transformation et de création.



**Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Clínica e Cultura**

**Université Sorbonne Paris Cité
Université Paris Diderot
École Doctorale Recherches en
Psychanalyse et Psychopathologie**

**Crack: substância, corpos, dispositivo e vulnerabilidades.
A psicanálise e a prática clínico-institucional com usuários de crack.**

**Crack: substance, corps, dispositif et vulnérabilités.
La psychanalyse et la pratique clinique et institutionnelle avec des usagers
de crack.**

IARA FLOR RICHWIN FERREIRA

Brasília

2017

Crack: substância, corpos, dispositivo e vulnerabilidades.

A psicanálise e a prática clínico-institucional com usuários de crack.

Crack: substance, corps, dispositif et vulnérabilités.

La psychanalyse et la pratique clinique et institutionnelle avec des usagers de crack.

Iara Flor Richwin Ferreira

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília – IP/UnB em cotutela com a École Doctorale Recherches en Psychanalyse et Psychopathologie da Université Paris Diderot, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Orientadores:

Prof. Dr. Luiz Augusto Monnerat Celes (UnB)

Profa. Dra. Cristina Lindenmeyer (Paris 7)

Brasília

2017

**Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Clínica e Cultura**

**Université Sorbonne Paris Cité
Université Paris Diderot
École Doctorale Recherches en
Psychanalyse et Psychopathologie**

Tese de Doutorado intitulada *Crack: substância, corpos, dispositivo e vulnerabilidades – A Psicanálise e a prática clínico-institucional com usuários de crack*, de autoria da doutoranda Iara Flor Richwin Ferreira, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Dr. Luiz Augusto Monnerat Celes (Presidente e orientador/Universidade de Brasília)

Profª. Dra. Cristina Lindenmeyer (Orientadora em cotutela/Universidade Paris Diderot)

Profª. Dra. Miriam Rosa Debieux (Universidade de São Paulo)

Profª. Dra. Andrea Donatti Gallassi (Universidade de Brasília)

Profª. Dra. Maria Inês Gandolfo Conceição (Universidade de Brasília)

Profª. Dra. Estela Ribeiro Versiani (Suplente/Escola Superior de Ciências da Saúde/DF)

Brasília

2017

À memória de meu pai, José Ferreira, que, desde muito cedo, me ofereceu o exemplo de um olhar crítico e singular sobre o uso de drogas.

Aos “meninos” do socioeducativo e aos usuários do CAPS-AD, que me transformaram como clínica e incitaram meu desejo de aproximação e compreensão de uma realidade permeada de contradições, conflitos, violências e sofrimentos, mas também de vida pulsante e resistência. A eles devo a motivação e o fôlego que sustentaram este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Luiz Augusto M. Celes, presente desde o início de minha formação na UnB e um dos responsáveis pelo despertar de meu interesse pela psicanálise, agradeço suas instigantes aulas – da graduação ao doutorado –, os contínuos aprendizados e as ricas discussões ao longo de todos esses anos. Agradeço especialmente sua disponibilidade e atenção na orientação; as leituras cuidadosas, os comentários e sugestões; a confiança e o respeito por minhas escolhas; e a generosidade e gentileza com que conduziu todo o processo.

À professora Cristina Lindenmeyer, agradeço por ter aceitado participar do acordo de cotutela entre a Universidade de Brasília e a Universidade Paris Diderot e orientar esta tese no âmbito da universidade francesa. Sua orientação, suas sugestões de leitura e seus comentários abriram novas e importantes perspectivas para o desenvolvimento desta tese.

À professora Miriam Debieux Rosa, agradeço sua solicitude e generosidade quando se disponibilizou para conversar sobre minha pesquisa em Paris. As discussões que ela proporcionou naquele momento tiveram um papel fundamental e organizador para este trabalho. Além disso, aproximar-me de seus trabalhos de pesquisa e de suas produções sobre a “abordagem psicanalítica clínico-política” e sobre a “dimensão sociopolítica do sofrimento” proporcionou-me imenso aprendizado e marcou profundamente a construção desta tese. Sou muito grata à sua participação em meu exame de qualificação; seus comentários e contribuições me apontaram importantes caminhos e me deram confiança para seguir.

Agradeço à professora Maria Inês Gandolfo Conceição pela aproximação com meu trabalho ainda na disciplina “Redação de Artigo Científico”, quando ela fez cuidadosas leituras de partes desta tese e me deu importantes retornos sobre o texto. Agradeço-a pela participação em meu exame de qualificação e por suas críticas e comentários valiosos.

Agradeço de forma especial o seu olhar sobre as questões desenvolvidas nesta tese que, por ser em certa medida deslocado da principal perspectiva teórica adotada – a psicanálise –, exerceu uma importante função de alteridade e me fez acreditar na possibilidade de abertura e amplitude deste trabalho para o debate e discussão com outros campos e abordagens teóricas.

Às professoras Cristina Lindenmeyer, Miriam Debieux Rosa, Maria Inês Gandolfo Conceição, Andrea Donatti Gallassi e Estela Ribeiro Versiani, agradeço por terem aceitado compor a banca examinadora de minha defesa de tese e pela disponibilidade para a leitura e o diálogo, que me possibilitarão aprender e aprimorar o trabalho.

Agradeço a todos os professores do Departamento de Psicologia Clínica/IP da Universidade de Brasília pela rica formação acadêmica que me foi proporcionada. Particularmente, agradeço à professora Daniela Scheinkman Chatelard por todas as trocas e aprendizados, por sua doçura na transmissão e pelo auxílio que ela me prestou na organização de minha experiência internacional, desde contatos na França até os procedimentos burocráticos para a sistematização e validação da convenção de cotutela. Agradeço igualmente à professora Eliana Rigotto Lazarini, que também foi de grande ajuda nesse processo de organização da cotutela. Expresso, ainda, meu agradecimento especial à professora Valeska Zanello, cuja disciplina “Gênero, Psicopatologia e Psiquiatria” aguçou meu olhar e escuta clínica para questões fundamentais e, ainda que aparentemente distante, abriu importantes caminhos e perspectivas e enriqueceu minha pesquisa e a tessitura deste trabalho.

A experiência de um ano em cotutela internacional na universidade Paris Diderot – Paris 7 deu novo alento à minha trajetória de pesquisa e transformou radicalmente a construção desta tese. Agradeço aos professores da *École Doctorale Recherches en Psychanalyse et Psychopathologie* pelo imenso aprendizado no campo da psicanálise –

principalmente em sua articulação com questões sociais e políticas; pela descoberta de novas formas de explorar o arcabouço teórico-clínico psicanalítico; e pelo amadurecimento que alcancei no que se refere à metodologia e epistemologia das pesquisas em psicanálise.

Ao longo desse ano na universidade Paris Diderot, também tive o privilégio de poder participar da especialização *Addictions: clinique des risques et dépendances*, cujas contribuições para esta tese são inestimáveis. Agradeço aos colegas e a todos os professores que aportaram diferentes abordagens e perspectivas sobre a clínica com usuários de drogas. Agradeço especialmente ao professor Éric Toubiana, responsável pela especialização e dono de um olhar singular e potente sobre a clínica das toxicomanias. Registro também meu agradecimento especial à Dra. Françoise Blanadet, responsável pelas supervisões clínicas, sem as quais o estudo do caso clínico apresentado nesta tese não seria o mesmo e restaria empobrecido. Aos dois, agradeço pelos comentários e contribuições sobre o meu trabalho final apresentado no curso, que teve uma função germinativa fundamental para esta tese.

O tempo passado em Paris me presenteou ainda com a amizade da querida Lorenza Biancarelli que, em outro canto do mundo, se dedica a um tema de pesquisa muito próximo ao meu. Além de um grande prazer, nossas conversas e o partilhar de nossas interrogações, reflexões, escritas, descobertas e angústias sobre a questão do crack no Brasil foram estimulantes e estruturantes para a elaboração desta tese. Agradeço à Lorenza o imenso aprendizado que essa aproximação me proporcionou, suas sugestões de leitura, seus relatos sobre o trabalho de campo que faz na cracolândia de São Paulo, seus comentários sobre o meu trabalho e suas reflexões pujantes e instigantes, que impulsionavam as minhas. Agradeço também sua ajuda com as exigências administrativas da *École Doctorale* para a organização da defesa de tese em cotutela. À Rosana Alves Costa, outra amizade feita em Paris, agradeço a companhia nas aulas e seminários e seu ânimo e disposição infindáveis para novos projetos e articulações. Agradeço às duas – Lorenza e Rosana – os trabalhos que iniciamos juntas e os

que ficaram só na ideia, as visitas aos serviços e instituições de atenção e cuidado para usuários de drogas em Paris e a aproximação com a associação *Espoir Goutte d'Or*.

Agradeço à Secretaria de Estado de Políticas para Crianças, Adolescentes e Juventude do Governo do Distrito Federal por ter me concedido o afastamento remunerado para realização do doutorado. Aos colegas do sistema socioeducativo, agradeço pela parceria e pelo apoio.

Aos colegas do CAPS também agradeço o apoio que me deram para a realização do doutorado e, principalmente, o compartilhar dessa experiência clínica tão complexa, difícil e desafiadora quanto apaixonante e gratificante. As trocas, intervisões e discussões de casos clínicos com a equipe foram muito importantes para esta pesquisa. Especialmente, agradeço ao querido amigo Tiago Miranda, parceiro na condução do Grupo de Psicoterapia, que vivenciou junto comigo muito do que foi aqui relatado e grande parte das indagações, inquietações e impasses que alimentaram e estruturaram esta pesquisa. A possibilidade de dividir e discutir com ele tanto a experiência clínica que ensejou este trabalho quanto os meandros e percursos da pesquisa em seus diferentes momentos foi muito enriquecedora e estou certa de que seu olhar melhorou o meu. Agradeço muito sua generosidade e sua paciência incansável na leitura atenta e cuidadosa de cada parte desta tese em suas diferentes fases e versões, dando-me retornos e pontuações que foram essenciais para o processo de escrita.

Aos amigos que estiveram próximos ao longo do doutorado, agradeço as alegrias, as risadas, os afetos, as músicas (Gui e Henrique!) e as escapadas dessa solidão inerente ao processo de escrita. Peti, obrigada também pelo carinho de sua amizade, pela parceria e pela companhia de biblioteca central. Carlos, companheiro de biblioteca e da vida na França, obrigada por estar perto, pelas conversas e pela leitura do material apresentado na

qualificação. Roger, obrigada por seu amor transbordante e por também ter lido atenciosamente esse material. Aos dois, agradeço demais os comentários e o entusiasmo demonstrado com relação ao meu trabalho, que me deram mais segurança e muita vontade de continuar. À Maria Paula, agradeço pelas boas conversas sobre drogas, comunidades terapêuticas, CAPS, modelos de tratamento... Foi uma honra poder falar de meu trabalho com ela.

À minha família, obrigada pelo apoio, pelo amor, pelas brincadeiras, pelos deliciosos momentos juntos e por compreenderem – não sem ironia – as minhas ausências. À minha mãe, Else, agradeço seu carinho e seu cuidado sem fim, seu jeito terno de me compreender e me incentivar e seu amor enorme que é tão bonito. Cristóvão, obrigada pela presença, pela paciência e pelo cuidado. À Isadora, ao Igor e ao Moreno – meus queridos irmãos –, e ao Fabiano, à Nathali e à Isabella – meus queridos cunhados – agradeço por tornarem minha vida mais gostosa e divertida e por me ensinarem a rir e caçoar de mim mesma. À Isadora, agradeço ainda e imensamente pela revisão paciente e cuidadosa que fez do texto.

Ao Beto, companheiro amado dessa travessia pela vida, minha gratidão enorme, ampla e vasta, pois é difícil enumerar os muitos motivos que tenho para lhe dizer obrigada. Beto foi exemplo, inspiração e motivação para começar. Foi amparo, força, leveza, amor e cuidado no meio do caminho, para o qual ele me ensinou a olhar com paciência e confiança. Foi calma e mansidão no desespero e na irascibilidade. Foi vontade de insistir, vontade de prosseguir e, também, vontade de concluir. Foi um leitor e interlocutor imprescindível na construção desta tese. Foi uma grande alegria e um sorriso aberto no caminho inteiro. Obrigada pela enorme paciência, pelo amor, por ter se interessado e se aproximado do meu trabalho com tanto carinho, abertura e disposição. Obrigada por me ajudar a encontrar e construir sentidos, quando estes se fizeram necessários para apaziguar e orientar; e obrigada por me ajudar a subvertê-los e implodi-los, quando muito consistentes e opressores.

RESUMO

Esta pesquisa origina-se em minha experiência clínico-institucional no campo das drogas e tem como problema central um questionamento sobre a prática psicanalítica com usuários de crack em situações de precariedade, vulnerabilidade e exclusão. O objetivo principal consiste em examinar os processos subjetivos relacionados ao uso problemático de crack, em suas dimensões psíquicas, corporais, sociopolíticas e culturais. Proponho a noção de “dispositivo do crack” para examinar e refletir sobre a rede de discursos, interpretações, intervenções, estratégias, atenção e cuidado que se conforma em torno do fenômeno do crack na contemporaneidade brasileira. Essa noção permitiu destacar o campo biopolítico no qual se inscreve o problema do crack e o entrecruzamento e co-sustentação entre as relações de poder e saber sobre essa droga. Em uma articulação do campo sociopolítico ao campo subjetivo, a noção de “dispositivo do crack” revelou ainda os processos de subjetivação e dessubjetivação implicados. A análise dos potenciais efeitos e incidências subjetivas decorrentes das situações de exclusão e vulnerabilidades múltiplas que atingem a maioria dos usuários de crack no Brasil possibilitou identificar sua estreita articulação com o uso abusivo dessa droga, tanto no que diz respeito aos efeitos desse uso prolongado, quanto no que se refere à constituição de uma determinada conjuntura subjetiva em que o uso de crack pode ser interpretado como uma “estratégia de sobrevivência” diante de “situações extremas da subjetividade”. A análise de um caso clínico mostrou que a estratégia tóxica do paciente estava estreitamente articulada ao seu contexto de precariedade e marginalização e tornou explícitos os efeitos e desdobramentos do “dispositivo do crack” na dimensão da singularidade de um sujeito e de seu posicionamento subjetivo. A análise do caso clínico contribuiu ainda com um questionamento e reflexão sobre o corpo e o uso abusivo de crack e explicitou que, de forma associada ao uso prolongado da substância, os processos sociopolíticos, as dinâmicas de poder, os discursos hegemônicos e as desigualdades e marginalizações atravessam, marcam e condicionam a própria materialidade e a pulsionalidade dos corpos. Essa questão da corporalidade conjuga, condensa e permite a emergência de diferentes dimensões que se emaranham na complexidade do fenômeno do crack e que foram abordadas ao longo desta tese: a potência da substância química e seus efeitos sobre o corpo e sobre a subjetividade; as questões subjetivas e singulares; as dinâmicas pulsionais; as determinações e processos sociopolíticos; as situações de vulnerabilidade e exclusão; as representações e discursos dominantes; e as estratégias e intervenções acionadas para lidar com a questão. Por fim, destaco os contornos e especificidades fundamentais da escuta, do posicionamento clínico e das intervenções psicanalíticas na clínica com usuários de crack atravessados e marcados pelas situações de precariedade e exclusão.

Palavras-chave: crack; psicanálise; vulnerabilidade e exclusão; dispositivo; corpo

ABSTRACT

Crack: substance, bodies, dispositive, and vulnerabilities – Psychoanalysis and clinical-institutional practice with crack users

The research draws from my clinical-institutional experience in the field of drugs and it is centered on a reflection about the practice of psychoanalysis with crack users in situation of precariousness, vulnerability, and exclusion. My main goal is to examine the subjective processes related to the problematic uses of crack, in their psychical, corporeal, sociopolitical, and cultural dimensions. I propose the notion of "crack dispositif" in order to examine and reflect upon the network of discourses, interpretations, interventions, strategies, attention, and care, which takes shape around the crack phenomenon in contemporary Brazil. Such notion allowed me to call attention to the biopolitical field in which the crack problem is embedded, and the interweaving and mutually supportive relations between power and knowledge about the drug. By articulating the sociopolitical field to the subjective field, the notion of "crack dispositif " also revealed the processes of subjectification and desubjectification there implied. The analysis of the potential subjective effects and incidences resulting from the situations of exclusion and multiple vulnerabilities that characterize the majority of crack users in Brazil allowed for the identification of its tight connection to crack abuse. Exclusion and vulnerability are deeply articulated with long-term use of crack (and its related effects), as well as with the constitution of a subjective conjuncture in which the use of crack can be interpreted as a "survival strategy" in the face of "extreme situations of subjectivity". The construction and analysis of a clinical case indicated that the patient's toxic strategy is tightly linked to his context of precariousness and marginalization. The case made explicit the effects of the "crack dispositif " in the singularity dimension of the subject and its subjective positioning. The analysis of the clinical case also contributed to a reflection about corporality and crack abuse. This reflection emphasized that sociopolitical processes, power dynamics, hegemonic discourses, inequalities and marginalizations permeate and condition the very materiality of bodies and their drives. A focus on the body conjugates and allows for the emergence of the different dimensions intertwined in the complex phenomenon of crack: the potency of the chemical substance and its effects over body and subjectivity; the subjective and singular issues; the dynamics of drives; the sociopolitical determinations and processes; the situations of vulnerability and exclusion; the strategies and interventions mobilized; and the dominant discourses. At last, I call attention to the fundamental specificities of the psychoanalytical listening, clinical positioning, and interventions in the clinic of crack users.

keywords: crack; psychoanalysis; vulnerability and exclusion; dispositif; body

RÉSUMÉ

Crack: substance, corps, dispositif et vulnérabilités – La psychanalyse et la pratique clinique et institutionnelle avec des usagers de crack.

Cette recherche découle de mon expérience clinique et institutionnelle dans le domaine des drogues. La problématique centrale s'appuie sur un questionnement sur la pratique psychanalytique avec des usagers de crack en situation de précarité, vulnérabilité et exclusion. L'objectif principal est d'examiner les processus subjectifs liés à l'usage problématique de crack, dans ses dimensions psychiques, corporelles, socio-politiques et culturelles. Je propose la notion de « dispositif du crack » pour examiner et réfléchir sur la trame des discours, interprétations, interventions, stratégies et soins tissée autour du phénomène du crack dans la contemporanéité brésilienne. Cette notion a mis en évidence le champ biopolitique dans lequel le problème du crack s'inscrit et l'entrecroisement entre les relations de pouvoir et de savoir sur cette drogue. En promouvant un rapprochement entre le domaine socio-politique et le domaine subjectif, la notion de « dispositif du crack » a également mis en évidence les processus de subjectivation et désobjectivation impliqués. L'analyse des potentiels effets et incidences subjectives résultants des situations d'exclusion et vulnérabilités multiples qui touchent la majorité des usagers de crack au Brésil a montré leur étroite articulation avec l'usage abusif de cette drogue, en ce qui concerne aussi bien les effets de cet usage prolongé que la constitution d'une certaine conjoncture subjective où l'usage de crack peut être interprété comme une « stratégie de survie » face à des « situations extrêmes de la subjectivité ». L'analyse d'un cas clinique a révélé que la stratégie toxique du patient était étroitement liée à son contexte de précarité et marginalisation et a explicité aussi les effets et les déploiements du « dispositif du crack » dans la dimension de la singularité du sujet et de son positionnement subjectif. L'analyse du cas clinique a également contribué apportant un questionnement et une réflexion sur la question du corps et l'usage abusif de crack, en révélant que, de manière associée à l'usage prolongé de cette substance, les processus sociopolitiques, les dynamiques de pouvoir, les discours hégémoniques et les inégalités et marginalisations s'infiltrèrent, marquent et conditionent la pulsionnalité et la matérialité même des corps. Cette question de la corporalité conjugue, condense et permet l'émergence des différentes dimensions qui s'entrelacent dans la complexité du phénomène du crack et qui ont été abordées tout au long de cette thèse : la puissance de la substance chimique et ses effets sur le corps et sur la subjectivité ; les questions subjectives et singulières ; les dynamiques pulsionnelles ; les déterminations et les processus socio-politiques ; les situations de précarité, vulnérabilité et exclusion ; les représentations et discours dominants ; et les stratégies et interventions mises en marche pour faire face à la question. Finalement, je présente les contours et les caractéristiques fondamentales de l'écoute, de la position clinique et des interventions psychanalytiques dans la clinique avec des usagers de crack traversés et marqués par des situations de précarité et exclusion.

Mots-clés: crack; psychanalyse; vulnérabilité et exclusion; dispositif; corps

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO: da prática clínica à problemática de pesquisa.....	128
Organização da tese: <i>É sempre a mesma história, só muda o personagem</i>	138

PARTE I:

A MESMA HISTÓRIA: A INSCRIÇÃO SOCIAL, POLÍTICA E CULTURAL DO CRACK NO BRASIL

Capítulo I: Dimensões históricas, sociais e culturais do crack no Brasil.....	146
I.1 Do champanhe das drogas à droga dos pobres.....	146
I.2. A <i>população usuária de crack</i> no Brasil e a suposta “epidemia”	151
I.3. O uso de crack e as situações de precariedade, vulnerabilidade e exclusão social	156
I.4. Precariedade e sujeito “sem nada”: esboços para um posicionamento clínico frente a situações de vulnerabilidade e marginalização social	160
Capítulo II: O dispositivo do crack	168
II.1. Os discursos, imagens e representações dominantes sobre o crack e o usuário ...	169
II.2. O campo de intervenções, atenção e cuidado aos usuários de crack: paradoxos e disputas políticas e terapêuticas.....	177
II.2.1. A estratégia de redução de danos, os CAPS-AD e o modo psicossocial de atenção e cuidado em saúde mental.....	182
II.2.2 As Comunidades Terapêuticas.....	184
II.3. As dimensões do saber, poder e subjetivação no dispositivo do crack.....	187

PARTE II:

PRECARIEDADE, VULNERABILIDADE E EXCLUSÃO SOCIAL: PERSPECTIVAS PSICANALÍTICAS

Capítulo III: A psicanálise e o campo social, histórico, político e cultural.....	210
III.1. A amplitude e a abertura da psicanálise para a clínica com sujeitos situados precariamente no campo social	210
III.2. O trajeto freudiano do sujeito singular à civilização (<i>Kultur</i>): a dimensão coletiva, sociopolítica e cultural da constituição subjetiva e dos sintomas e manifestações psicopatológicas	213
Capítulo IV: Uma leitura psicanalítica da precariedade e da vulnerabilidade	223
IV. 1. O desamparo radical: precariedade e vulnerabilidade estruturais e constitutivas	224
IV. 2. Condições precárias e vulnerabilidade sociopoliticamente induzidas	234
IV. 3. Vulnerabilidade linguística, desamparo discursivo.....	242
Capítulo V: Incidências subjetivas das situações de precariedade, vulnerabilidade e exclusão e o uso problemático de crack	250
V.1. “Desumanização da vida cotidiana”: incidências subjetivas da precariedade e vulnerabilidade sociopolíticas e discursivas.....	251
V. 2. Crack, vulnerabilidades e exclusão social: intrincamentos subjetivos, “estratégias de sobrevivência” e <i>pharmakon</i>	266

PARTE III

DIÓGENES: UM PERSONAGEM

Capítulo VI: Lugar e função do caso clínico na pesquisa	275
VI. 1. O caso clínico na pesquisa: problematização, reflexão, resistência e política	275
VI. 2. Diógenes: Um caso de pesquisa portador de uma questão sobre o corpo.....	285
Capítulo VII: Diógenes e seu “corpo fabricante de drogas”	291
VII. 1. Apresentação clínica	291

VII. 2. Corpo e sensorialidade: dinâmicas pulsionais	296
VII. 3. Apetência insaciável: “ <i>Tudo que eu tomo vira droga dentro do meu corpo. Me dá vontade de mais, mais, mais...</i> ”	302
VII. 4. Função do corpo e da exploração das sensações corporais no uso de crack.....	305
VII. 5. “Fumar um quilo de <i>crack</i> até morrer”: luta de morte contra a morte.....	308
VII. 6. A instância do outro: toxicidade, decepção e virilidade	310
VII.7. O contexto de precariedade e marginalização social: dissidência tóxica e resistência	316
VII.8. Percursos do tratamento e posições subjetivas no contexto do “dispositivo do crack”.....	323
Capítulo VIII: Corporalidade, crack e processos sociopolíticos	332
VIII. 1. O corpo na psicanálise: alteridade constitutiva e dimensão sociopolítica.....	333
VIII. 2. A materialidade discursiva, social, simbólica e política do corpo.....	344
VIII. 3. O corpo de Diógenes: crack, exclusões, vulnerabilidades, violências e discursos	349
VIII. 4. Crack, corpos e biopolítica: mesmas histórias?.....	355
CONCLUSÕES: contornos e especificidades da escuta, posicionamento e intervenções na clínica com usuários de crack	360
NOTAS DE TRADUÇÃO: citações diretas na língua original	383
REFERÊNCIAS.....	388

INTRODUÇÃO: da prática clínica à problemática de pesquisa

A problemática que orienta este estudo é decorrente de minha prática clínico-institucional no campo das drogas que se iniciou em 2008, quando, recém-formada, assumi o cargo de psicóloga em uma unidade de internação para adolescentes, que compõe a rede de medidas socioeducativas para adolescentes em conflito com a lei do Distrito Federal. Nessa unidade, já chamava minha atenção a particularidade com que o crack se destacava no discurso e imaginário dos adolescentes – e também dos profissionais. O uso de crack era alocado hierarquicamente na pior das possibilidades de vinculação com uma droga e era interpretado como uma falha moral, como a perda da dignidade, da honestidade, do controle, da higiene. Usar crack representava a exclusão e perda do respeito por parte dos outros adolescentes (o que em uma unidade de internação pode ter graves consequências) e qualquer histórico desse uso tinha de ser cuidadosamente encoberto. Nesse contexto, eu percebia, aos poucos, que a vinculação com o crack, tal como destacado por Rui (2014), designava os contornos daquilo que não se deve ser, daquilo que o próprio usuário não quer ser e com o qual não pode ser identificado, constituindo “fronteiras significativas em diversos grupos sociais” e uma “alteridade radical” marcada pela “categoria da abjeção” (Rui, 2014, p. 54).

Em 2011, assumi também o cargo de psicóloga em um Centro de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) do Distrito Federal. Minha entrada nesse CAPS-AD se deu num momento histórico em que a questão do crack, dos usuários e dos espaços de consumo assumia uma posição central no cenário social brasileiro. Além do propagado aumento vertiginoso do consumo de crack, houve uma inquestionável e acentuada ascensão dos discursos sobre o crack, que se utilizam, predominantemente, de um léxico trágico, moral, epidêmico e bélico. O crack assume então um lugar eminente e destacado na sociedade, nas narrativas midiáticas, no imaginário e discursos públicos, desafiando as

políticas de saúde, de segurança pública, urbanísticas e assistenciais (Rui, 2014). Essa centralidade produziu efeitos, gestões, intervenções, formulação de políticas públicas de “enfrentamento” e acionou diferentes dispositivos assistenciais, repressivos, sanitários, morais, religiosos e políticos (Amarante, 2015; Lancetti, 2015; Rui, 2014).

De certa forma, é possível afirmar que o próprio CAPS no qual fui lotada é uma ressonância, um “efeito” do crack, na medida em que é fruto da ampliação da rede de saúde mental para álcool e outras drogas no Distrito Federal. Essa ampliação é um desdobramento do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas (instituído pelo Decreto 7.179 de 20 de maio de 2010 da Presidência da República) e do programa nacional “CRACK é possível vencer”, lançado em 2011, com o objetivo de “aumentar a oferta de serviços de tratamento e atenção aos usuários e seus familiares, reduzir a oferta de drogas ilícitas por meio do enfrentamento ao tráfico e às organizações criminosas e promover ações de educação, informação e capacitação” (Brasil, 2011).

Faz-se necessário, de saída, esclarecer que, com a circunscrição deste estudo à questão do crack – e não às drogas em geral –, não se trata de conferir relevância acentuada e foco no produto ou em sua especificidade farmacológica, que o diferenciaria radicalmente de outras substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas, mas de problematizá-los e discuti-los. Focar e privilegiar discursos, intervenções, recursos e políticas em torno de uma substância química específica pode provocar efeitos iatrogênicos, “criar” novos problemas ou hiperdimensionar sua importância, deslocando o eixo da questão para a substância química, quando deveria estar centrada nos sujeitos (Nery, 2013).

Mas esse privilégio e esse destaque dados ao crack já estão presentes – em funcionamento ativo e produzindo efeitos – e se manifestam na construção social da chamada “epidemia do crack”, nas narrativas alarmistas e demonizadoras, na figura espetacular do “cracudo” e “noiado” e na centralização de recursos, de ações e de vários dispositivos

políticos e institucionais em torno do fenômeno do crack. Um dos fatores que sustentam e justificam a circunscrição deste estudo à questão do crack consiste, portanto, na interrogação e análise dessa própria centralidade e notabilidade que ele ganhou na cena brasileira contemporânea e na busca de uma compreensão de sua gênese, das forças envolvidas, de suas ações e seus efeitos na coletividade e nas subjetividades.

Assim como na unidade de internação para adolescentes, em minha experiência no CAPS-AD, a questão do crack convocava minha atenção de maneira particular, disparava interrogações, provocava embaraços, inquietações e desafios ao fazer clínico e ao saber instituído, levando-me a confrontar seus limites. A escuta, muitas vezes difícil, de trajetórias em que se misturam intenso sofrimento, marginalização social, violências, rupturas de laços familiares e sociais; o acolhimento de narrativas em que as próprias existências são pensadas e sentidas a partir da degradação e do fracasso corporal, psíquico e moral, do descontrole, da fraqueza e impotência, da perda da “dignidade” e do “caráter”; o encontro com a crueza da exclusão social e precariedade extremas; o encontro com subjetividades devastadas, por vezes violentas, muitas vezes violentadas; a intrincada relação entre a inscrição social, econômica e política do crack e a singularidade das subjetividades; as incidências e efeitos subjetivos dos discursos públicos sobre o crack. Eis o que, emergindo da clínica, motiva, delinea e dá sustento a este estudo. Eis o que não cessa de me questionar e me conduzir aos limites da reflexão clínica, ética e política.

Algumas precisões são indispensáveis para melhor estabelecer meu objeto de pesquisa e evidenciar o sujeito desta investigação e escrita, demarcando também aqueles que nelas não estão incluídos. O olhar para a experiência dos sujeitos com o crack e da posição que esta ocupa em suas dinâmicas psíquicas e em suas vidas permite distinguir, ao contrário do que se divulga de modo predominante, desde usos controlados e associados ao prazer, até o ponto mais extremado da toxicomania, em que há um uso compulsivo e “sequestrador” da

subjetividade e no qual o crack ganha uma centralidade problemática na vida do sujeito, atrelada a um desinvestimento de outras atividades, interesses e laços sociais. Entre um ponto e outro, a heterogeneidade de usos e de modos de se relacionar com o crack é tal qual a diversidade dos sujeitos e das inúmeras equações possíveis nos encontros entre uma subjetividade, um momento sociocultural e uma substância química, tal como proposto pela tríade de Olivenstein (1985).

Faço aqui a opção de olhar para a mais extrema e radical das possibilidades de experiência e relação com o crack: o segmento específico de sujeitos que estabelecem com a droga uma ligação extrema, que os leva do registro do prazer para o registro da necessidade imperativa, que apresenta tamanha força e intensidade que os leva a abandonar muitos dos outros investimentos e ligações em suas vidas. Afirmar essa especificidade de minha pesquisa é de suma importância para evitar a reprodução de estereótipos sobre o crack que o associam ao destino inexorável de um uso compulsivo e sequestrador e do desenvolvimento de uma dependência radical. Cumpre esclarecer e enfatizar, portanto, que esse segmento particular de pessoas que fazem um uso problemático e devastador e que chegaram a uma situação bastante crítica que os levou a buscar ajuda não pode ser tomado como representativo da totalidade de usuários e da heterogeneidade de possibilidades de usos, contextos, padrões, trajetórias e relações com o crack. Retomando um jogo de linguagem feito por Mac Rae (2013), que ironiza o termo estigmatizante usado para usuários de drogas, trata-se de uma “amostra viciada”.

Outra especificidade da realidade clínica aqui pesquisada diz respeito ao posicionamento dos indivíduos na estrutura econômica e social: os usuários de crack que frequentam o CAPS-AD e que mantêm com a droga essa relação extrema e radical estão, majoritariamente, em situações de precariedade e exclusão, originários de uma classe social não apenas destituída de capital econômico e cultural, mas destituída, tal como desenvolvido

pelo sociólogo Jessé de Souza (2009), das próprias condições sociais, culturais e morais que permitiriam essa apropriação. A gravidade da situação relacionada ao fenômeno do crack reside, portanto, não apenas na considerável capacidade desorganizadora e prejudicial intrínseca à substância química, mas se articula de maneira significativa com a situação de precariedade e alta vulnerabilidade social em que se encontra a maioria dos usuários (Bertoni & Bastos, 2014; Garcia et al., 2014; MacRae et al., 2013). Dessa forma, impõe-se a incontornável necessidade de interrogar simultaneamente a inscrição coletiva, social, política e cultural do uso de crack no Brasil e analisar esse fenômeno a partir da antropologia clínica (Assoun, 2012; Douville, 2014), como um sintoma social do mal-estar na cultura.

Embora não tenha aprofundado suas investigações em relação às drogas, Freud, em “O Mal-Estar na Civilização” (1930/2010), aponta um caminho de pesquisa profícuo ao concebê-las como uma das estratégias possíveis para suportar as “dores, decepções e tarefas insolúveis” (p. 28) colocadas pela vida, que demandam, imprescindivelmente (a palavra é de Freud), algum recurso paliativo ou “construção auxiliar” (p. 28). Segundo Freud (1930), os “narcóticos” constituem “quebradores de preocupações” (*Sorgenbrecher*) que possibilitam alcançar uma “parcela muito desejada de independência do mundo externo”, afastar-se da “pressão da realidade” e “encontrar refúgio num mundo próprio que tenha melhores condições de sensibilidade” (p. 33).

Além de referenciar diretamente a questão das drogas à “vida”, à “civilização”, à “cultura”, percebe-se que Freud, fiel a seu princípio investigativo de superar as categorias “normal” e “patológico”, não a reduz ao sintoma, estrutura clínica ou entidade mórbida (Bucher, 1992). Como afirma Bucher, ele não compara as drogas com “as categorias psicopatológicas, histeria ou perversão, por exemplo, mas com dimensões humanas fundamentais como o prazer, a beleza, a felicidade e o sofrimento” (Bucher, 1992, p. 204). E não é por casualidade que o texto mais desenvolvido da obra freudiana sobre a questão das

drogas seja uma passagem de “O Mal-Estar na Civilização”, solicitando particularmente nossa atenção para o aspecto coletivo e cultural da toxicomania e para sua compreensão enquanto um dos sintomas mais visíveis do mal-estar estrutural da cultura.

Portanto, em minha trajetória clínica e de pesquisa, ganha densidade a compreensão de que a problemática do crack é expressão epifenomenal e sintomática de dilemas estruturais profundos (Bourgois, 2013), políticos, sociais, econômicos e culturais. Paralelamente, contorna-se e insiste um questionamento sobre a participação singular de cada subjetividade nas múltiplas e heterogêneas trajetórias e relações com o crack. Interrogo-me, portanto, sobre a maneira como as questões sociais, econômicas, políticas e culturais se inscrevem e ganham poder estruturante na relação sujeito-crack e, ao mesmo tempo, questiono-me sobre o que há de próprio do sujeito nessa relação.

Contudo, esse questionamento muitas vezes conduz a uma vertigem entre dois postulados que se colocam incontornavelmente no meu trabalho clínico e investigativo. De um lado, a consciência dos efeitos desastrosos, tanto na dimensão clínica quanto epistemológica, da psicologização do social e individualização da responsabilidade – que reproduzem e acentuam violências e exclusões. De outro, a concepção de uma heterogeneidade mínima entre causalidade psíquica e causalidade socioeconômica (Douville, 2012a). O trabalho clínico com o caso a caso exige não acreditar em uma modelização que torna a vida psíquica o simples reflexo da vida social (Douville, 2012a). Trata-se de um pressuposto necessário para acreditar e apostar na possibilidade de um trabalho clínico e terapêutico e sustentá-lo diante dos inúmeros desafios que se interpõem cotidianamente em nossa prática. Apesar de esses dois postulados – a obrigatória consideração da inscrição social e a indispensável ética do singular – não serem necessariamente excludentes, articulá-los tanto clínica quanto analiticamente constitui desafio complexo que alimenta e impulsiona

esta pesquisa no sentido de compreender e confrontar o sujeito singular em sua articulação e impasses na cultura.

Outro ponto que desafia minha escuta, minha análise e minha intervenção nessa clínica diz respeito à incidência dos diferentes discursos, representações, saberes e práticas relacionados ao crack sobre a subjetividade dos usuários, sobre a constituição e configuração das trajetórias e relações que estabelecem com a droga, sobre os processos psíquicos e sofrimentos envolvidos. Desde o início de minha experiência clínica, coloquei-me em uma postura atenta e crítica em relação à demonização do crack operada pelo discurso midiático, ao tom alarmista do qual se reveste grande parte das abordagens sobre a questão e ao discurso público dominante que enfatiza o crack como o responsável por tragédias pessoais, familiares e sociais, por trajetórias de ruína e fracasso, perdas materiais, afetivas e morais. Contudo, a prática clínica confrontava-me cotidianamente com relatos de pacientes que se assimilavam a essa imagem e reproduziam, eles próprios, essas narrativas, concebendo-se como “doentes”, “impotentes perante a droga” e atribuindo exclusivamente ao crack o intenso sofrimento que atravessava suas histórias e as inúmeras perdas e prejuízos em suas existências gravemente fragilizadas.

Como reflexo e “contrapartida epistemológica” (Birman, 2009) da complexidade da problemática do crack no campo social e clínico, que convoca a perspectiva, a análise e a intervenção de diferentes disciplinas e campos do saber, esta pesquisa se inscreve numa proposta de reflexão e investigação interdisciplinar. Como ressaltado por Birman (2009), um trabalho interdisciplinar exige de cada uma das disciplinas concernentes um esforço de descentramento relativo que as leve a operar nas suas “bordas”, nas quais as intercessões entre os campos possibilitem o diálogo e a complementaridade das diferentes abordagens.

Diante do exposto, cabe articular e organizar os principais problemas e objetivos desta pesquisa. O problema central, que constitui o disparador e o eixo condutor desta tese, consiste

em um questionamento sobre a prática psicanalítica com usuários de crack em um contexto clínico-institucional, que me conduz ao objetivo de interrogar e examinar, a partir da psicanálise, os processos subjetivos ligados ao uso extremo e problemático de crack, em suas dimensões psíquicas, corporais, sociopolíticas e culturais.

Este problema central se desdobra, por sua vez, em um questionamento sobre as determinações históricas, socioeconômicas, políticas e culturais relacionadas ao fenômeno do crack no Brasil, que desemboca no objetivo de examinar o contexto de precariedade, exclusão e vulnerabilidade social no qual se encontra a maioria dos usuários de crack e apreender a rede de discursos, representações, saberes, práticas, estratégias e instituições conformada em torno dessa droga e dos sujeitos que dela fazem uso na contemporaneidade.

Em seguida, trata-se de uma indagação, a partir da psicanálise, sobre o avesso inconsciente (Assoun, 2015b) dessa realidade social, política e cultural, de um questionamento que se debruça sobre as incidências psíquicas e as lógicas de subjetivação resultantes desse contexto e sobre a maneira como isso se articula com o destino psíquico e cultural em que o crack ganha preponderância e centralidade problemática na vida dos sujeitos.

Nessa articulação do campo sociopolítico ao campo subjetivo, recorro à construção e análise de um caso clínico que acompanhei no CAPS-AD, com o objetivo de compreender, em um plano singular, os processos subjetivos relacionados ao uso abusivo de crack, a forma como eles se articulam com a dimensão sociopolítica do fenômeno, e as principais questões, especificidades, impasses ou dificuldades que se interpõem no acompanhamento terapêutico.

Nesse processo de análise e construção do caso clínico, a questão da corporalidade tomou uma dimensão e importância fundamentais, o que, embora já se anunciasse em minha experiência por meio do caráter central e eminente do corpo na clínica com usuários de crack, não era completamente previsto e definido no início desta pesquisa. Delineou-se, assim, o

objetivo de analisar metapsicologicamente o lugar e a função do corpo nas dinâmicas de uso abusivo e problemático de crack e compreender como a ação desta droga sobre o corpo e seus múltiplos efeitos sobre as sensações corporais e dinâmicas pulsionais se ligam à experiência do sujeito, à sua relação com o outro, ao laço social e à realidade sociocultural. Rearticulando o campo subjetivo ao campo sociopolítico e cultural, trata-se, também, de investigar a relação entre, de um lado, a especificidade do estatuto do corpo que é engendrado pela operação de intoxicação pelo crack e, de outro lado, as incidências subjetivas decorrentes das situações de precariedade e vulnerabilidade, bem como o lugar e valor que são conferidos ao corpo pelo processo de produção da desigualdade social e marginalização na sociedade brasileira.

Por fim, como potencial contribuição desta pesquisa, aposto na construção de indicações clínicas e terapêuticas e de formulações sobre as especificidades e modos de escuta, posicionamento e intervenções clínicas na prática clínico-institucional com usuários de crack em situação de precariedade e vulnerabilidade social.

Este estudo segue uma trajetória metodológica que se inscreve em uma proposta de perfazer em duplo sentido o caminho da clínica à pesquisa. Trata-se de um exercício de confrontação e tensionamento dialéticos entre minha experiência clínica no CAPS-AD e estudos e investigações teóricas, num movimento em que um domínio age sobre o outro, alimentando-o, interrogando-o, provocando reflexões e reformulações. Ressalto que os fenômenos, conteúdos e interrogações provenientes da minha experiência e escuta clínica no CAPS-AD constituem o eixo condutor de todo o processo de pesquisa e de escrita, embora o caso clínico propriamente dito tenha sido apresentado somente na terceira parte da tese.

O percurso metodológico pode ser dividido em dois processos principais:

- 1) pesquisa e estudo teóricos sobre as dimensões históricas, sociais, políticas e culturais relacionadas ao fenômeno do crack no Brasil, pautados pelas interrogações e

problemas oriundos de minha experiência clínica; submissão dessas dimensões a uma indagação e reflexão psicanalíticas;

2) construção e estudo de caso clínico de um paciente cujo tratamento no CAPS-AD eu acompanhei por um período de três anos. A escolha de fazer desse paciente de minha prática clínica um caso de pesquisa e reflexão decorre das inquietações, interrogações, embaraços e desafios que ele suscita, conduzindo-me aos limites da reflexão clínica, ética e política. O material clínico analisado é proveniente de um olhar retrospectivo sobre seu acompanhamento no CAPS-AD e da análise documental pós-fato de seu prontuário, dos registros escritos dos grupos terapêuticos dos quais participou e dos meus registros pessoais. Após sistematização do conjunto do material clínico, foram isolados os fenômenos clínicos e elementos discursivos que se destacam, insistem, interpelam, problematizam e incitam um trabalho de reflexão e análise sobre a singularidade e dinâmica psíquica do sujeito em sua relação com o crack. Também foram privilegiados os elementos clínicos que possibilitam a compreensão e o estabelecimento de articulações entre o uso problemático de crack por um sujeito singular, a inscrição social e cultural do crack e as modalidades específicas de organização da subjetividade engendradas em um contexto social e cultural marcado pela precariedade e exclusão. A todo momento, o caso clínico foi colocado em íntima correlação e comunicação com os desenvolvimentos e elaborações feitos na primeira parte deste estudo sobre as dimensões sociais, políticas e culturais relacionadas ao fenômeno do crack.

Os elementos clínicos constituíram, portanto, os disparadores e os eixos fundamentais para a articulação do campo sociopolítico ao campo subjetivo e conduziram o trabalho e reflexão no registro da teoria psicanalítica e dos conceitos metapsicológicos, provocando indagações e desafios ao saber teórico-clínico instituído. O caso clínico não tem, portanto, mera função ilustrativa ou exemplificadora da teoria psicanalítica, mas a função de interrogá-la, conduzir a investigação e acionar o trabalho teórico e metapsicológico, promovendo a

elaboração de questionamentos e construções singulares e indicações para o trabalho clínico com usuários de crack.

Ressalto que o estudo de caso clínico é concernente a um paciente cujo acompanhamento terapêutico por mim foi encerrado antes das principais definições desta investigação e antes da redação desta tese, portanto, não houve o risco de que o desenvolvimento e interesses da pesquisa interferissem ou influenciassem o atendimento clínico. Além disso, a utilização do critério de somente realizar o estudo de casos clínicos encerrados segue o preceito psicanalítico fundamental de que a construção de sentidos, significações, elaborações teóricas e conhecimento científico oriundos da experiência clínica só se dão *a posteriori* (Dallazen et al., 2012). Nenhum dado que possa identificar o sujeito (nome, características que facilitem a identificação, localização específica do CAPS-ad, etc.) foi revelado ou usado como material clínico no estudo, de forma a preservar a privacidade, a proteção da identidade e a confidencialidade. O projeto de pesquisa relacionado à realização de estudos de casos clínicos no âmbito desta tese foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas (CEP-IH) da Universidade de Brasília (CAAE¹⁹: 61270116.4.0000.5540/nº do parecer: 1.934.747). O parecer consubstanciado do CEP-IH encontra-se anexado ao final da tese.

Organização da tese: *É sempre a mesma história, só muda o personagem*

Organizo esta tese a partir de uma frase com a qual me deparei desde o começo de minha prática clínica com usuários de crack no CAPS-AD e que era continuamente repetida por diferentes pacientes do serviço ao falarem de si mesmos, em diferentes situações: ***É sempre a mesma história, só muda o personagem.*** A ampla circulação e a renitência desse

¹⁹ Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

enunciado em minha experiência clínica aguçaram minha escuta e atenção em sua direção, impuseram-se como um desafio clínico e analítico e, em certa medida, estruturaram a escrita e organização deste estudo.

Clínica e analiticamente, esse enunciado provocava-me, por um lado, uma postura de crítica e desconstrução, inscrevendo-se por diversas vezes em intervenções com os pacientes, nas quais eu visava a uma problematização da homogeneização das trajetórias que ele implica, uma reintrodução das especificidades e singularidades de cada caso e alguma maneira de reapropriação subjetiva, que promovesse a abertura de novos caminhos e trajetórias, na tentativa de trabalhar a ideia de que, por vezes, *só* mudar o personagem pode mudar tudo. Por outro lado, essa frase levou-me ao exercício de interrogá-la e tentar compreender o que ela comporta, como ela se dissemina e é apropriada entre os diferentes usuários, o que ela indica, como ela se inscreve em cada subjetividade, qual o sentido e função dessa homogeneização.

Não identifiquei nenhuma origem específica para essa frase, como o são, por exemplo, o Alcoólicos Anônimos e o Narcóticos Anônimos para outros enunciados que também circulam amplamente na clínica relacionada com o álcool e outras drogas: “*admito que sou impotente perante a minha adicção*” ou “*só por hoje*”. Mas entendo a sua ampla disseminação como decorrência de experiências compartilhadas pelos usuários em espaços e trajetórias institucionais comuns, como internações em comunidades terapêuticas, prisões ou os próprios acompanhamentos em CAPS-AD. Com relação a sua função, ao promover uma desimplicação subjetiva e tirar o foco do *personagem*, percebo que essa frase tem uma função protetiva e defensiva. Identificar-se a uma *mesma história* constrói uma ideia de pertencimento e de recorrência estrutural da qual os sujeitos são *meros personagens* e – como também apontado por estudos etnográficos sobre moradores de ruas em relação ao fenômeno das “falas prontas” (Rui, 2014) – envolve uma tentativa de conferir inteligibilidade e

explicação para trajetórias de sofrimento intenso, “fracassos”, desilusões, culpa e vulnerabilidade.

Mais importante, essa frase indicou-me a necessidade de interrogar e analisar, sobretudo, qual é essa *mesma história*, quais são os *personagens*, o que *muda* e o que não *muda*, o que esse advérbio de exclusão *só* vem indicar e qual a potência que pode ser extraída dele. Com essa frase, os próprios usuários de crack me alertaram para o fato de que há, sim, recorrências nas histórias e que elas devem ser levadas em conta. E me indicaram o caminho investigativo deste estudo ao me mostrarem que, para compreender os diferentes *personagens* e seus usos e vinculações com o crack, devo apreender essa recorrência estrutural – que faz desse um fenômeno social – e colocá-la em íntima correlação com as diferentes trajetórias e experiências individuais.

Nesse sentido, é interessante notar que, escutar com atenção e levar a sério aquilo que na clínica insiste e se repete mostrou-me de antemão o que depois vi corroborado, enquanto imperativo metodológico, na maior parte dos estudos que se dedicaram, de maneira cuidadosa e não estigmatizante, a apreender o fenômeno do crack: a constante tensão e articulação entre as diversidades individuais e a trama social e coletiva (Arenari & Dutra, 2016; Bourgois, 2013; Bourgois & Schonberg, 2005; Garcia, 2016; Messas et al., 2016; Nery et al., 2013; Rui, 2014; Souza, 2016; Suárez et al., 2014).

Por outro lado, ao adentrar as construções discursivas sobre o crack, percebi que, se essa *mesma história* evocada pelos usuários indica que há invariantes sociais e uma recorrência estrutural que devem ser investigadas, o advérbio de exclusão *só* anteposto à variação dos diferentes *personagens* vem refletir uma tendência à generalização e homogeneização – com o conseqüente efeito de obliteração e invisibilidade das multiplicidades e singularidades individuais – que prevalece nas narrativas e discursos

públicos dominantes construídos em torno dessa droga, notadamente nos discursos midiáticos.

Portanto, a primeira parte desta tese, constituída por dois capítulos, é dedicada a apreender, interrogar e problematizar essa *mesma história* e os elementos que lhe constituem e lhe dão densidade. Para isso, apresento no capítulo I uma análise das dimensões históricas, sociais, políticas e culturais relacionadas ao fenômeno do crack no Brasil. Descrevo a “criação” e emergência do crack no mercado de drogas e mostro como ele é marcado, desde suas origens, por uma questão de classe socioeconômica e cultural que permanece atuante na contemporaneidade. A partir da pesquisa oficial sobre o uso de crack no Brasil, coordenada pela Fiocruz (2014), apresento a magnitude da população usuária de crack no contexto brasileiro e problematizo a ideia amplamente propagada de uma “epidemia do crack”. Com base nos dados dessa mesma pesquisa, discorro sobre a intrincada e complexa relação entre o uso problemático de crack e as situações de precariedade, marginalização e vulnerabilidade social e concluo que a maioria dos usuários de crack, incluídos aqueles de minha prática clínica, são originários do segmento mais desfavorecido e precariamente incluído no campo social. Em seguida, retomo um estudo sociológico feito sobre essa classe social e sobre a questão da desigualdade estrutural na sociedade brasileira (Souza, 2009). A partir de um movimento de aproximação e distanciamento com relação às formulações desse estudo, desenvolvo e enuncio alguns esboços e indicações sobre o posicionamento clínico e investigativo e sobre o modo de escuta diante de sujeitos que se encontram em situações agudas de precariedade, vulnerabilidade e marginalização social.

O capítulo II é dedicado a uma reflexão sobre a trama de discursos, saberes, representações, imagens, práticas, intervenções, políticas públicas e instituições na qual os usuários de crack encontram-se enredados. Ancorada na noção foucaultiana de dispositivo, proponho refletir sobre essa rede a partir da hipótese de constituição de um “dispositivo do

crack” na contemporaneidade brasileira e apresento dois eixos principais desses elementos, que se fazem mais relevantes no âmbito desta tese: (1) os discursos, representações e interpretações sobre o crack e os usuários que circulam de forma predominante no campo social; (2) o campo de intervenções atravessado por paradoxos e disputas terapêuticas e políticas que se conforma em torno do usuário de crack. Em seguida, esses elementos são examinados e articulados a partir das dimensões de “estratégia”, “saber”, “poder” e “subjetivação” que, segundo Foucault (2005), compõem um dispositivo. Ressalto a importância da dimensão de subjetivação para o escopo desta tese, uma vez que ela articula com clareza e acuidade o campo sociopolítico ao campo subjetivo, destacando a produção de subjetividades em ação nos dispositivos, seu caráter não apenas normativo, mas constitutivo.

Com o desenvolvimento desses dois capítulos, meu intuito foi submeter o próprio fenômeno do crack a um primeiro questionamento que me possibilitasse compreender sua história e modos de constituição, os discursos que o acompanham e o forjam e seus determinantes sociais, políticos e culturais. Na parte II desta tese, que se divide em três capítulos, dedico-me a refletir sobre os principais elementos e formulações apresentados na Parte I a partir de uma perspectiva psicanalítica. No capítulo III, proponho uma reflexão sobre a articulação da psicanálise com o campo sociopolítico e cultural, privilegiando a sua amplitude e abertura para a clínica com sujeitos situados precariamente no campo social e os principais elementos que o texto freudiano nos lega como recursos para abordar os fenômenos sociopolíticos a partir de uma metodologia psicanalítica e refletir sobre as articulações fundamentais entre sujeito, cultura e sociedade. O capítulo IV é dedicado a uma reflexão e leitura psicanalíticas sobre as situações de precariedade e vulnerabilidade a partir do seu desmembramento em três dimensões: a vulnerabilidade estrutural e constitutiva; as condições precárias e as vulnerabilidades sociopoliticamente induzidas; e a vulnerabilidade linguística ou desamparo discursivo. E o capítulo V debruça-se sobre o exame das lógicas de

subjetivação e das principais incidências subjetivas decorrentes das situações de vulnerabilidade, precariedade e exclusão, com o objetivo de compreender como isso pode se articular com o uso problemático de crack.

Tanto na minha prática clínico-institucional, quanto nesta pesquisa, coloca-se o desafio de, a partir da apreensão e problematização da recorrência estrutural que se apresenta nessas *mesmas histórias*, bem como da homogeneização e generalização presentes na construção das categorias “usuário de crack”, “cracudo”, “noia”, conseguir ler as particularidades e o singular de cada *personagem*. Compreender e sustentar a tensão necessária entre o estrutural e o singular, entre as *mesmas histórias* e os *personagens*, constitui condição incontornável para fazer resistência a construções e práticas apressadas, perversas e estigmatizantes comuns nesse campo e possibilitar, clinicamente, a abertura de novos caminhos, trajetórias e formas de existência e sociabilidade.

Dessa forma, percorridas essas trajetórias e caminhos das partes I e II, aos quais fui levada por uma indagação acerca das “*mesmas histórias*”, acredito ter estabelecido as principais bases e referências para melhor compreender e situar um de seus *personagens*. A terceira parte da tese, que também se divide em três capítulos, é dedicada à construção e análise do caso clínico de Diógenes²⁰. No capítulo VI, teço algumas reflexões sobre o lugar e função do caso clínico nesta pesquisa. No capítulo VII, procedo às discussões teórico-clínicas propriamente ditas, com o objetivo de compreender os processos subjetivos de Diógenes relacionados ao uso abusivo de crack. E no capítulo VIII, diante da centralidade e pregnância com que o registro do corpo emergiu no caso clínico, dedico-me a uma reflexão sobre a dimensão do corpo nas dinâmicas de uso abusivo de crack de forma articulada com os processos sociopolíticos que caracterizam os contextos em que o uso de crack irrompe de

²⁰ Nome fictício, usado para proteger a privacidade e o anonimato do sujeito.

forma prevalente no Brasil e, proponho, também, uma reflexão sobre o crack e a corporalidade a partir de uma perspectiva biopolítica.

Por fim, nas conclusões, além de uma síntese e recapitulação, dedico-me a uma reflexão resultante das trajetórias percorridas ao longo da tese sobre os contornos e especificidades fundamentais da escuta, posicionamento e intervenções psicanalíticas na prática clínica com usuários de crack.

PARTE I

A MESMA HISTÓRIA: A INSCRIÇÃO SOCIAL, POLÍTICA E CULTURAL DO CRACK NO BRASIL

O processo de esvaziamento do humano feito pela mídia por meio da imagem deve ser entendido, no entanto, nos termos do problema mais amplo de que esquemas normativos de inteligibilidade estabelecem aquilo que será e não será humano, o que será uma vida habitável, o que será uma morte passível de ser lamentada (Butler, 2011, p. 28).

Capítulo I: Dimensões históricas, sociais e culturais do crack no Brasil

I.1 Do champanhe das drogas à droga dos pobres

A análise, a partir de uma perspectiva histórica, das origens do crack, de sua “criação” e emergência no mercado, revela dois aspectos de extrema importância para o exame e compreensão de sua inscrição subjetiva e sociopolítica na atualidade: 1) a origem do crack está diretamente relacionada às transformações geopolíticas no comércio da cocaína resultantes da guerra às drogas e tem suas raízes fincadas no solo do proibicionismo; 2) o crack é marcado, desde sua origem, como a “cocaína dos pobres”.

O sistema de proibição das drogas, intimamente relacionado às considerações morais puritanas dos movimentos de Temperança e adotado internacionalmente sob pressão dos Estados Unidos na primeira metade do século XX, erige as drogas como o grande agente de destruição e inimigo a ser combatido, responsável por mazelas individuais e sociais (Tiburi & Dias, 2013). Como fundamentos que justificaram e deram sustentação ideológica ao proibicionismo – firmemente ancorados nos discursos médico e moral –, alegavam-se os danos e prejuízos causados pelas drogas diretamente aos indivíduos, o grande custo social, os “comportamentos imorais”, o medo dos grupos desviantes e a preocupação com o futuro da coletividade (Jayle, 2015).

Apesar de um complexo e robusto aparato de interdições e repressão, o alardeado objetivo de erradicar as drogas das sociedades permanece longe de ser alcançado e o consumo mundial de drogas cada vez mais adulteradas continua em desenvolvimento. O fracasso do proibicionismo é patente e seus efeitos trágicos e perversos – frequentemente mais danosos que o próprio uso das drogas – são retumbantes: o desenvolvimento do comércio ilegal e o estímulo à produção de drogas ilícitas, ao transformá-las em um negócio

muito rentável e não controlado (droga proibida é droga encarecida); o desenvolvimento de hábeis estratégias de adaptação na produção e rotas de comercialização das drogas em resposta aos obstáculos colocados pelas políticas repressivas; o aumento da criminalidade, da violência, dos riscos e explorações que envolvem o comércio ilegal e as tentativas de reprimi-lo: uma verdadeira “economia da morte e da violência”²¹; o aumento significativo do encarceramento, que gera uma superpopulação carcerária; a colocação no mercado de drogas adulteradas, cuja composição é desconhecida e não controlada e a imposição de condições adversas de consumo, entre outras.

O proibicionismo coloca questões de suma importância para o debate político, científico e social no âmbito das drogas. Apesar das evidências do fracasso do sistema proibicionista e da existência de uma vasta literatura científica que demonstra sua ineficiência e seus efeitos deletérios, cabe uma interrogação sobre o que o mantém como modelo dominante nas políticas públicas em escala global. Quais são os interesses políticos, sociais e morais que obstaculizam a mudança desse modelo? Como se desdobram as dimensões sociais, raciais e de classe implicadas na guerra às drogas?

Apesar da urgência e relevância dessas questões, interessa-me, neste ponto de reflexão sobre a origem do crack e sua inscrição na atualidade, concentrar o olhar nas conjunturas fabricadas pela guerra às drogas que favoreceram a sua emergência no mercado. O crack não surge como uma “praga” imprevisível e inexplicável, como deixa a entender o discurso midiático dominante, que obscurece os fatores causais do fenômeno ao privilegiar uma narrativa epidemiológica²². Ao contrário, como defendido por Escohotado (1998), é possível conceber o crack como um efeito dos próprios mecanismos de adaptação e realimentação colocados em marcha pelas medidas repressivas da guerra às drogas.

²¹ Expressão de Michel Kokoreff em seminário sobre a proibição das drogas, em 07/10/2015, na École des Hautes Études em Sciences Sociales – EHESS/Paris.

²² É interessante destacar que, segundo Escohotado (1998), o discurso público e midiático sobre o crack e sua tendência a “epidemiologizar” a questão é o modelo exemplar do que impera como informação no campo das drogas.

O início da década de 1970 nos Estados Unidos é marcado por um acentuado crescimento do consumo de cocaína que aciona, no mesmo passo e ritmo, a intensificação das políticas de repressão à sua produção e comercialização. Como a maioria das políticas proibicionistas, a guerra às drogas declarada por Nixon em 1971, a despeito dos robustos investimentos dos quais se beneficiou, não conseguiu tornar os Estados Unidos um país abstinente, nem limitar a produção, por exemplo, da cocaína na América Latina, ou da heroína na Ásia. Mas essa vigorosa e enérgica política, encabeçada pelos Estados Unidos e seguida pela maioria dos países, promoveu como reação adaptativa significativas mudanças na dinâmica geopolítica das drogas, nas esferas de cultura e produção, nos circuitos de comercialização, nos conflitos, nas demandas (Jayle, 2015) e, inclusive, na composição química das drogas e nas formas e padrões de uso.

Em meados da década de 1980, sob o recrudescimento da guerra às drogas do governo Reagan, uma das estratégias repressivas adotadas pelos Estados Unidos contra a produção e tráfico de drogas – e seguida pela legislação internacional (Escohotado, 1998) –, foi o controle e restrição da disponibilidade dos precursores químicos, que são substâncias químicas legais, como o álcool, éter, acetona, querosene etc., utilizadas no refino e transformação das matérias primas em drogas em estado final de uso (Escohotado, 1998; Jayle, 2015; Tiburi & Dias, 2013).

Essa medida incidiu diretamente no processo de transformação da pasta base de coca em cocaína e constitui, portanto, um importante fator na configuração da conjuntura que favoreceu a “criação” do crack. Para a obtenção da cocaína, é necessário submeter a pasta base de coca a um processo que implica o uso de substâncias altamente voláteis, como o éter e a acetona (Escohotado, 1998). Diante da restrição da disponibilidade desses produtos já mirados pelas medidas contra os precursores químicos, os traficantes adaptaram-se e descobriram que o amálgama da pasta base com bicarbonato de sódio, produto barato e de

fácil acesso, gerava uma substância de grande potência e de custos financeiros e estratégicos radicalmente reduzidos em relação à cocaína – o crack²³. O maior aproveitamento da pasta base – com a mesma quantidade de pasta base consegue-se um peso muito maior de crack do que de cocaína – e a simplificação do processo de elaboração deram lugar a uma droga muito mais barata, mas bastante lucrativa. Dessa forma, as medidas de repressão aos precursores químicos produziram, a partir de 1985, a “imprevisível consequência” de “inundar” os Estados Unidos de pasta base e não de cloridrato de cocaína (Escohotado, 1998).

Configurou-se, assim, um próspero negócio em torno de um potente sucedâneo da cocaína (que, devido ao seu alto preço, era privilégio das camadas de maior poder aquisitivo), com um preço muito inferior e que alcançou as camadas mais pobres e excluídas que não podiam permitir-se usufruir de seu predecessor, o cloridrato de cocaína. Além disso, o êxito mercadológico e a ampla disseminação do crack podem ser compreendidos também pela inovação de *marketing* do mercado de drogas ilícitas, ao fazer circular em doses menores e mais baratas um sucedâneo da cocaína, produto caro e valorizado (Domanico, 2006; Raupp, 2011; Rui, 2014). Como o mostra Rui (2014), pesquisas que se dedicam ao estudo do tráfico de drogas têm identificado de forma nítida a importância do crack nesse mercado. Por ser uma substância que é vendida diariamente e de forma mais perene – ao contrário da maconha e da cocaína, que são mais sensíveis aos períodos de pagamento dos salários ou aos ciclos semanais – o crack constitui importante capital de giro para o tráfico.

O crack, portanto, tem sua origem configurada e intensamente marcada por uma questão de classe socioeconômica e cultural, que permanece atuante na contemporaneidade. A mesma substância química cindiu-se em cocaína, “o champanhe das drogas” (Jayle, 2015), e crack, a “cocaína dos pobres”. E nessa cisão, todos os potenciais aspectos negativos da

²³ Ainda que exista outra forma de obtenção do crack - a partir do cloridrato de cocaína, em situações de confecção caseira e em pequena escala –, é a confecção a partir da pasta base, mais industrializada, que é feita em maior escala e com maior relevância no mercado (Domanico, 2006).

cocaína – a degradação psíquica, física e social, o alto poder destrutivo e os delírios paranoicos – foram atribuídos em bloco ao seu “gêmeo diabólico”, o crack (Jayle, 2015). Diante disso, emergiram à época duas narrativas dominantes que, de forma caricatural, construíram distintas representações da cocaína e do crack, situando-os em lugares sociais específicos e atribuindo-lhes diferentes efeitos e potenciais. A cocaína, droga “chique”, cara e “refinada” de classes mais favorecidas, ligada à indústria do cinema e do espetáculo, ao mercado financeiro, a advogados e empresários, foi associada ao prazer, à potência intelectual e produtiva, à performance, com potencial de risco ou dependência mais moderado (Jayle, 2015). O crack, “droga de pobre”, substância mais bruta que não passou pelo “refino” adequado, foi associado a tragédias individuais, familiares e sociais, a trajetórias de fracasso e degradação moral e física, ao descontrole, à fissura irrefreável, à loucura, aos zumbis, à sujeira, ao definhamento e à morte.

Apesar de o consumo de crack também ter alcançado as classes média e alta (Domanico, 2006; Raupp, 2011; Tiburi & Dias, 2013), há uma clara sobre-representação entre os usuários de marcadores de exclusão social, em comparação com a população geral brasileira (Bastos & Bertoni, 2014). Ademais, são as camadas desapropriadas de capital econômico e cultural, em situações de maior fragilidade e marginalização social, que constituem o segmento mais vulnerável aos potenciais efeitos deletérios do crack (Bourgois, 2013; Domanico, 2006; Raupp, 2011; Rui, 2014; Silva, 2013; Tiburi & Dias, 2013). As classes médias e altas dispõem de inúmeros privilégios sociais e fatores de proteção, como melhores condições de acesso e aquisição da droga – uma vez que o consumo pode isolar-se da vinculação com a sociabilidade violenta e das relações com a polícia que caracterizam o tráfico (Feltran, 2008) –; melhores condições de uso; menor exposição às práticas repressivas e à violência; melhores condições de alimentação e saúde integral e maior acesso a cuidados e tratamentos. Em suma, a desigualdade social é fator constitutivo e determinante nas

diferentes dimensões das drogas, nas representações sociais que delas se faz, no tráfico, no consumo, na relação que com elas se estabelece e na exposição aos riscos e violência envolvidos.

I.2. A população usuária de crack no Brasil e a suposta “epidemia”

O ingresso do crack no Brasil se deu no final da década de 1980. Registros jornalísticos relatam seu aparecimento em São Paulo, principalmente em bairros periféricos, entre os anos de 1987 e 1990, e os relatórios da DENARC (Departamento de Investigações sobre Narcóticos) começam a apreender e notificar oficialmente o crack um pouco depois, entre 1989 e 1990 (Domanico, 2006; Rui, 2014). Progressivamente, o uso de crack se estendeu de São Paulo para outras cidades e capitais brasileiras. A partir dos anos 2000, e de maneira mais intensificada, a partir de 2010, o fenômeno do crack mobiliza e ganha enorme evidência nas instâncias políticas e nos meios de comunicação brasileiros, que passam a veicular a ideia de uma epidemia que assola todo o território nacional, das cidades ao interior e zonas rurais (Lancetti, 2015). Sem fundamentação em estudos científicos ou com base em números incertos e em estudos metodologicamente não confiáveis, propaga-se, de forma alarmista, a ideia de uma praga incontável, devastadora, responsável por misérias, violência e mortes, doença crônica e recidivante que se instala com o menor contato com o “vetor” crack (Lancetti, 2015).

Mesmo se tomarmos o conceito de epidemia de forma ampliada, que deixa de ser restritivo a doenças transmissivas e contagiosas e se expande para doenças crônicas, degenerativas e, inclusive, psicossociais, pensar a disseminação do crack a partir da noção de epidemia é bastante questionável (Lancetti, 2015). Além de comportar uma ideia de medicalização e patologização, escamoteando a dimensão social da questão, e gerar um efeito

de pânico na sociedade, o conceito de epidemia não é adequado, cientificamente, para compreender a prevalência do uso de crack, já que não há séries históricas confiáveis que permitam avaliar se houve aumento significativo do número de atingidos num determinado lugar e período de tempo. Ao contrário, alguns pesquisadores que têm se dedicado a essa questão mostram que não há qualquer base científica para utilizar a noção de epidemia do crack, como tem sido feito largamente pelos meios de comunicação. Por exemplo, um estudo realizado por Nappo et al. (2012) com estudantes em 2010, mostra que não houve nenhum crescimento significativo do uso de crack em relação a um levantamento nacional de 2004, revelando que está ausente a ideia central do conceito de epidemia desde os textos hipocráticos (Lancetti, 2015), a saber, o aumento de determinada doença, num determinado lugar e num determinado tempo cronológico.

Contudo, ainda que imprópria, a expressão “epidemia de crack” se propagou e foi apropriada por diversos segmentos da sociedade: política, poder público, saber médico, serviços de assistência social e de saúde, judiciário, segurança pública, os próprios usuários, familiares, entre outros. Como ressaltado por Lancetti (2015), independentemente de sua veracidade, a epidemia de crack, enquanto simulacro, existe. E, como bom simulacro, é atuante, produz efeitos e riscos, incide nas subjetividades, encobre outros problemas, impulsiona gestões e programas de assistência, cuidado e repressão, alavanca estratégias de “combate” e “enfrentamento”, de tratamento e prevenção, organiza territorialidades e formas de controle urbano (Lancetti, 2015; Rui, 2014).

Como importante contraponto, alerta e possibilidade de problematização e desconstrução dessa “verdade fabricada”, do simulacro de epidemia de crack no Brasil, uma pesquisa coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz, 2014) mostra dados relevantes, que merecem ser aqui apresentados. Esse estudo sobre o número e o perfil de usuários de crack e outras formas similares de cocaína fumada (pasta base, merla e “oxi”) no Brasil, foi

encomendado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) à Fiocruz, diante da ampla mobilização da opinião pública, dos meios de comunicação e das instâncias políticas em torno das cenas abertas de uso de crack – conhecidas como cracolândias –, que ganham lugar de destaque na agenda nacional. Trata-se do maior e mais completo levantamento já realizado sobre consumo de crack em nível global e foi executado a partir de complexa e rigorosa metodologia, que confere consistência e robustez aos dados.

O estudo sobre a estimativa do número de usuários de crack foi realizado por meio de um inquérito domiciliar de natureza indireta, que não tem como foco primário a entrevista com usuários de drogas (método NSUM – *Network Scale-up Method*). Essa metodologia é mais efetiva para avaliação de populações não regularmente domiciliadas e de difícil acesso – como é o caso dos usuários de crack – e permite estimar, além das pessoas domiciliadas, os indivíduos presos, hospitalizados, vivendo em locais abrigados ou na rua, fugitivos da justiça etc., pois não questiona o próprio respondente sobre seu comportamento e sim sobre o comportamento de outros indivíduos pertencentes a sua rede de contatos. Além disso, por meio dessa metodologia, reduz-se o viés da informação normalmente gerado pelo mascaramento de informações de comportamentos estigmatizados ou criminalizados dos respondentes.

Com o objetivo de trazer à mostra as características da “população usuária de crack” para informar e orientar o desenho, construção e avaliação de políticas públicas e estratégias de prevenção e tratamento, o estudo apresenta uma estimativa da magnitude dessa população e descreve tanto suas características sociodemográficas quanto comportamentais, a partir de uma amostra complexa e representativa das 26 capitais, Distrito Federal, nove regiões metropolitanas e municípios de médio e pequeno porte. A estimativa encontrada pela

pesquisa é de 370.000 usuários regulares²⁴ de crack e similares, o que corresponde a 0,8 % da população das capitais brasileiras e a 35% dos consumidores de drogas ilícitas no país. Dentre os 370.000 usuários de crack e/ou similares, 80% utilizam-no em espaços públicos, de interação e circulação de pessoas, espaços abertos de fácil visitação e visualização.

Esses dados são de extrema importância para colocar em questão a narrativa largamente difundida da epidemia de crack – e todas as repercussões e estratégias que elas implicam ou justificam. O número de usuários detectados equivale a menos da metade do indicado por outros estudos exclusivamente domiciliares, que utilizaram amostras muito reduzidas, o que revela que, embora bastante grave, a situação não coincide com o quadro de caos e explosão incontrolável que acometeria o Brasil (Lemgruber, 2013). Além disso, ainda que essa prevalência seja muito preocupante, ela é significativamente distante das prevalências estimadas de uso abusivo de álcool que, a despeito de serem de oito a 15 vezes maiores que a de crack (Garcia, 2016), não são narradas com o tom alarmista e de pânico social que caracteriza as narrativas dominantes sobre o crack. Embora seja plausível a ideia de uma expansão do número de pessoas que consomem o crack, os dados da pesquisa da Fiocruz (2014) revelam que a gravidade da situação reside, principalmente, na alta vulnerabilidade social da maioria de usuários, como será discutido adiante.

Antes disso, contudo, considero importante chamar a atenção para a expressão *população usuária de crack*, pois ela embute elementos importantes para as reflexões e discussões que serão tecidas no decorrer desta tese. Primeiramente, essa expressão torna manifesto um processo que destaca e distancia os usuários de crack em relação não apenas à população em geral (como propõe Rui, 2014), mas, também, em relação aos usuários de outras drogas. Essa transformação dos usuários de crack em uma população específica, diferenciada – e defasada – é, a um só tempo, produto e produtora da centralidade e

²⁴ Utilizou-se a definição da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), segundo a qual o uso regular equivale ao uso de drogas por pelo menos 25 dias nos últimos seis meses.

hipervisibilidade que a questão do crack ganha na cena social brasileira contemporânea e constitui importante elemento para a compreensão dos regimes de enunciação construídos em torno dessa droga e de seus usuários, bem como da centralização e privilégio dos recursos, ações e dispositivos políticos e institucionais em torno do crack²⁵.

Além disso, a expressão *população usuária de crack* remete às formulações de Foucault (2005) sobre a biopolítica, que, a meu ver, constituem um valioso referencial de análise e compreensão da questão do crack no Brasil. A delimitação dos usuários de crack em uma *população usuária de crack* reflete o processo explicitado por Foucault (2005) em que, na passagem do poder disciplinar para o biopoder (que não substitui a técnica disciplinar, mas integra-a), a nova tecnologia de poder vai se dirigir não à multiplicidade dos indivíduos e seus corpos, tampouco à sociedade e à noção de corpo social, mas às pessoas formando uma massa global: um “novo corpo, corpo múltiplo, corpo com inúmeras cabeças, se não infinito pelo menos necessariamente numerável. É a noção de população” (Foucault, 2005, p. 292).

A biopolítica lida com a população, implanta mecanismos de previsões, estimativas estatísticas, previsões globais e dirige-se a fenômenos coletivos, que só ganham pertinência no nível da massa. Nesse sentido, vê-se que a *população usuária de crack* aparece como um problema concomitantemente político e científico, como problema de saúde pública e como “problema de poder” (Foucault, 2005, p. 293).

A expressão *população usuária de crack* aproxima a questão daquilo que Foucault descreveu como a configuração, no final do século XVIII, da “doença como fenômeno de população”: a natureza, a extensão, a duração e a intensidade de doenças que acometem uma população passam a constituir objetos de saber e alvo de controle da biopolítica. Trata-se de

²⁵ Cabe ressaltar que, se aproveitei a ocorrência da expressão *população usuária de crack* na pesquisa da Fiocruz, com isso não pretendo atribuir a esse estudo a responsabilidade pela expressão ou pelos processos que distinguem e delimitam os usuários de crack numa população diferenciada. A própria pesquisa da Fiocruz, como já destacado anteriormente, constitui uma resposta à ampla mobilização e centralização em torno do crack.

doenças difíceis de extirpar, cuja morbidade é encarada não mais no sentido da morte que se abate brutalmente sobre a vida (como das famosas epidemias que traziam dramas temporários de morte multiplicada e iminente para todos), mas como subtração das forças, diminuição do trabalho e produtividade, custos econômicos: “a morte permanente, que se introduz sorrateiramente na vida, a corrói perpetuamente, a diminui e a enfraquece” (Foucault, 2005, p. 291).

Além do fato de essa descrição da “doença como fenômeno de população” apresentar uma semelhança significativa com as narrativas e discursos dominantes que estabelecem o crack como uma doença, essa aproximação permite pensarmos no fenômeno do crack como um campo privilegiado de intervenção da biopolítica e nos dá elementos para problematizar e refletir sobre as estratégias e intervenções de atenção, cuidado e terapêuticas. São esses fenômenos, as “doenças como fenômeno de população”, que, segundo Foucault (2005), introduzem a medicina com a função primordial de “higiene pública, com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, e que adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população” (p. 291).

1.3. O uso de crack e as situações de precariedade, vulnerabilidade e exclusão social

Além da pesquisa domiciliar para a estimativa do número de usuários de crack no Brasil, o estudo da Fiocruz (2014) também realizou pesquisa de campo nos locais utilizados para o consumo em todas as regiões do país. O inquérito epidemiológico serviu-se do método TLS (*Time-Location Sampling*) – que consiste na seleção aleatória de locais, dias da semana, turnos e horários distintos para visitação das equipes de campo – para registrar e retratar o perfil dos usuários de crack e a dinâmica das cenas públicas de uso, mapeadas previamente

com base em informações obtidas de fontes locais. Os dados desse levantamento trazem à luz a situação de alta vulnerabilidade social, precariedade, marginalização e exclusão em que se encontra a maioria dos usuários de crack no Brasil e revelam a predominância de um perfil de uma “população adoecida e estigmatizada” (Bertoni & Bastos, 2014), mas, nem por isso, menos múltipla e nuançada, assim como os diferentes contextos em que se insere.

Os resultados apontam que os usuários de crack e/ou similares no Brasil são, majoritariamente, adultos jovens – com idade média de 30 anos –, predominantemente do sexo masculino – 78,7%²⁶. Com relação à raça/cor autodeclarada, observou-se um importante predomínio de não-brancos – cerca de 80% – entre os usuários de crack, o que indica a sobrerrepresentação de pretos e pardos²⁷ nessa população, uma vez que, na população geral, os não-brancos correspondem a aproximadamente 52% da população brasileira (IBGE, 2010). Em relação à situação conjugal, a maioria dos usuários declarou ser solteira – 60,64%.

No que tange à escolaridade, a ampla maioria dos usuários esteve em algum momento na escola, mas observou-se baixa frequência de usuários que cursaram ou concluíram o ensino médio – menos de 20% – e baixíssima proporção de usuários com ensino superior completo ou incompleto – menos de 5%. Observou-se uma expressiva proporção de usuários em situação de/na rua – 40% –, o que não significa que esse contingente morava necessariamente nas ruas, mas que nelas passava grande parte do seu tempo e com elas mantinha uma vinculação, seja mais permanente ou apenas transitória.

Trabalhos esporádicos (“bicos”) ou autônomos constituíram a forma mais comum de obtenção de dinheiro relatada pelos usuários – 65% – e, em segundo lugar, a renda proveniente de esmolas – 12,8%. Apenas 4,2% relataram ter um trabalho regular com carteira assinada como fonte de renda e 8,19% apontaram ser esta proveniente de trabalho regular

²⁶ Inquéritos domiciliares anteriores – que não abrangiam cenas públicas – mostraram uma proporção de, aproximadamente, 60% homem e 40% mulher. Essa diferença com relação ao estudo da Fiocruz está em sintonia com a literatura nacional, que aponta para uma presença masculina maior em cenas abertas e na interface com tráfico.

²⁷ Conforme as categorias do IBGE.

sem carteira assinada. Notou-se uma frequência elevada do relato de sexo em troca de dinheiro/droga – 7,5% –, quando comparada à população geral, em que a proporção de profissionais do sexo é inferior a 1%. Não obstante, a pesquisa conclui que, embora o sexo comercial seja uma fonte relevante de renda nessa população, ele não representa o financiamento integral do consumo de crack entre as mulheres, como o afirmam algumas narrativas e observações assistemáticas frequentemente veiculadas. Uma minoria dos usuários entrevistados relatou envolvimento com atividades ilícitas – tráfico de drogas: 6,4% e furtos/roubos/afins: 9,0% – e não se observou serem estas a fonte de renda principal dos usuários de crack.

Embora o histórico criminal não tenha sido foco central da pesquisa, verificou-se um importante dado: quase metade dos usuários de crack já havia sido presa pelo menos uma vez na vida. Entre os motivos de detenção destacam-se: uso ou posse de drogas – 13,9%, assalto/roubo – 9,2%, furto/fraude/invasão de domicílio – 8,5% e tráfico ou produção de drogas – 5,5%.

Esses achados da pesquisa da Fiocruz interessam-me sobretudo porque, ao traçarem um perfil abrangente dos usuários de crack no Brasil, permitem olhar para alguns dos principais elementos que compõem as *mesmas histórias* evocadas pelos pacientes em minha prática clínica. Como revelado pelos dados, são histórias marcadas pela pobreza, precariedade, exclusão, racismo, baixa escolaridade, desemprego ou empregos precários, vivência de rua, conflitos com a lei e encarceramento. Essas características – em especial o fato de serem majoritariamente não-brancos (80%, vale repetir) e a baixa escolaridade – constituem marcadores de uma desvantagem social presente já no início da vida e indicam origens familiares e inserções sociais de alta vulnerabilidade. A maioria desses usuários de crack, marcados pelo racismo e excluídos da possibilidade de aproveitar o potencial efeito emancipador da escolarização, entra na disputa por trabalho, renda e posição social em franca

desvantagem e fica exposta a diferentes formas de estigmatização, marginalização e às situações de violência e violação de direitos que lhe são intrínsecas (Garcia et al., 2014).

Em suma, os dados revelam que o uso problemático de crack atinge a parte da população brasileira mais estigmatizada e castigada em suas relações com o Estado e com a sociedade em geral e salientam a complexa e intrincada relação entre a vulnerabilidade social e a dependência de crack. Abstenho-me da discussão em torno da busca e construção de uma direção única de causalidade. A mão dupla desta via parece-me muito mais fecunda para pensar e compreender o problema: tanto o uso de crack é um sintoma eloquente de dinâmicas sociais profundas de racismo, precariedade, exclusão e marginalização social, quanto o uso compulsivo pode agravar as situações de desigualdade, precarizar e vulnerabilizar ainda mais as condições sociais – sobretudo pelo fato de esse uso ser englobado por um contexto proibicionista e de guerra às drogas.

Ressalto que o estudo da Fiocruz (2014) mostra a existência de outros perfis de usuários e evidencia a heterogeneidade das pessoas e grupos que consomem o crack, dos contextos e padrões de uso, bem como as múltiplas possibilidades de vinculação com a droga. Por exemplo, um dos perfis traçados por Garcia et al. (2014) a partir desses dados corresponde aos “Adultos socialmente integrados”: pessoas que experimentaram menos danos decorrentes do uso de crack e alguns, inclusive, que desenvolveram estratégias de gestão do consumo, mais ou menos exitosas (Oliveira, conforme citado por Garcia et al. 2014). São pessoas inseridas no mercado de trabalho, ainda que em tempo parcial ou de forma temporária e que dispõem de maior apoio social, familiar ou de comunidades religiosas.

Contudo, é patente que a ampla maioria dos usuários de crack, incluídos aqueles que frequentam o CAPS-AD do qual emergem as principais problemáticas desta pesquisa, encontra-se em situação de grande precariedade e marginalização e é originária de uma classe

social não apenas destituída de capital econômico e cultural, mas destituída, tal como desenvolvido pelo sociólogo Jessé de Souza (2009), das próprias condições sociais e culturais que permitiriam essa apropriação. Retomo aqui alguns pontos de seu estudo sobre essa classe no Brasil, pois ele traz importantes discussões e articulações para a compreensão desse segmento de usuários de crack ao qual se dedica esta tese. Principalmente, por meio de um movimento de aproximação e distanciamento com respeito a seus argumentos, esse estudo de Souza (2009) auxilia-me a começar a traçar algumas indicações para um posicionamento clínico frente às situações de precariedade e exclusão social.

1.4. Precariedade e sujeito “sem nada”: esboços para um posicionamento clínico frente a situações de vulnerabilidade e marginalização social

Para compreender a produção, reprodução e naturalização da desigualdade estrutural brasileira, Souza (2009) parte de uma análise de como as principais instituições sociais – mercado e Estado – vão interferir em nossas atitudes e vida cotidiana e, em certa medida, comandá-las por meio de “fios de sentido” ocultos, dos quais não temos consciência. Mercado e Estado atravessam, de forma invisível, os aprendizados sociais de acordo com suas necessidades e interesses e, a partir de uma hierarquia de valores, investem e privilegiam determinados modos de subjetivação, moralidade e comportamento e desqualificam outros, condenando-os a figuras não desenvolvidas, ao estigma social e à marginalização. A matriz moral e valorativa de nossa sociedade, que vai determinar a “virtude”, o reconhecimento social, a admiração, o respeito e a autoestima dos indivíduos, repousa, segundo Sousa (2009), em duas dimensões principais: o trabalho produtivo e útil e o expressivismo – a valorização de uma “voz própria” e singular, de um estilo pessoal e original.

Contudo, Souza (2009) argumenta que, ao contrário do que a ideologia dominante da meritocracia defende – a crença na igualdade de oportunidades e precondições individuais e no mérito decorrente do desempenho – os indivíduos são diferencialmente aparelhados para a competição social e para a realização e desempenho desses atributos e atitudes valorados e reconhecidos socialmente. Esse, segundo Sousa (2009), é o “segredo mais bem guardado do mundo moderno” (p. 120). Pois da invisibilização e “esquecimento” do fato de que os indivíduos não possuem as mesmas precondições sociais e emocionais para a competição social, depende a legitimação do mundo moderno como “ordem justa”, que superou as barreiras de sangue e nascimento das sociedades pré-modernas.

Existem, portanto, segundo Souza (2009), pré-condições que constituem a base da estratificação social e determinam o sucesso ou o fracasso na competição social, na conquista efetiva de renda, bons salários e capital cultural – bem como no prestígio a eles vinculados – e na liberdade de ação expressiva. E essas pré-condições não são apenas materiais e financeiras, mas, também, simbólicas, emocionais e afetivas. Segundo Souza (2009), os membros da classe social brasileira mais desfavorecida estão em genuína desvantagem também no que diz respeito à “economia emocional” necessária para a incorporação de conhecimento e recursos, para o efetivo processo de escolarização e seus potenciais efeitos emancipadores e para a inserção no mercado de trabalho. Trata-se, segundo Souza (2009), de disposições fundamentais e pré-reflexivas, pressupostos emocionais, cognitivos e morais que são aprendidos na socialização primária e familiar e, posteriormente, na integração às instituições sociais: o autocontrole, a disciplina, o domínio do corpo e de suas pulsões, a capacidade de concentração, o pensamento prospectivo, as habilidades sociais e estilos de comunicação.

Cumprido ressaltar que, na leitura que faço de Souza (2009), não se trata aqui da concepção desses indivíduos como “selvagens” desprovidos de capacidades de controle do

corpo, indisciplinados, brutos e irracionais. Trata-se, antes, de uma confrontação explosiva entre, de um lado, o que é exigido, reconhecido e valorizado pela matriz moral e valorativa do mercado competitivo e das principais instituições sociais e, de outro lado, o que é possível ser transmitido na sociabilidade familiar condicionada pelo abandono social. Confrontação esta que produz a desqualificação, estigmatização e marginalização das disposições e pressupostos emocionais, cognitivos e morais das classes desfavorecidas que não se adequam à matriz dominante.

É justamente nesse ponto que ficam evidentes as barreiras praticamente intransponíveis entre as classes sociais e a possibilidade quase ínfima de qualquer mobilidade ascendente, o que conduz a uma reprodução infinita do fracasso, precariedade e marginalização. Como essas precondições que permitem criar o indivíduo produtivo e competitivo em todas as esferas da vida são escondidas atrás da ênfase nas condições econômicas, o “fracasso” dos indivíduos de classes não privilegiadas passa a ser atribuído à “culpa” individual. E seu abandono social e político, assim como a reprodução do privilégio de classe, perpetua-se de maneira invisibilizada. Segundo Souza (2009), a definição puramente econômica das classes escamoteia e nubla o fato fundamental de que as classes sociais são produzidas e reproduzidas, antes de mais nada, nas situações de grave abandono social e político que caracterizam os contextos familiares das classes mais desfavorecidas.

A partir de pesquisas empíricas, Souza (2009) mostra que as crianças provenientes de famílias já marginalizadas iniciam o processo de escolarização em franca desvantagem, em instituições que, na maioria das vezes, não são sensíveis às diferenças nas “aparelhagens” individuais em função da classe. O choque cultural e moral entre os modos de subjetivação, as técnicas corporais, a relação com a temporalidade, os estilos de comunicação, as prioridades e interesses afetivos transmitidos na socialização familiar e aqueles exigidos pela escola serão interpretados pela instituição, de forma estigmatizante, como indisciplina,

“rebeldia”, incapacidade de concentração, inteligência limitada etc. Dessa forma, a instituição que deveria funcionar para a criança como elemento emancipador e de qualificação para a inserção social passa a funcionar, na maioria dos casos, como um espaço que a segrega, que lhe incute o sentimento de não pertencimento e inadequação, e constitui, ainda, a chancela oficial da sua “incapacidade” e “fracasso”.

Portanto, a complexidade das inter-relações que se tecem entre família, escola e pares é de grande importância para a produção, manutenção e reprodução da marginalização social (Bourgois, 2013; Souza, 2009). Inicia-se aí, na maioria das vezes, o processo de impossibilidade afetiva, emocional e existencial de “in-corporação” dos pressupostos indispensáveis à apropriação de capital tanto econômico quanto cultural e a trajetória de progressiva participação precária nas principais instituições e esferas sociais, podendo conduzir à marginalização e à exclusão. Assim como seus pais, essas crianças serão canalizadas no setor econômico mais marginal. A falta de um emprego regular ou a inserção em empregos precarizados e desqualificados, como destacado por Souza (2009), vai engendrar não apenas a falta de uma renda segura no fim do mês, mas todo um sistema de organização do tempo e da vida que atinge diferentes dimensões da existência e que são incompatíveis com a organização social fundamentada na disciplina, no autocontrole, no cálculo e na racionalidade do planejamento futuro. A vivência da temporalidade é marcada por necessidades precárias que não podem ser adiadas, pelo imediatismo do instante hiperinflacionado, por uma sucessão do presente que absorve o psiquismo e dificulta uma capacidade prospectiva da categoria de futuro.

Além disso, os indivíduos das classes desfavorecidas são “aproveitáveis” unicamente em empregos desqualificados em que são meramente corpos, dispêndio de energia muscular, corpos explorados e mal remunerados pelas classes média e alta, objetivamente desprezados e condenados à delinquência ou ao abandono:

É apenas porque nós brasileiros permitimos a reprodução continuada de uma classe condenada a ser “corpo” sem alma ou mente (ou seja, uma forma de indivíduo racional aproveitável econômica e politicamente) que podemos também temê-la e persegui-la cotidianamente como delinquentes ou delinquentes potenciais. E apenas por serem percebidos como meros corpos, numa sociedade que valoriza a disciplina e o autocontrole acima de tudo, é que essa classe desprezada é vista como tendencialmente perigosa e como assunto de “polícia”, e não da “política” (Souza, 2009, p. 122).

O estigma da delinquência, como mostra Souza (2009), cinde essa classe já marginalizada e estigmatizada – condenada a ser potencialmente “perigosa” –, produzindo dois lados: os honestos e os delinquentes. O uso de crack, com relação ao modo como os usuários são vistos e julgados, produz fenômeno semelhante e intimamente articulado a essa cisão. A ideia de uma voluntariedade, de disposições e escolhas individuais presentes nas trajetórias de uso de crack (e também na possibilidade de interrupção do uso, o que se expressa na corrente exortação: “é preciso ter força de vontade para parar”), conduz a interpretações que vão potencializar ainda mais a culpabilização individual pelas inserções precárias no mercado de trabalho e na vida social como um todo. E, na visibilidade e interpretações públicas, simbólicas e políticas, os usuários de crack serão situados muito mais próximos ao lado “delinquente” do que ao lado “honesto”, sendo pensados e publicizados a partir da ideia de fracasso individual e julgamento moral.

Em suma, as discussões de Sousa (2009) interessam-me sobretudo porque, ao mostrarem que a precariedade das classes sociais mais desfavorecidas não é apenas econômica, social e política, mas, também e indissociavelmente, cultural, existencial e simbólica, elas nos permitem enxergar aquilo que a hipervisibilidade do crack ofusca: a baixa escolaridade, a trajetória de desemprego ou de empregos desqualificados, a fragilização ou

ruptura dos vínculos institucionais e familiares, a precariedade e a marginalização não são simplesmente – ao contrário do que formulam as interpretações dominantes – efeitos e consequências do uso de crack.

O crack tampouco é o responsável exclusivo pelas supostas “incapacidades” de autocontrole, domínio do corpo e de suas pulsões, disciplina e concentração. Nem mesmo a questão da temporalidade e dos ritmos corporais, em que a relação do sujeito com o tempo (marcada pela fragmentação, efemeridade, o imediatismo, a urgência e a hiperinflação do instante presente) parece estar intimamente imbricada com as características da substância química (efeitos rapidamente alcançados, intensos e de curtíssima duração), pode ser unicamente atribuída ao crack. Todas essas características, comumente veiculadas como consequências do uso de crack, também se articulam com os modos de organização subjetiva decorrentes das condições de precariedade e marginalização social. É necessário reconhecer, portanto, que o uso problemático do crack é um fenômeno intrinsecamente articulado ao processo estrutural de produção e reprodução da desigualdade social, que constitui uma classe marginalizada e estigmatizada, destinada a viver em uma situação de precariedade e vulnerabilidade social, sujeita a diferentes formas de violências, desde as simbólicas àquelas que se dão no real do corpo.

Contudo, faz-se necessário enunciar também aquilo que, neste estudo, se distancia das ideias desenvolvidas por Jessé de Souza (2009), seus limites com relação ao objetivo aqui proposto de refletir sobre a clínica psicanalítica com usuários de crack em situações de precariedade e marginalização. Embora considere de extrema importância a denúncia feita por Souza (2009) sobre as diferenças nas “aparelhagens” individuais em função da classe social, percebo que suas afirmações de que os indivíduos das classes mais desfavorecidas são desapropriados de “disposições fundamentais e pré-reflexivas”, de “pressupostos emocionais,

cognitivos e morais” podem, facilmente, escorregar para uma concepção que confunde precariedade e exclusão com ausência total de recursos.

Não cabe aqui uma discussão interpretativa sobre os argumentos de Souza (2009), mas, para evitar incorrer em uma concepção que coloca os sujeitos “excluídos” ou em situação de precariedade como o emblema absoluto do sujeito “sem nada” (Douville, 2012a), completamente desprovido de recursos, considero importante ressaltar o posicionamento aqui adotado: ao mesmo tempo em que é fundamental e indispensável reconhecer as inúmeras desvantagens e privações de condições materiais, culturais e simbólicas que atingem os sujeitos aqui investigados, é necessário ir além e encará-los não apenas por uma abordagem deficitária, em termos de faltas, carências, misérias e privações.

Como ressaltado por Douville (2012a), não é nada falso colocar o excluído como uma vítima, violentado, desprovido em diversas dimensões; mas é insuficiente e, acrescento, tende a enfraquecer ainda mais o sujeito. O trabalho clínico implicado no acolhimento e escuta de subjetividades singulares exige buscar compreender não apenas aquilo de que os sujeitos são desprovidos, mas aquilo que eles têm, suas potencialidades, os modos de habitar o corpo, o espaço e a palavra ainda presentes e em funcionamento e seus processos de resistência. Na mesma perspectiva, é necessário pensar não apenas nas forças e instâncias que negam e rejeitam o sujeito expurgado, mas, também, compreender aquilo que o próprio sujeito nega, aquilo que ele recusa, aquilo ao qual ele objeta (Douville, 2012a).

Portanto, o posicionamento clínico e de pesquisa que assumo consiste em reconhecer que os sujeitos em situação de precariedade, vulnerabilidade e exclusão social sofrem inúmeras violências, desvantagens e privações em diferentes ordens e, ao mesmo tempo, superar essa ideia e investir na aposta e no reconhecimento de que há aí um sujeito com potencialidades, saberes, recursos subjetivos, capacidades críticas e de elaboração, formas de resistência, sonhos e vontade de se reinventar e viver melhor, o que quer que isso possa

significar para o próprio sujeito. Trata-se, a meu ver, de uma condição para acreditar e apostar na viabilidade de um trabalho clínico e terapêutico nessas situações e sustentar a possibilidade de promover mudanças subjetivas e de encontrar caminhos, ainda que estreitos, diante de dilemas estruturais profundos, políticos, sociais, econômicos e culturais, que ultrapassam o alcance imediato do enquadre clínico-institucional.

Um dos objetivos que será desenvolvido a partir da segunda parte desta tese consiste em examinar as incidências desse contexto social, político e cultural sobre a subjetividade, sobre o laço social e sobre a configuração de formas particulares de uso do corpo e da palavra e compreender como isso se relaciona com a constituição, na economia psíquica do sujeito, de um lugar e função privilegiados para o crack. Ao mesmo tempo, e de forma articulada e estreitamente enodada, trata-se de interrogar como a ação específica do crack sobre o psiquismo e seus múltiplos efeitos sobre as sensações e dinâmicas corporais se ligam à experiência do sujeito, à sua relação com o outro, à temporalidade, à sua história de vida, ao laço social e à realidade sociocultural.

Em outras palavras, a tarefa a que me proponho na parte clínica desta tese consiste num questionamento que se debruça sobre a articulação entre as lógicas de subjetivação resultantes desse tipo de estruturação e pacto social, marcado pela precariedade, exclusão e vulnerabilidade, e o destino psíquico e cultural em que o crack ganha uma preponderância e uma centralidade problemáticas na vida do sujeito.

Antes disso, contudo, apresento no próximo capítulo uma reflexão desenvolvida a partir da noção foucaultiana de dispositivo sobre a trama de discursos, imagens, representações, saberes, práticas, políticas públicas e instituições tecida em torno da questão do crack. Apresento dois eixos principais desses elementos, para, em seguida, analisá-los a partir das dimensões do “saber”, “poder” e “subjetivação” que, segundo Foucault (2016), compõem um dispositivo.

Capítulo II: O dispositivo do crack

Como já destacado anteriormente, nos últimos 15 anos, a questão do crack assumiu grande visibilidade e centralidade no cenário social brasileiro, ganhando, num gradiente crescente, um foco de atenção importante dos meios de comunicação, da ciência, da moral, da religião, da política e do Estado. Essa centralidade gerou o efeito de produzir uma plethora de narrativas e discursos em torno da questão e de acionar intervenções, práticas, formulação de políticas públicas e diferentes mecanismos assistenciais, repressivos, sanitários, urbanísticos, morais, religiosos e políticos. A noção foucaultiana de “dispositivo” mostra-se bastante elucidativa e profícua para pensar sobre essa configuração:

Por esse termo [dispositivo] tento demarcar, em primeiro lugar, um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos (Foucault, 2016, p. 364).

A partir da perspectiva aberta por Vargas (2001) e Tiburi e Dias (2013), que formularam a ideia de um “dispositivo das drogas”, proponho tomar a noção de dispositivo para identificar e analisar diferentes elementos que se constituem em torno da questão do crack no Brasil e compreender as relações que se estabelecem entre eles, suas funções e efeitos. Proponho, portanto, pensar sobre a constituição e funcionamento, na contemporaneidade brasileira, de um “dispositivo do crack”: uma complexa e emaranhada rede de saberes, discursos, representações, políticas públicas, práticas e instituições tecida em torno da questão do crack. O “dispositivo do crack” não corresponde, portanto, a nenhuma

medida ou elemento específico, mas à rede que se estabelece entre eles. Trata-se de um “novo ou meado” – como define Deleuze (1990) o dispositivo –, um conjunto multilinear de agenciamentos coletivos que não se fixam de forma exclusiva em nenhuma instância específica, mas que perpassam o campo social através da mediação dos elementos mais diversos (Vargas, 2001): discursos midiáticos, médicos, religiosos, políticos e eleitoreiros; leis, políticas públicas, intervenções; espaço urbano, gestões e disputas territoriais; estratégias de tratamento, instituições de cuidado, instituições de internação; ações de assistência, ações repressivas e medidas policiais, entre outros.

Sem pretender ser exaustiva em relação a todos os elementos que compõem essa rede, foco meu olhar e análise em dois eixos principais que se fazem mais pertinentes e relevantes no âmbito desta tese: (1) os discursos, representações e interpretações sobre o crack e os usuários que circulam socialmente de forma predominante; (2) o campo de intervenções atravessado por paradoxos e disputas terapêuticas e políticas que se conforma em torno do usuário de crack.

II.1. Os discursos, imagens e representações dominantes sobre o crack e o usuário

Se a epidemia do crack é questionável, é inquestionável a ascensão acentuada dos discursos sobre o crack, principalmente nos meios de comunicação, que dedicam numerosos artigos, editoriais, reportagens, propagandas e programas televisivos ao tema. O fenômeno do crack no Brasil alcançou na contemporaneidade uma hipervisibilidade que produz o efeito de obliterar e tornar invisíveis as pessoas que usam essa droga, suas vidas, histórias e singularidades. Não se trata aqui de uma contradição, mas da figura generalizada e homogênea que é colocada sob os holofotes, câmeras e narrativas, como se não houvesse especificidades de contextos e padrões de uso, variabilidade em termos dos efeitos e

repercussões na vida, aspectos relativos à segmentação social ou singularidades e trajetórias individuais.

É notório e central o papel que os meios de comunicação desempenham na construção e disseminação dos significados e discursos dominantes sobre o crack e seus usuários. As narrativas midiáticas constituem o principal agente de produção dos sentidos que circulam socialmente sobre essa droga, influenciando as representações, as identidades, o imaginário social, o debate e inclusive as políticas públicas relacionadas ao crack (Borges & Borges, 2013; Cunda & Silva, 2014; Medeiros, 2015; Rocha & Silva, 2016; Rodrigues, 2016; Romanini & Roso, 2012).

Apesar da enorme exposição da qual o crack desfruta, há muito desconhecimento e distorção em relação ao perfil dos usuários, aos efeitos reais da substância e aos significados, contextos e padrões de uso (Raupp, 2011; Toffoli, 2014). Com relação às propriedades químicas, é veiculada de forma prevalente a ideia de uma substância suja e impura que não passou pelo processo de refino (Tiburi & Dias, 2013), mas extremamente poderosa, com efeitos rápidos, intensos e “sequestradores” (Nery et al., 2013), capaz de provocar fissuras incontroláveis por uma nova tragada e dependências graves a partir de pouquíssimos usos.

Como observado em estudos que se dedicaram à análise do material midiático sobre o crack (Borges & Borges, 2013; Cunda & Silva, 2014; Medeiros, 2015; Rocha & Silva, 2016; Rodrigues, 2016; Romanini & Roso, 2012; Rui, 2014), ele é situado num lugar absoluto de mal contagioso a ser combatido e extirpado e enfatizado como o responsável – do ponto de vista do tráfico ou do consumo – por inúmeras tragédias individuais, familiares e sociais; por trajetórias de decadência, ruína e fracasso; por perdas materiais, afetivas e morais; pela degradação física e psíquica e pela destruição dos laços sociais e familiares. O crack é frequentemente associado ao flagelo, à violência, à criminalidade, à morte, à periculosidade, à doença e à desordem urbana, e representa a demarcação de “territórios crônicos” de

precariedade, caos e periculosidade nas cidades (Medeiros, 2010 e 2015; Rodrigues, 2016; Rui, 2014). Em suma, os discursos e interpretações dominantes, sobretudo aqueles veiculados pelos meios de comunicação, operam uma demonização do crack, a tal ponto que levam à construção de enunciados como o que ouvi de um paciente do CAPS-AD, em que o crack é concebido como uma substância “feita com a raspa do chifre do diabo”²⁸.

Atrelada à imagem do crack como um mal poderoso, é construída a figura escandalosa e espetacular do usuário de crack – os “noias”, “noiados”, “cracudos” ou “craqueiros”, como são pejorativamente rotulados –, interpretado unicamente em termos de faltas, falhas ou fraquezas, sejam físicas, morais, psíquicas ou sociais; pela perda do controle, da autonomia individual, do caráter e da “dignidade” e pela completa sujeição aos poderes da droga.

Os usuários de crack são apresentados, pelas interpretações e discursos dominantes, como zumbis, mortos-vivos, monstros, demenciados, incapazes de pensar, sentir, sonhar ou desejar outra coisa que não o crack, mas capazes de fazer qualquer coisa por ele. Como identificado por Rui (2014) em pesquisa feita sobre o material da imprensa em torno do crack, as notícias relatam que, por causa dele, *perde-se o controle e o caráter, a vergonha e a dignidade, até a alma perde-se um pouco* (Folha de S. Paulo, 15/01/2005, Cf, Rui, 2014). O crack transforma um “sujeito-homem” em “noia” (Biondi, 2011), em zumbis que perdem qualquer traço de humanidade, *“defecam na frente de todo mundo; fazem sexo em qualquer lugar. E, se você reclama, atacam de forma repulsiva. Escarram em você, abrem suas feridas, vomitam em você”* (Fala de um policial militar na cracolândia de São Paulo, segundo matéria de 26/06/2009, da Folha de S. Paulo. Cf. Rui, 2014).

A desumanização e animalização dos usuários constituem as categorias fundamentais que estruturam os discursos mais recorrentes sobre o crack; contudo, nesse processo de animalização, lhes é poupada e preservada uma determinada característica humana: a

²⁸ Valença (2013) também identificou construção narrativa semelhante, enunciada por um pastor, líder de comunidade terapêutica.

responsabilidade moral e exclusivamente individual pelo problema (Rocha & Silva, 2016). Como destacado por Rodrigues (2016), a cobertura midiática, salvo raríssimas exceções, vela e escamoteia a relação do problema do crack com a precariedade e vulnerabilidade produzidas pela desigualdade social no Brasil. O fracasso e degradação associados aos “noias” e “cracudos” são interpretados somente em termos de culpa individual, fraqueza, falta de vergonha, de caráter e de vontade, associados aos “superpoderes” do crack.

Os usuários de crack são ainda concebidos e representados como seres compulsivos, sujeitos, perigosos, que são incapazes para o mercado e para o trabalho. “Lixos e refugos-humanos” que subtraem o espaço urbano e são responsáveis pela deterioração das cidades, constituindo os antagonistas da ordem social, o avesso da civilização (Rocha & Silva, 2016; Rodrigues, 2015). Um perigo mórbido que pode se multiplicar e se espalhar, tomando por completo as cidades, tal como aparece na indagação de um policial reportada pela Folha de S. Paulo: *“Você prefere tratar um câncer localizado? Ou com ele espalhado por todo o corpo? É isso o que estamos fazendo: espalhando o câncer [referindo-se às ações policiais na cracolândia de São Paulo]”* (Folha de S. Paulo, 08/01/2012, Cf.: Rocha & Silva, 2016).

A partir de um estudo sobre a abordagem do crack pela Folha de São Paulo, Rocha e Silva (2016) mostram que, até o começo dos anos 2000, o crack era abordado apenas em matérias sobre crimes e ações policiais. Somente a partir de 2012, quando o crack ganha um estatuto de tema político, o jornal passa a contemplar também o problema como uma questão de saúde e, muito eventualmente, como uma questão social. Contudo, os autores identificam que, a despeito dessa complexificação do tratamento sobre o tema, a visão animalizada sobre o usuário de crack continua dominante e atrai os discursos sanitário e social para sua órbita.

O canal “Quebrando o Tabu”²⁹ reuniu alguns comentários feitos na rede social Facebook que revelam o olhar de repugnância e desumanização lançado aos usuários de

²⁹ <https://www.youtube.com/watch?v=810NYv9KPdk>

crack e ilustram bem as imagens e representações que são construídas, veiculadas e assimiladas de forma dominante, radicalizadas aqui ao extremo da hostilidade, do ódio e do desejo de extermínio:

- *“Não tenho paciência pro irmão cracudo, quero que ele morra”*.

- *“Pelo amor joga uma bomba nisso. Muito mais do que cracudos, não produzem nada à sociedade, ainda sujam, roubam e depredam”*.

- *“Aproveita e dá chumbinho pra esses pestes, cambada de vagabundos!!! ZUMBIS!!! Brasil adora alimentar o que não presta. Coitadinho cracudo? Leva um pra casa”*.

- *“Dá logo 1 kg de pedra pra cada um morrer logo. Lixo humano, não produz nada e transforma as ruas em latrinas”*.

- *“Você que é contra a internação de um viciado em crack, leve um noia para a sua casa”*.

É certo que o crack apresenta um potencial aditivo e uma competência de danos e desorganização física, psíquica e social consideráveis (MacRae, 2013; Nery et al., 2013). No entanto, para além dos efeitos reais da substância química – que são generalizados e homogeneizados pelos discursos dominantes –, é feita sobre o crack e sobre os usuários uma valoração moral, que os aloca não apenas na pior das possibilidades de uso de drogas, mas na pior das possibilidades de existência, que sequer ganha o estatuto de “existência humana”. E essa valoração moral parece se estender e se reproduzir em diversos meios e contextos sociais, em que o crack e a figura do “noia” e do “cracudo” demarcam limites identitários, morais e corporais, estabelecem fronteiras significativas em diferentes grupos sociais e figuram como a alteridade radical, a experiência humana extrema, “o limite daquilo que não sou” (Rui, 2014, p. 54).

Como mostra Rui (2014), os usuários de crack, apesar de alimentarem o comércio de drogas, são humilhados, escarnecidos e violentados inclusive pelos próprios traficantes, que

consideram que os “noias” atrapalham as dinâmicas dos pontos de venda com seu constante ir e vir, e, principalmente, os classificam moralmente como degradados que perderam o controle sobre o próprio corpo, sobre o próprio consumo, sobre a própria dívida, sobre o próprio caráter. Também nas cadeias controladas pelo Primeiro Comando da Capital (PCC), é possível observar a estigmatização e depreciação moral em relação ao crack, onde o fim da circulação e consumo dessa droga teve importante alcance. O que está na base da justificção da “extinção” do crack nessas cadeias, segundo Biondi (2011), relaciona-se ao seu grande potencial de promover a contração de dívidas e desencadear conflitos, mas, como observado por Rui (2014), também está estreitamente associado ao limite moral que o crack representa. “Degradação”, “falta de controle” e “droga que faz o cara roubar a mãe, matar a mãe e tudo o mais” são os argumentos levantados por Marcola, suposto líder do PCC, quando fala da proibição de usar o crack no sistema penitenciário de São Paulo em depoimento à CPI do Tráfico de Armas em 2006 (trecho do depoimento³⁰ recuperado por Rui, 2014, p. 173).

Somando-se e articulando-se ao discurso da imprensa, a apropriação da questão do crack pela medicina e pelo aparato jurídico, de forma majoritária, condena o usuário à doença ou à delinquência. Atualmente, repete-se de forma enfática e acrítica que a dependência química é uma doença e uma questão de saúde pública. Se, por um lado, esse discurso revela uma tentativa de retirar a questão das drogas de uma abordagem puramente criminal e repressiva, alvo de ações da segurança pública e do judiciário, por outro lado, reforça uma patologização que pode nublar outros aspectos envolvidos, como as questões sociais e culturais, bem como as singularidades subjetivas. E como tratamento para a “doença crack” –

³⁰ O SR. MARCOS WILLIAN HERBAS CAMACHO (Marcola) – (...) Por exemplo, dentro do sistema penitenciário de São Paulo é proibido o uso de *crack*, de uma droga chamada *crack*. O SR. DEPUTADO PAULO PIMENTA - Isso foram os próprios presos que estabeleceram essa regra. O SR. MARCOS WILLIAN HERBAS CAMACHO (Marcola) — Foi essa organização criminosa, que viu a **degradação** a que os presos estavam chegando e viu que estava totalmente sob... em **falta de controle**. Não tinha como controlar o *crack* dentro da prisão. Então foi simplesmente abolida, pro cara... Como se abole **uma droga que faz o cara roubar a mãe, matar a mãe e tudo o mais**? É difícil. Então, tem que mostrar a violência e falar: “*Ó, cara, se você usar isso, pode te acontecer...*”. (apud Rui, 2014, p. 173, grifos meus)

doença crônica e recidivante – predomina a ideia de que a única possibilidade com potencial de êxito terapêutico é a internação, se necessário compulsória.

Em alguns aspectos e com roupagens científicas, determinados segmentos da psiquiatria tendem a corroborar os discursos midiáticos sobre o crack. Por exemplo, no editorial “Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade”, os psiquiatras Kessler e Pechansky (2008), de forma generalizante e descontextualizada, (1) afirmam que a dependência do crack é uma doença crônica; (2) ressaltam a velocidade com que o crack deteriora a vida mental, orgânica e social do indivíduo; (3) associam o crack com índices mais altos de violência e criminalidade; (4) afirmam que estratégias de redução de danos são pouco efetivas para usuários de crack, que o modelo de atendimento que apresenta melhores resultados é a internação por longos períodos e que a adesão ao tratamento fica comprometida pela “baixa motivação” dos usuários.

Em matéria do portal R7³¹ de 2014, a psiquiatra Ana Cecília P. R. Marques, afirma que o crack é uma “doença maligna” que compromete a área do cérebro responsável pela função executiva e que, por isso, é muito difícil garantir que os usuários consigam trabalhar antes de passar por um tratamento médico (em comentário sobre o programa da prefeitura de São Paulo na gestão de Fernando Haddad, “De Braços Abertos”, que oferecia a possibilidade de trabalhar aos usuários de crack). Em artigo da Folha de S. Paulo³² (Folha de S. Paulo, 27/12/2014), a mesma psiquiatra afirma que o crack “coloca o usuário entre a vida e a morte a todo momento”.

³¹<http://noticias.r7.com/sao-paulo/apos-reducao-de-dano-prefeitura-de-sp-prepara-nova-fase-de-programa-contracrack-26062014> Último acesso em 11/11/2016

³²<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/201775-cracolandia-o-retorno.shtml>

O psiquiatra Daniel Martins de Barros, no artigo “O crack e o capeta” publicado no jornal O Estado de S. Paulo³³, aproxima-se ainda mais da estigmatização e do tom alarmista e sensacionalista que caracteriza o tratamento midiático do tema:

Que a droga é “coisa do capeta” qualquer um que tenha conversado com um dependente químico descobre rapidamente. A sensação de uma **força incontrolável** que leva o usuário a buscar a droga, mesmo contra sua vontade e ciente dos tremendos prejuízos que ela causa, é frequentemente vivenciada como uma espécie de **possessão**. (...) o organismo entende que nada é mais importante do que aquilo [efeitos do crack no sistema de recompensa cerebral], que passa a ser compulsivamente repetido. **Em detrimento de comida, família, emprego ou o que for** (O Estado de S. Paulo, 02/06/2014, grifos meus).

Cumprе ressaltar que não é possível reduzir todo o universo da psiquiatria a essas concepções e posicionamentos em relação ao crack. Antônio Nery, Dartiu Silveira Xavier, Luis Fernando Toffoli, Roberto Tykanori, Luiz Alberto Tavares são apenas alguns dos representantes e pesquisadores do campo da psiquiatria que abordam a questão do crack de forma mais ampla e complexa, levando realmente em consideração os aspectos subjetivos, sociais, culturais e políticos implicados. Seus posicionamentos e abordagens sobre a questão distanciam-se de uma visão alarmista, reducionista e estigmatizante, focada apenas na psicopatologia ou no determinismo farmacológico da substância e propõem outras formas de intervenção que não estão centradas exclusivamente na abstinência, no tratamento medicamentoso e na internação.

Contudo, se evoco aqui o segmento da psiquiatria que, em certa medida, corrobora as visões estereotipadas veiculadas pelos meios de comunicação, é para mostrar que as abordagens alarmistas e estigmatizantes e os discursos eivados de generalizações, homogeneizações e pressupostos morais ganham força e autoridade a partir do momento em

³³ <http://vida-estilo.estadao.com.br/blogs/daniel-martins-de-barros/o-crack-e-o-capeta/>

que são revestidos do caráter de cientificidade pelos discursos psiquiátricos. É possível afirmar que, de modo geral, fenômeno semelhante se dá no campo da religião, cujas concepções e discursos sobre as drogas e sobre o crack vão endossar e conferir autoridade religiosa às narrativas e representações que circulam de forma predominante sobre a questão.

Todas essas narrativas, discursos e representações sobre o usuário de crack têm o efeito de produzir o pânico moral e social e a ideia de um perigo a combater de forma emergencial, que, como será desenvolvido a seguir, acionam e legitimam as políticas públicas, equipamentos e gestões constituídos para lidar com a questão. Diante desse quadro, configura-se um “furor intervencionista-bélico” (Amarante, 2015), uma “contrafissura” – jogo de palavras feito por Lancetti (2015) com a ideia de que o crack causa uma *fissura* irrefreável – que, operando na mídia, na política, na clínica e nas subjetividades, consiste nesse desespero, fissura ou afã por resolver de forma imediata e simplificada um problema de tamanha complexidade como o do crack e da vulnerabilidade social que lhe é intrínseca. Como ressaltado por Lancetti (2015), a contrafissura não se manifesta apenas em matérias sensacionalistas e alarmistas dos meios de comunicação. Ela também orienta determinados programas de governo e pode, ainda, estar arraigada e se manifestar em gestores, em cuidadores e terapeutas que, bem-intencionados, tentam “salvar” os usuários de crack.

II.2. O campo de intervenções, atenção e cuidado aos usuários de crack: paradoxos e disputas políticas e terapêuticas

Um dos efeitos da centralidade e do grande clamor em torno do consumo de crack no Brasil foi a aceleração da implantação e efetivação de políticas públicas para os usuários de drogas (Rui, 2014). Diante da ampla exposição midiática sobre o crack e da construção da ideia de uma “urgência a ser enfrentada”, o governo federal desenvolveu e implantou planos

de ação específicos para a área. Em 2009, o Ministério da Saúde lançou o Plano Emergencial de Ampliação ao Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (PEAD – portaria 1.190/2009), em decorrência do cenário epidemiológico que mostrava a expansão do consumo principalmente de álcool e de crack e outros similares de cocaína fumada (PEAD, 2009). De acordo com Teixeira (2015), esse plano já revela que o crack vinha ganhando a atenção dos órgãos públicos e sendo considerado como uma droga que demandava atenção e políticas públicas específicas.

Em 2010, por meio do Decreto 7.179/2010 da Presidência da República, instituiu-se o “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas”, “com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas” (Brasil, 2010). Em 2011, foi lançado o programa “Crack, é possível vencer”, com o objetivo de “aumentar a oferta de serviços de tratamento e atenção aos usuários e seus familiares, reduzir a oferta de drogas ilícitas por meio do enfrentamento ao tráfico e às organizações criminosas e promover ações de educação, informação e capacitação” (Brasil, 2011). A partir desse programa, que contou com o aporte de cerca de 4 bilhões de reais³⁴, o Governo Federal disponibilizou recursos financeiros aos estados, municípios e Distrito Federal para que ampliassem e implementassem os equipamentos de saúde, assistência social e segurança pública relacionados à questão do crack, fortalecendo a rede nos eixos autoridade, prevenção e cuidado.

Basta atentar para os títulos desses planos e programas e para o destaque especial que passa a ser dado ao crack – no que antes era denominado genericamente como “Drogas” ou “Álcool e outras Drogas” –, para perceber que ele assume um lugar privilegiado nas pautas de políticas públicas. Se o desmembramento anterior entre “álcool” e “outras drogas” parece relacionar-se com a intenção de chamar a atenção para o fato de que o álcool é sim uma droga

³⁴ <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-antiores-agencia-saude/1157-governo-investe-r-4-bi-no-enfrentamento-ao-crack>

como outra qualquer, independentemente de ser lícita e menos estigmatizada, o destaque dado ao crack, ao contrário, parece diferenciá-lo de todas as outras drogas como uma substância mais perigosa e devastadora, na mesma corrente das narrativas alarmistas e demonizadoras.

A análise do programa “Crack, é possível vencer” mostra que ele é permeado pela polaridade repressão/cuidado, segurança pública/ saúde pública, que historicamente atravessa as políticas públicas para usuários de drogas, seja na forma do conflito dicotômico ou na tentativa aparentemente paradoxal de amálgama. A partir das diretrizes do eixo Cuidado, o programa preconiza a ampliação e fortalecimento da rede de apoio, atenção e cuidado para os usuários de drogas e familiares, com a multiplicação dos serviços de assistência social e de saúde, como os CAPS-AD, os leitos hospitalares, as unidades de acolhimento, vagas em comunidades terapêuticas, serviços da atenção básica e consultórios de rua. Já o eixo Autoridade, que busca a “diminuição do crack na sociedade”, prevê uma frente de ações voltadas para o combate ao narcotráfico e repressão aos traficantes, e outra frente de policiamento ostensivo nas áreas de concentração de uso de crack e outras drogas, associada ao acompanhamento da área por videomonitoramento, com o objetivo de “recuperação” e “segurança dos espaços” (Brasil, 2011).

As diretrizes desses dois eixos suscitam indagações sobre os modos como, na implementação, se articulam as ações previstas, uma vez que muitas delas são contraditórias e fundamentadas em paradigmas divergentes entre si. Por exemplo, cabe questionar como, em um mesmo espaço, as ações de policiamento e repressão ao uso vão coabitar e se articular com as ações dos Consultórios de Rua, que devem prestar atenção e cuidado aos usuários de drogas *in loco* e por meio da estratégia de Redução de Danos, que prevê o respeito à autonomia e à escolha do sujeito de fazer uso de drogas.

Como um mesmo indivíduo pode estabelecer vínculos de confiança com profissionais de saúde em um único espaço em que sofre, concomitantemente, ações de abordagens policiais repressivas, apreensões, prisões e humilhações (sem adentrar na conhecida violência da polícia brasileira)? A própria concepção de espaço é significativamente dissonante entre as duas abordagens. Enquanto a estratégia da redução de danos parte da ideia de se aproximar dos usuários de drogas em *seu* próprio território e ali oferecer cuidado e atenção, as ações do eixo Autoridade visam à “recuperação do espaço”, reproduzindo o estereótipo de que os usuários de crack subtraem e deterioram o espaço urbano. Entretanto, resistindo à tentação de pressupor de antemão a completa incompatibilidade, recorro ao exemplo da emblemática “cracolândia” de São Paulo em que, segundo Clemente (2014), Lancetti (2015) e Rui (2014), as esferas da repressão/segurança e da assistência/saúde, longe de atuarem conjuntamente, têm suas relações marcadas por acentuadas tensões, conflitos e desacordos, tanto profissionais quanto políticos.

Os paradoxos e contradições relacionados à questão do uso de crack, contudo, não se limitam a um posicionamento dicotômico entre repressão e saúde, entre o campo jurídico-penal e o campo sanitário. Ao contrário, como será desenvolvido adiante, esses campos parecem mesclar-se e constituir um *continuum*. No Brasil, de acordo com Silva (2014), até o início do século XXI a questão do uso de drogas restringia-se ao campo jurídico-penal, com medidas repressivas e punitivas. Gradativamente, as estratégias de atenção e cuidado, prevenção, tratamento, redução de danos e reinserção social começam a ganhar maior ênfase no âmbito das políticas públicas e as drogas passam a se configurar como uma “questão de saúde pública”.

Em 2003, o Ministério da Saúde, que até então não figurava entre as instâncias deliberativas e executivas das políticas relacionadas às drogas (mesmo as poucas medidas sanitárias que existiam antes disso eram vinculadas ao âmbito da Justiça), publicou a

“Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”. Essa política representou a apropriação da questão pela reforma psiquiátrica – que então redirecionava a assistência em saúde mental no Brasil – e a extensão do modelo assistencial fundado no paradigma psicossocial e nos princípios do SUS e da luta antimanicomial também aos usuários de drogas (Silva, 2014).

Todavia, o deslocamento da questão do uso de drogas da esfera jurídico-penal para a esfera sanitária não significou – e não significa –, necessariamente, uma ruptura absoluta com o modelo repressivo e punitivo. A emergência dos discursos alarmistas e bélicos sobre o crack, que instalam o pânico moral e social e a urgente necessidade de enfrentamento da questão, tem representado um importante risco de retrocesso no percurso que vinha sendo traçado de construção paulatina de um modelo de atenção e cuidado para os usuários de drogas que busca se distanciar de um modelo repressivo, excludente e moralista (Lancetti, 2015; Silva, 2014).

Conforme citado por Silva (2014), à época do lançamento do programa “Crack, é possível vencer”, o então ministro da Saúde endossou a ideia cogitada de que os Consultórios de Rua realizassem internações compulsórias, enquanto o ministro da Justiça posicionou-se contrariamente à ideia³⁵. A despeito de parecer uma simples anedota, esse fato mostra que, mesmo no campo da saúde, passaram a ser defendidas modalidades de tratamento repressivas, coercitivas e segregativas e, principalmente, ele é emblemático do atravessamento e imiscuição entre o campo jurídico-penal e o campo sanitário, que podem alcançar a indiferenciação. Observa-se aqui o retorno do *continuum* e cumplicidade entre o tratamento médico e a instituição judiciária já denunciados por Foucault em relação à loucura (Silva, 2014). E cabe lembrar que, no Brasil, o discurso médico e sanitário também esteve na base da proibição das drogas e, portanto, de sua configuração como uma questão de

³⁵ <http://veja.abril.com.br/politica/programa-contra-crack-preve-internacao-compulsoria/>

segurança pública. Antes de seu deslocamento ao campo sanitário, o uso de drogas só se tornou uma questão pertinente ao campo jurídico-penal porque pôde ser configurado primeiramente como um problema de saúde e contou com o apoio e agenciamentos das corporações médicas e psiquiátricas à política proibicionista e de guerra às drogas (Lancetti, 2015).

A seguir, analiso a configuração paradoxal do campo de atenção e cuidado aos usuários de crack em que, concomitantemente a um processo colocado em marcha pelo Ministério da Saúde de multiplicação dos CAPS-AD e de adoção da estratégia de redução de danos como paradigma da política de saúde sobre drogas, também se multiplicaram as chamadas comunidades terapêuticas, bem como as ações moralizantes e repressivas contra os usuários de crack, como as internações involuntárias e as violentas e humilhantes ações policiais nas cenas abertas de uso.

II.2.1. A estratégia de redução de danos, os CAPS-AD e o modo psicossocial de atenção e cuidado em saúde mental

A política oficial do Ministério da Saúde voltada para os usuários de drogas orienta que a oferta de cuidados e os tratamentos devem ser feitos em espaços extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, a partir de estratégias fundamentadas na lógica ampliada de redução de danos e de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica (Brasil, 2004). A redução de danos, portanto, após um histórico de controvérsias, resistências e oposições (ainda presentes atualmente, vale ressaltar), adquire o estatuto de discurso oficial da política sanitária sobre drogas.

De acordo com a estratégia da redução de danos, os tratamentos não devem estabelecer a abstinência como única meta possível e viável para os usuários e orientam-se

pelo princípio de baixa exigência. O trabalho de atenção e cuidado deve se realizar a partir do reconhecimento da singularidade de cada caso, do respeito às diferenças e escolhas individuais e da construção de estratégias conjuntas de diminuição dos danos provocados pelo uso de drogas, mas, principalmente, de defesa e “ampliação” da vida, ressocialização e desenvolvimento da cidadania e da auto-regulação e autonomia. Trata-se de uma abordagem “clínico-política” que não se reduz apenas a técnicas de “mudanças comportamentais”, mas que deve, como estratégia, promover a multiplicação das possibilidades de cuidado e tratamento para o uso problemático de drogas, viabilizar o acesso e acolhimento, construir redes e agir no território de modo a aumentar a “superfície de contato” e os pontos de referência e suporte social para os usuários e seus familiares. Seus lócus de ação podem ser tanto os territórios e espaços por onde circulam os usuários de drogas, quanto os equipamentos de saúde, que devem ser flexíveis, abertos e articulados intersetorialmente (Brasil, 2004).

A política sanitária de atenção e cuidado aos usuários de drogas promoveu uma expansão e multiplicação dos CAPS-AD, que são descritos como os equipamentos públicos mais especializados para esse acompanhamento e constituem o principal ponto estratégico e articulador da rede de atenção ao usuário de drogas. Os CAPS são caracterizados por um modo específico de fazer clínico e de atenção em saúde mental: o modo psicossocial, que surge como oposição ao modo asilar. Sua principal potência reside na promoção de saúde mental e reinserção social a partir de uma metodologia de trabalho intersetorial, de complexa e delicada reconstrução do território geográfico, existencial, interpessoal, afetivo, laboral, cultural e comunitário do indivíduo.

De acordo com Costa-Rosa (2000), o modo psicossocial de atenção e atuação em saúde mental caracteriza-se pela consideração dos fatores políticos e biopsicosocioculturais como determinantes centrais. É atribuída uma importância decisiva ao sujeito, investe-se

fundamentalmente na sua mobilização como fator principal do tratamento e é priorizada a consideração do seu pertencimento a um grupo familiar e social. A desospitalização, a desmedicalização e a implicação subjetiva constituem metas radicais do modo psicossocial de atenção em saúde mental. O ambiente sociocultural é considerado determinante e a instituição deve funcionar como ponto de fala e escuta. A loucura, o sofrimento psíquico e os conflitos não têm mais de ser removidos a qualquer custo, mas constituem dimensões a serem reintegradas como parte constitutiva do sujeito. Ao contrário da supressão dos sintomas como meta final e principal, busca-se promover um reposicionamento do sujeito, uma implicação subjetiva e sociocultural. Sua ética pauta-se na perspectiva da singularização, horizontalização e interlocução. Opera-se, portanto, uma ampliação do conceito de tratamento e do conjunto de meios a ele dedicados, no sentido de um “verdadeiro exercício estético” em que se visa à experimentação de novas possibilidades de ser. Há, assim, um “deslocamento do polo técnico-científico para o polo ético-estético” (Lancetti, 1990, p.145, citado por Costa Rosa, 2000), capaz de promover novas formas de existência e sociabilidade.

II.2.2 As Comunidades Terapêuticas

A questão das comunidades terapêuticas (CT) destinadas à “recuperação” de usuários de drogas no Brasil é bastante complexa e nuançada e toca delicadas questões políticas que, apesar de sua importância, extrapolam os objetivos deste estudo. É impossível generalizar a multiplicidade e heterogeneidade das comunidades terapêuticas existentes atualmente, mas apresento algumas linhas e características gerais que grande parte delas parece compartilhar. Fundamentadas principalmente em pressupostos morais e religiosos, a maioria das comunidades terapêuticas brasileiras são chácaras ou fazendas, situadas em áreas rurais (IPEA, 2016) relativamente afastadas das cidades e lideradas por grupos religiosos que

amiúde desconhecem os fundamentos teóricos e as experiências internacionais que originaram a ideia de comunidade terapêutica (Miranda, 2015).

De modo geral, elas funcionam em regime de vida comunitária e têm como paradigma de cuidado o isolamento e retirada dos usuários de seu espaço de consumo e de relações sociais (em geral, por um período que pode variar de 6 a 12 meses), a recuperação de uma disciplina supostamente perdida pelo consumo de drogas, a espiritualidade e o trabalho. O tratamento foca na acentuação dos sofrimentos e aspectos dolorosos da experiência com as drogas, no reconhecimento da perda do controle sobre o uso e no desenvolvimento de uma identidade de “adicto em recuperação” (Rui, 2014).

A maior parte das comunidades não tem uma metodologia clara e definida, mas se fundamenta numa mescla de diferentes modelos – às vezes contraditórios entre si –, como o modelo Minnessotta, inspirado na filosofia dos Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos, o modelo religioso-espiritual, a laborterapia, o modelo biomédico e o modelo jurídico-moral (Miranda, 2015). Mas todos esses modelos, e também a combinação resultante de sua mistura, têm em comum o postulado de que a abstinência é o único objetivo e saída possível para a dependência química, a fundamentação em preceitos morais e/ou religiosos e a ideia de que o uso de drogas é decorrente de uma fraqueza moral e espiritual do indivíduo, que exige a abstinência como “purificação”, tratamentos corretivos e a submissão a um poder superior. De modo geral, a terapêutica das CTs é ancorada em rotinas comunitárias disciplinadas, no exercício do trabalho (denominado “laborterapia”) e no recurso à espiritualidade (IPEA, 2016).

A partir de relatos de pacientes em minha prática clínica e do relatório de inspeção feita em CTs pela Comissão de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia em 2011, é possível afirmar que há comunidades que cometem inúmeras violações de direitos humanos, desde a obrigatoriedade de participação nas atividades religiosas – mesmo que os

sujeitos não comunguem das mesmas crenças – até as mais atrozes, como castigos cruéis, choques, isolamento completo e diferentes formas de tortura. Mas há também comunidades que procuram fazer um trabalho mais técnico, democrático e humanizado, que estabelecem parcerias produtivas com outros dispositivos terapêuticos como o CAPS e os programas de redução de danos. Contudo, de modo geral, podemos afirmar que, ao contrário das experiências inglesas e americanas de Maxwell Jones, Bion e outros, que buscavam desconstruir as estruturas institucionais psiquiátricas e tornar terapêuticas essas instituições iatrogênicas, as comunidades terapêuticas contemporâneas no Brasil as reificam (Lancetti, 2015).

É patente, portanto, que em torno dos usuários de crack conforma-se um campo de ambiguidades e disputas terapêuticas e políticas: de um lado, a multiplicação dos CAPS e da rede de atenção psicossocial, fundamentados nos princípios da reforma psiquiátrica, no modelo psicossocial de atenção e cuidado e na política ampliada de redução de danos; de outro lado, o modelo asilar e moral, que tem a abstinência como ideal terapêutico e que ancora sua estratégia no isolamento e na tríade trabalho-disciplina-espiritualidade (IPEA, 2016). O que chama a atenção é que o governo federal financia ambas as propostas e modelos de atenção e cuidado, destinando maior recurso e investimento às comunidades terapêuticas, embora sua política sanitária seja fundamentada no modelo psicossocial e em propostas de redução de danos (Rui, 2014).

Portanto, o alarde e o pânico social e moral em torno do crack influenciaram uma certa configuração das políticas que aponta para o privilégio do investimento nas internações e nos incentivos às CTs, no lugar de ampliar e investir nos CAPS-AD, nos centros de convivência e cooperativas de trabalho, nos projetos culturais, nos consultórios de rua, nas estratégias de saúde da família e de redução de danos (Amarante, 2015). A sensação de urgência e de medo causada pela narrativa epidêmica sobre o crack e pela concepção do

usuário como um perigo para si mesmo e para a sociedade incentiva e legitima práticas segregacionistas, poupando o discurso médico ou qualquer argumentação elaborada para justificar a internação como base do tratamento (Costa-Rosa, 2011). O isolamento e as internações se apresentam então como estratégias centrais, que respondem, a um só tempo, ao argumento da necessidade de “tratamento” dos indivíduos e à demanda de higienização e de segregação desse “perigo” que ronda as cidades. Como destacado por Amarante (2015), o “furor intervencionista-bélico” que se conformou em torno da questão do crack tem ameaçado e desrespeitado as propostas de tratamento psicossocial destinadas aos usuários de crack. Ou, nas palavras de Lancetti (2015): “[a reforma psiquiátrica] com mobilização social, participação de usuários e familiares e fundada na utopia de uma sociedade sem manicômios, hoje se vê acuada e confrontada à utopia de uma sociedade sem drogas” (p. 31-32).

II.3. As dimensões do saber, poder e subjetivação no dispositivo do crack

Cabe agora analisar essa rede de discursos, representações, imagens, políticas públicas, ações e instituições conformada em torno do crack a partir da definição e elaborações de Foucault acerca da noção de dispositivo. Para isso, valho-me tanto das formulações feitas por Foucault sobre esse termo, quanto da leitura contemporânea sobre os dispositivos feita por Agamben (2014). Interessa-me buscar apreender os “jogos” que se estabelecem entre esses elementos, seus efeitos recíprocos de “ressonância” ou de “contradição”, as “sobredeterminações funcionais”, as mudanças de posições e de funções engendradas a partir de sua configuração enquanto uma rede (Foucault, 2016) e, sobretudo, compreender, suas incidências subjetivas sobre os usuários de crack.

Foucault (2016) define o dispositivo como um tipo de formação que tem como momento essencial de sua gênese um objetivo estratégico dominante, uma certa manipulação

e intervenção racional e organizada em determinadas relações de força: “Quando falo de estratégia, levo o termo a sério: para que uma determinada relação de forças possa não somente se manter, mas se acentuar, se estabilizar e ganhar terreno, é necessário que haja uma manobra” (p. 379). E essa função estratégica relaciona-se com a função maior de responder a uma urgência. Na constituição de um dispositivo, é necessário que haja “um perigo a combater, como o de uma epidemia, de uma falta de higiene, etc.” (p. 377). Esse foi o caso, segundo Foucault (2016), da constituição do dispositivo médico-legal, em que para a psiquiatria fundar sua intervenção fazendo-se reconhecer como parte da higiene pública, não bastava o fato de ela ter uma doença (a alienação mental) a tratar, mas era necessário também que ela tivesse o perigo da loucura a combater. E, “como demonstrar que a loucura é um perigo, senão mostrando que existem casos extremos em que uma loucura (...) pode bruscamente explodir em um crime monstruoso? (Foucault, 2016, p. 378).

Ao refletirmos sobre a construção e propagação massiva do discurso da “epidemia do crack” na cena social brasileira, torna-se nitidamente identificável essa dimensão estratégica do dispositivo de fazer face a uma urgência, a um perigo. Como explicitado, tanto os meios de comunicação, quanto as campanhas de conscientização, exploram de forma extrema a ideia de uma epidemia incontrolável do uso de uma substância assustadora, que não apenas destrói aquele que a consome, mas constitui um grande risco e perigo para a sociedade como um todo. O crack pode ser considerado como a droga mais ressaltada como ameaça pública, como perigo à ordem social, configurando, assim, a urgência e o pânico social e moral, o perigo a combater, o inimigo a enfrentar, que fundamentam e condicionam a constituição das estratégias e mecanismos que formam o “dispositivo do crack”. Essa construção impregnou-se de forma significativa nas políticas oficiais relacionadas ao crack, cujos títulos carregam explicitamente o posicionamento de combate e guerra: “Crack: é possível **vencer**”; “Plano Integrado de **Enfrentamento** ao Crack”.

Ademais de ser uma rede de elementos heterogêneos, com uma função estratégica e concreta, pode-se depreender três dimensões principais distinguidas por Foucault (2016) em relação aos dispositivos: o saber, o poder e a subjetivação. Essas três grandes instâncias não possuem contornos definitivos, rígidos e estanques, mas constituem cadeias de variáveis relacionadas entre si (Deleuze, 1990), que se imbricam e se interpenetram. Primeiramente, analiso de forma conjunta as dimensões do saber e do poder em relação ao dispositivo do crack, pois são dimensões que me parecem mais intrincadas, para, em seguida, analisar a dimensão da subjetivação, que possui um caráter central no âmbito desta tese.

Segundo Foucault (2016), um dispositivo sempre se desenvolve em campos de força e relações de poder e, como tal, resulta do cruzamento entre relações de poder e de saber. Portanto, ele está sempre inscrito numa relação de poder e sempre ligado a configurações de saber que dele nascem, mas que também o condicionam. “É isto, o dispositivo: estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eles” (Foucault, 2016, p. 367). Esse entrecruzamento e co-sustentação entre relações de saber e poder mostra-se de forma evidente e inequívoca no fenômeno do crack na contemporaneidade brasileira, em que determinados saberes e “verdades” construídos sobre o crack são eleitos para regular as concepções e comportamentos em torno dele e justificar os mecanismos, estratégias e aparatos acionados. Os dispositivos são “máquinas de fazer ver e de fazer falar” (Deleuze, 1990) que determinam curvas de visibilidade e de enunciação. Enquanto alçam à luz e à visibilidade determinadas forças, características e aspectos, produzem a invisibilidade e o silenciamento de outros, determinando regimes de verdade e de poder.

Tomemos, como exemplo, as ações contundentes e violentas como as que ocorreram na chamada “cracolândia de São Paulo” em janeiro de 2012 – conhecidas como *Operação Sufoco* –, em que a polícia, com a intenção de eliminar os usuários de crack daquele território, ocupou militarmente o espaço, prendeu e coagiu centenas de usuários a

demandarem internação “voluntária”, impingindo-lhes declaradamente dor e sofrimento e tocando-os como gado para que andassem em “procissão” e sem rumo (Lancetti, 2015; Rocha & Silva, 2016; Rui, 2014; Tiburi & Dias, 2013). Segundo Valença (2013), em um mês de operação, 216 pessoas foram presas, 186 foram internadas e somente quatro quilos de crack foram apreendidos.

Para que essa ação seja justificável, bem como outras ações ostensivas e violentas que se dão nos espaços públicos de consumo de crack – tentativas de internações involuntárias e compulsórias ou, ainda, expedientes “antinoia”, como os chuveiros desenvolvidos na cracolândia paulistana que, instalados nas marquises dos prédios, molham a calçada para impedir que ali se instalem os “craqueiros” com seus “hábitos imorais” (Rui, 2014) –, faz-se necessária uma determinada “verdade” sobre o crack. E essa narrativa que o configura como droga monstruosa e sequestradora, que transforma seus usuários em zumbis e subtrai-lhes qualquer traço de humanidade serve bem para legitimar esse tipo de ações e estratégias “não-humanas”, relacionadas não com tentativas de tratar ou cuidar dos usuários de crack, mas sim com posturas repressivas, moralistas e higienistas, com interesses políticos e eleitorais, com formas de controle urbano e, inclusive, como no caso da cracolândia de São Paulo, com interesses imobiliários.

Como ressaltado por Tiburi e Dias (2013), o saber sobre as drogas (e, a meu ver, o saber sobre o crack de forma ainda mais radical,) mostra ser, por um lado, insuficiência e, por outro, acobertador do que seria necessário e urgente se perguntar sobre elas. As medidas violentas que se fazem necessárias provam, na verdade, a insuficiência dos saberes que tentam dominar o crack e outras drogas. “É como se o saber, não podendo ser verdadeiro saber, precisasse se impor como violência” (Tiburi & Dias, 2013, p. 84).

Além de justificar e fundamentar práticas repressivas e violentas, essa verdade construída sobre o crack e os discursos alarmistas e demonizadores parecem relacionar-se

também com outras estratégias e relações de poder: tal como aventado pelo estudo realizado pela SENAD (2016), o pânico social criado em torno do crack contribui também para o processo de naturalização da desigualdade social no Brasil (Garcia, 2016), ao deslocar para uma substância química toda a complexidade da questão e escamotear os graves problemas de natureza social, política e cultural intimamente implicados.

Além disso, cabe traçar um paralelo com a pretensa “epidemia” de crack que atingiu os Estados Unidos da América do final da década de 1980 até meados da década de 1990. A construção e difusão de mitos sobre a destrutividade do crack, sua demonização e os consequentes efeitos de pânico social levaram à adoção de medidas legais e punitivas muito mais rigorosas e severas para os usuários de crack do que para usuários de outras drogas ilícitas (Garcia, 2016). Ocorre que o uso de crack nos Estados Unidos foi muito maior entre negros e latinos pobres do que entre brancos, o que levou autores como Bourgois (2013) e Hart (2014) a concluírem que a política adotada nos EUA com relação ao crack, de fundo acentuadamente racista, contribuiu para criminalizar a pobreza, encarcerar milhares de jovens negros e agravar o preconceito contra esse grupo, ao associá-lo com uma droga demonizada pela sociedade. Nesse sentido e diante do contexto de proibicionismo e de uma população carcerária brasileira majoritariamente negra (Brasil/Ministério da Justiça, 2014), cabe interrogar também em que medida a demonização do crack e o pânico social e moral em torno dessa droga se relacionam com a criminalização, marginalização e encarceramento da população negra e pobre na sociedade brasileira contemporânea.

O discurso de intolerância, combate e repressão ao crack é usado também como legitimação da intolerância, repressão e gestão policial e judiciária da pobreza e do segmento da população mais precariamente inserido na organização social (moradores de rua, usuários de drogas, “pequenos ladrões”), interpretado como lixo e refugo humano, imprestável para a sociedade (Rodrigues, 2016). E além de se relacionar com a desigualdade social, o

dispositivo das drogas, como apontado por Tiburi e Dias (2013), se articula também com outra forma de desigualdade, “aquela que está no íntimo da cultura, a mesma que produz o racismo, o machismo, a homofobia, os bandidos de um modo geral” (p. 106).

É necessário lembrar e ressaltar que o “dispositivo do crack” e seus efeitos não se relacionam apenas com medidas inequivocamente repressivas e violentas, com mecanismos de coação ou estratégias de higienização. Como explicitado anteriormente, a centralidade e hipervisibilidade do crack também impulsionaram e multiplicaram as políticas de saúde pública e as estratégias e serviços de atenção e cuidado para os usuários de drogas e provocaram o surgimento de disputas sobre os modelos de tratamento e intervenção, acirraram os debates sobre as internações involuntária e compulsória e as querelas sobre os investimentos públicos em comunidades terapêuticas. Nesse sentido, há de se reconhecer, como sugerido por Rui (2014), que a ampla exposição em torno do crack teve certa positividade, pois produziu política. O que chama a atenção, portanto, é que a questão do crack está no cerne de uma disputa sobre a verdade, atrelada de forma imbricada a uma disputa pelo poder, um conferindo ao outro sustentação e densidade.

Isso se revela de forma paroxística no controverso terreno da cracolândia de São Paulo, em que coexistem, intimamente e de forma contenciosa, estratégias de repressão e vigilância e estratégias de cuidado e assistência. Mesmo se olharmos somente para o lado do cuidado e assistência, ele não deixa de ser conflituoso e permeado por confrontos e litígios, que alcançaram inclusive a polarização ideológica entre dois partidos que tomaram o crack como tema importante (Rocha & Silva, 2016). Assim, o programa estadual “Recomeço” (PSDB) disputou com o programa municipal “De Braços Abertos” (PT), ao longo da gestão do ex-prefeito Fernando Haddad, a verdade sobre os modelos de conceber e intervir sobre a questão do crack, cada qual fundado em determinados paradigmas de atenção e cuidado, que divergiam entre si. O primeiro concebe a dependência química como uma doença crônica que

age no cérebro, coloca a abstinência como condição *sine qua non* para o processo de ressocialização, investe em internações de curto prazo em leitos hospitalares e prevê internações prolongadas em comunidades terapêuticas, concebidas como fases essenciais do tratamento³⁶. Já o programa municipal “De Braços Abertos” – que foi descontinuado pela gestão do prefeito João Dória (PSDB) – concebia o uso abusivo de crack como uma questão intrinsecamente relacionada à vulnerabilidade e exclusão social, não exigia a abstinência ou interrupção do uso, inspirava-se nos conceitos de baixa exigência e de *Housing First*³⁷ e investia na oferta do “pacote de direitos”: moradia, alimentação, trabalho e cuidados de saúde (Lancetti, 2015).

O panorama mais amplo e contextual aberto pela noção foucaultiana de biopolítica auxilia-nos a compreender esses arranjos aparentemente contraditórios relacionados ao “dispositivo do crack”, em que controle e cuidado, repressão e assistência se organizam, ora de forma conflituosa, ora em um *continuum* de maneira muitas vezes indistinta. A biopolítica pode ser definida como a “crescente implicação da vida natural do homem nos mecanismos e nos cálculos do poder” (Agamben, 2010, p. 116). Essa aliança entre vida e política, essa “tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo – uma espécie de estatização do biológico” (Foucault, 2005, p. 286) –, estabelece a continuidade e aprimoramento da vida, a otimização das condições de saúde e a longevidade dos indivíduos e das populações, como valores políticos, objetos do saber e alvos dos mecanismos, estratégias e técnicas do poder.

Conforme Foucault (2005), a partir da estruturação da biopolítica, na passagem do século XVIII para o século XIX, a tecnologia disciplinar do corpo – focada no corpo individualizado, com o objetivo de torná-lo “útil e dócil” – passa a ser perpassada e complementada pela tecnologia regulamentadora da vida – focada não nos indivíduos, mas

³⁶ <http://programarecomeco.sp.gov.br/>

³⁷ Estratégias desenvolvidas principalmente no Canadá e nos Estados Unidos, que mostraram resultados positivos e que consistem na oferta de casa para pessoas em situação de rua e usuários crônicos de álcool e outras drogas, que não aderem a tratamentos de saúde e não aceitam – ou não são aceitos – em abrigos convencionais (Lancetti, 2015).

nos processos de massa da população, com o objetivo de controlar, modificar e compensar os efeitos dos eventos fortuitos que podem atingir uma população e otimizar e garantir a continuidade da vida, prevenindo a morte. Em um contexto biopolítico, portanto, a norma disciplinar e a norma da regulamentação não se excluem, mas se articulam, incumbindo-se tanto do corpo individualizado, quanto da população e do conjunto da espécie humana: o biopoder “consegue cobrir toda a superfície que se estende do orgânico ao biológico, do corpo à população, mediante o jogo duplo das tecnologias de disciplina, de uma parte, e das tecnologias de regulamentação, de outra” (Foucault, 2005, p. 302).

Dessa forma, com as transformações nas configurações do poder, o investimento do corpo pelo poder de maneira rígida, densa, constante e meticulosa, que caracterizava, do século XVII ao século XX, os intensos regimes disciplinares das escolas, hospitais, casernas etc., deixa de imperar como estratégia exclusiva. Na análise que Foucault (2016) faz sobre o poder, ele desconstrói a ideia de um poder que só tem a função de reprimir e que age apenas por meio da censura, da exclusão, do impedimento e do recalçamento e chama a atenção para uma forma de poder que se dá de forma muito mais tênue e difusa sobre os corpos e subjetividades, agindo e irrompendo em pequenos mecanismos, tecnologias e procedimentos. Se um poder é forte, afirma Foucault (2016), é porque ele também produz efeitos positivos, tanto no nível do desejo, quanto no nível do saber. “O poder, longe de impedir o saber, o produz” (p. 239).

Constitui-se, assim, com relação ao poder, um mosaico extremamente complexo e sutil em sua distribuição, em seus mecanismos, seus controles recíprocos e ajustamentos, que penetram nos corpos, nos gestos e nos comportamentos (Foucault, 2016). A concepção foucaultiana de poder, portanto, não representa o poder linear que emana de um determinado ponto e descende de maneira onipotente sobre os indivíduos. Trata-se, antes, de um “feixe de relações mais ou menos organizado, mais ou menos piramidalizado, mais ou menos

coordenado” (Foucault, 2016, p. 369), linhas e correlações de força, que formam cadeias ou sistemas, defasagens e contradições (Foucault, 1985) e que organizam a sociabilidade e produzem efeitos difusos e contraditórios nos discursos e nas formações da subjetividade.

Portanto, o biopoder, esse cálculo que o poder faz sobre a vida das populações (Foucault, 2005), pode gerar tanto manifestações positivas quanto sujeições abusivas e violentas. Os procedimentos relativos à vida dos indivíduos, ao seu corpo e à sua saúde também podem se configurar como mecanismos de higienização, repressão e controle social. Ao mesmo tempo em que a biopolítica vai erigir a qualidade, o aprimoramento e a longevidade da vida como valor político, ela também coloca o seu reverso: a questão do desvalor da vida, a deliberação sobre os modos de vida considerados indignos, sobre os “corpos que não contam” (Butler, 2009), sobre o ponto em que a vida cessa de ser politicamente relevante (Tiburi & Dias, 2013) e em que indivíduos são concebidos como incapazes, colocados fora de circuito, neutralizados (Foucault, 2005). Como desenvolvido por Agamben (2010), a decisão sobre a vida pode tornar-se também decisão sobre a morte, e a biopolítica pode converter-se em “tanatopolítica”. Portanto, como apontado por Bourgois (2013), se é possível construir uma visão dos efeitos positivos do biopoder, que busca produzir cidadãos sãos, vacinados, que se exercitam e mantêm belos corpos livres do colesterol, é necessário enxergar também que, para um determinado setor da sociedade, impõe-se uma relação eminentemente negativa com o biopoder, que é abusivo, encarcera, criminaliza, exclui e marginaliza populações estruturalmente vulneráveis.

Essas formulações em torno da biopolítica e do poder fornecem um referencial de compreensão sobre os complexos arranjos que se constroem em torno da questão do crack e da frequente imiscuição entre política de saúde e de assistência e ações repressivas, punitivas, higienistas e policiais em que, como destacado por Tiburi e Dias (2013), o suposto beneficiário da política – o usuário de crack – se transforma também em caso de polícia.

Após essa digressão sobre a biopolítica e as novas configurações do poder – necessária, uma vez que situa o pano de fundo sobre o qual operam os dispositivos – analiso a última dimensão do dispositivo do crack, a subjetivação. Esta constitui a mais importante dimensão para o escopo desta tese, ao articular com clareza e acuidade o campo sociopolítico ao campo subjetivo, destacando a produção de subjetividades em ação nos dispositivos, seu caráter não apenas normativo, mas constitutivo.

Na leitura mais recente que Agamben (2014) faz do conceito foucaultiano, um dispositivo consiste em “tudo aquilo que tem, de um modo ou de outro, a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres viventes” (Agamben, 2014, p. 31, tradução minha^{38 co1}). Todo dispositivo implica um processo de subjetivação, sem o qual o dispositivo não pode funcionar como dispositivo de poder, “mas se reduz a um puro exercício de violência” (Agamben, 2014, p. 41, tradução minha^{co2}). Agamben confere uma generalidade ainda maior à classe já vasta de dispositivos de Foucault e afirma que eles não se restringem aos dispositivos tradicionais, cuja articulação com o poder é evidente, como as prisões, o panóptico, as escolas, a confissão, a disciplina ou medidas jurídicas, mas estende-os também à escrita, à filosofia, à literatura, à internet, aos computadores, aos telefones celulares e, “por que não, a própria linguagem” (2014, p. 31, tradução minha^{co3}).

Ao desenvolvimento infinito dos dispositivos na contemporaneidade, corresponde, portanto, um desenvolvimento também infinito de processos de subjetivação. Como identificado pelo próprio Agamben (2014), essa generalidade pode dar a impressão de que a categoria de dispositivo, e, portanto, de subjetividade, tende a vacilar e perder consistência. Mas o que ele busca evidenciar é que, mesmo que os dispositivos existam desde os tempos mais remotos, na contemporaneidade caracterizada pelo desenvolvimento extremo do

³⁸ As citações diretas na língua original (co) encontram-se em notas no final da tese.

capitalismo, parece não haver mais um só instante na vida dos indivíduos que não seja "modelado, contaminado ou controlado por um dispositivo" (p. 34, tradução minha^{co4}).

Essa dimensão de subjetivação mostra-se valiosa para refletir sobre prática clínico-institucional com usuários de crack. Desde o início de minha experiência clínica, coloquei-me em uma postura atenta e crítica em relação à demonização do crack operada pelo discurso midiático, às generalizações e distorções feitas em relação à substância e seus usuários e ao tom alarmista do qual se reveste grande parte das abordagens sobre a questão.

Contudo, cotidianamente, via-me confrontada com relatos de pacientes que se assimilavam a essa imagem e reproduziam, eles próprios, essas narrativas, concebendo-se a si mesmos como "monstros" sem "caráter" e sem "dignidade" e atribuindo exclusivamente ao crack o intenso sofrimento que atravessava suas histórias e as inúmeras perdas e prejuízos em suas existências gravemente fragilizadas, como o revela de modo emblemático a seguinte fala de um paciente do CAPS-AD: "*Os buracos da latinha do crack são bem pequenininhos, mas lá dentro cabe casa, carro, televisão, trabalho, família, minha dignidade, meu respeito...*". Também eram cotidianos os pedidos de internação voluntária em comunidade terapêutica e os repetidos pedidos de sucessivas reinternações, levando-me a interrogar em que medida a ideia amplamente difundida de que "para usuário de crack somente internação funciona" já havia sido introjetada pelos sujeitos, que acabavam por acreditar que essa era a única possibilidade de cuidado, tratamento e esperança de mudança.

Percebe-se, assim, que as narrativas e discursos adotados pelos meios de comunicação, pelas campanhas de prevenção e atenção e pelo saber médico e psiquiátrico não são sem efeitos sobre os sujeitos dos quais tratam. Em maior ou menor medida, eles incidem nas subjetividades, capturam, orientam e modelam interpretações e identidades, determinam modos de pertencimento e posicionamento nos laços sociais e atribuem uma hierarquia de valoração moral que é encarnada pelos próprios usuários de crack,

conformando e cristalizando uma determinada “subjetividade craqueira”, homogênea, generalizada e estereotipada.

Mesmo o apego dos usuários à ideia de ser *só* um *personagem* de *mesmas histórias*, apresentado no início desta tese, pode ser melhor compreendido quando colocado em relação e comunicação com essa trama de discursos, saberes, representações, instituições e estratégias construídos em torno do crack, na qual eles se encontram enredados. Trata-se, tal como proposto por Le Poulichet (1990) ao pensar a “entidade toxicomania”, de movimentos de “incessante circularidade” com “permanentes efeitos de espelho”: às determinações sociais, médicas, científicas, jurídicas, religiosas e midiáticas que desenham a figura do “craqueiro” ou “noia” e erigem o flagelo do crack, faz eco essa forma de assimilação dos sujeitos ao seu próprio vínculo com a droga, confirmando essas figuras em maior ou menor medida.

Nesse sentido, compreende-se o fato de que os usuários se aferrem eles mesmos a essa crença em uma *mesma história* de flagelo e tragédia e, desse modo, alimentem seu próprio estereótipo, sua própria figura normativa. Alguns se apresentam, então, como já despossuídos de seus atos, trajetórias, opções e sintomas, a partir do momento em que existem representações e figuras estereotipadas para designar uma racionalidade a essa “anomalia”. Cabe supor, então, que este posicionamento subjetivo de assimilação e diluição numa única e *mesma história* espelha as dificuldades dos usuários para elaborar uma relação com seu próprio uso problemático de crack como um ato singular, situado num determinado contexto histórico e social. Assim como a droga, ele tem uma função subjetiva que precisa ser interpelada e compreendida.

O que caracteriza os dispositivos atuais em contraposição aos dispositivos tradicionais, segundo Agamben (2014), é que já não se trata simplesmente da produção de determinadas subjetividades, mas sim de um processo massivo de dessubjetivação. É certo que nos dispositivos da confissão, da penitência e da prisão também está implicado um

processo de dessubjetivação, mas este se dá para que se constitua uma nova forma de subjetividade, um “novo eu” que se constrói a partir da negação e repúdio ao “antigo eu”, pecador ou criminoso. E o que aponta Agamben (2014) é que, atualmente, os processos de subjetivação e dessubjetivação “parecem ter se tornado reciprocamente indiferentes, não mais engendrando a recomposição de um novo sujeito, a não ser sob uma forma latente e, por assim dizer, espectral” (p. 44, tradução minha^{co5}).

Essa indiferenciação entre subjetivação e dessubjetivação parece-me bastante pertinente para refletir sobre os processos implicados no “dispositivo do crack”, em que a produção de uma certa “subjetividade craqueira” produz o efeito de deixar os sujeitos cada vez mais apagados e ausentados, dessubjetivados. Ora, o que é essa figura do zumbi, à qual, arrisco dizer, se recorre com maior frequência para referir-se aos usuários de crack, se não uma representação radical da dessubjetivação, essa forma espectral de sujeito, mortos-vivos que perambulam sem racionalidade, sem controle e sem vontade própria.

Em suma, podemos considerar o “dispositivo do crack” como essa trama de discursos, saberes, intervenções, práticas e instituições tecida em torno do crack que, construindo e configurando uma determinada “subjetividade craqueira”, promove, paradoxalmente, uma dessubjetivação ao enfatizar o crack em detrimento do sujeito e suas questões existenciais, seus lugares e papéis sociais, seus desejos, suas demandas subjetivas, sofrimentos e sonhos.

Clinicamente, impõe-se o desafio de apreender essa trama de elementos que constituem o dispositivo do crack para compreender suas incidências subjetivas em cada indivíduo, a forma como este se posiciona e se relaciona com os diferentes elementos dessa rede, os lugares sociais e valores que lhes são atribuídos e aos quais ele adere ou não, os mecanismos de subjetivação e dessubjetivação implicados em cada caso particular. Diante de cada usuário de crack que busca ajuda, atenção e tratamento, emergem algumas questões que me parecem incontornáveis: como incidem sobre o sujeito esses saberes sobre ele construídos

e alçados ao estatuto de verdade? Quais os efeitos subjetivos da trama de discursos e representações construída sobre o crack? Como ele lida com o olhar de repugnância e desumanização que lhe é lançado? Como ele se adequa ou não ao lugar de dejetivo e refúgio humano que lhe é reservado? Quais as estratégias de resistência e subjetivação já em funcionamento ou que podem ser acionadas? Como os paradoxos, disputas terapêuticas e diferentes estratégias de cuidado que compõem o cenário de atenção ao usuário de crack repercutem nos percursos de tratamento e nos processos subjetivos de cada indivíduo? O que significa para um sujeito, em decorrência do uso que faz do crack, ser ao mesmo tempo alvo privilegiado da política e da polícia?

Uma escuta advertida dessa trama que compõe o dispositivo do crack – que, em muitos aspectos, resta invisibilizada e inaudível – e das complexas relações que se estabelecem entre os diferentes elementos e os sujeitos emerge como condição para que se possa promover um trabalho terapêutico com os usuários de crack. Um trabalho que possibilite ao sujeito atravessar a superfície discursiva dominante sobre o crack, desconstruir e relançar representações e significações cristalizadas, resgatar sua potência em detrimento da potência da droga, perceber de forma implicada sua relação com o crack como um ato singular (que se inscreve em determinado contexto sociopolítico e cultural) e introduzir um processo de ressignificação, elaboração e desterritorializações e reposicionamentos subjetivos que permitam a emergência do sujeito, e não do “cracudo”, do “noia” ou do “adicto em recuperação”, “impotente perante a droga”.

PARTE II:

PRECARIEDADE, VULNERABILIDADE E EXCLUSÃO SOCIAL: PERSPECTIVAS PSICANALÍTICAS

“Se sobrevivo, é exatamente porque minha vida não é nada sem a vida que me excede, que se refere a algum ‘você’ indexado sem o qual eu não posso ser” (Butler, 2016, p. 73).

Diante do caráter espetacular do fenômeno do crack no Brasil e de sua característica de produzir uma série de conclusões, “evidências” e “certezas” precipitadas e estigmatizantes, que rigidificam e fixam a reflexão em certos estereótipos e representações, ressalto que foi necessário a esta pesquisa, inicialmente, tomar o próprio fenômeno do crack como o objeto de um primeiro questionamento. Dessa forma, antes de submeter a questão da clínica com usuários de crack a uma abordagem psicanalítica e à lógica dos conceitos metapsicológicos, na primeira parte desta tese busquei investigar e compreender a história e os modos de constituição desse fenômeno, os discursos que o acompanham – e, em certa medida, o forjam –, bem como sua inscrição e seus determinantes sociais, políticos e culturais. Antes de adentrar nos desenvolvimentos e formulações da segunda parte da tese, considero importante explicitar alguns posicionamentos que assumo no campo de discussões acerca das toxicomanias ao tratar do uso problemático de crack e aproveito para retomar e sintetizar os principais elementos e articulações que esses caminhos de pesquisa e que a incursão nas *mesmas histórias* permitiram descortinar e desenvolver.

A trajetória de estudo e pesquisa teórica acerca da questão do crack apresentada na parte I, articulada a uma reflexão sobre minha experiência clínica nesse campo, permitiu-me compreender que a gravidade das situações relacionadas ao uso problemático de crack e a intensidade e complexidade dessa clínica se relacionam com a imbricação de diversos elementos e determinações que podem ser organizados em três dimensões principais. A primeira dimensão – que é mais divulgada e sobre a qual recai o foco dos discursos públicos de forma quase exclusiva – consiste na considerável competência prejudicial e desorganizadora da substância química e nos seus potentes e intensos efeitos farmacológicos sobre o corpo e sobre a subjetividade. A segunda dimensão – cuja relevância tende a ser negligenciada ou escamoteada pelas narrativas dominantes – diz respeito às situações de

precariedade e vulnerabilidade social em que se encontra a maioria dos usuários de crack no Brasil. E a terceira dimensão imbricada na complexidade e gravidade do fenômeno do crack consiste nos efeitos e incidências fundamentais dos discursos públicos e representações dominantes construídos em torno do crack sobre o campo terapêutico e de estratégias e intervenções, sobre as subjetividades dos usuários, sobre as relações que estabelecem com a droga, sobre a forma de vivenciar e sentir esse vínculo e sobre os processos subjetivos envolvidos.

A abordagem do fenômeno do crack como um sintoma social dos mais visíveis do mal-estar contemporâneo da sociedade brasileira e a interrogação sobre a inscrição social, política e cultural do crack no Brasil, portanto, marcaram a tônica e os percursos da primeira parte desta tese. Em suma, essa trajetória mostrou que o uso problemático de crack no Brasil atinge de forma majoritária o segmento da população brasileira mais desfavorecido, estigmatizado e violentado e constitui um fenômeno que não pode ser dissociado do processo estrutural de produção e reprodução de uma desigualdade social abissal em nossa sociedade.

Diante disso, marco aqui meu posicionamento no campo de discussões sobre a questão das drogas e das toxicomanias com respeito ao famigerado “contexto sociocultural e político”. A maioria das abordagens atuais conflui no sentido de considerá-lo como uma dimensão importante na compreensão dessa complexa relação de um sujeito com uma substância química. Contudo, o distanciamento e a discordância entre elas ficam expostos quando se observa o verdadeiro peso e relevância que é dado ao contexto sociocultural nas diferentes análises e reflexões. Esquemáticamente, é possível afirmar que as diferentes abordagens organizam-se em um gradiente que tem em um polo aquelas perspectivas que o referenciam de modo apenas retórico, enunciando discursivamente um posicionamento que é considerado “bem visto”, mas vilipendiando-o em suas análises (como, por exemplo, algumas abordagens que se apoiam de forma exclusiva no modelo biomédico), e, no outro polo, as

perspectivas que consideram plenamente os fatores socioculturais e políticos como algo constitutivo do fenômeno em suas diferentes dimensões e que, portanto, não pode ser negligenciado.

Particularmente, na proposta aqui empreendida de pensar a clínica com usuários de crack a partir da psicanálise, busco posicionar-me mais próxima deste segundo polo, talvez porque enquanto clínica, em minha prática com adolescentes em conflito com a lei e com usuários de crack e outras drogas em um serviço público de saúde, sempre fui confrontada e interrogada pela forma como a História e os processos e condições socioculturais e políticos trataram esses sujeitos violentamente e impuseram-lhes, em uma estreiteza de escolhas, determinadas trajetórias, lugares, valores e possibilidades de subjetivação e organização psíquica. E, também, porque procuro levar em consideração o posicionamento de Freud – que não concebeu a psicanálise como uma disciplina da individualidade³⁹ – e seu interesse pela cultura, pela civilização, pelo coletivo, pelo social, pelo mal-estar estrutural e pela forma como isso se inscreve e se articula no plano individual e singular.

Portanto, concebo o contexto sociocultural e político não como um mero pano de fundo sobre o qual se desenrolam as trajetórias, prazeres, desejos, impasses, conflitos e dilemas do sujeito em sua relação com as drogas, que eventualmente pode vir a interferir de forma mais ou menos secundária. Ao contrário, esse contexto e determinações sociopolíticas e culturais são aqui considerados como algo constitutivo e estruturante, que implica efeitos diretos sobre os modos de subjetivação e organização psíquica e que afeta praticamente todas as dimensões da vinculação que os sujeitos estabelecem com as drogas. Dentre elas: a preferência ou eleição de substâncias específicas; a fenomenologia de seus efeitos sensoriais imediatos; seus efeitos ao longo da vida; a capacidade de controle sobre o uso; a

³⁹ Essa questão será desenvolvida adiante de forma mais aprofundada e detalhada.

compulsividade; o nível de dependência; a exposição aos riscos e violências relacionados; a estigmatização; as estratégias de aquisição e as formas de administração das drogas.

Por exemplo, Rui (2014), que realizou trabalhos de campo tanto na chamada cracolândia de São Paulo quanto em outros dois locais de uso de crack na cidade de Campinas, destaca as diferenças relatadas pelos próprios usuários entre o consumo de crack nas regiões centrais e o consumo nas periferias. Segundo as “teorizações” unânimes dos usuários acompanhados por Rui (2014), o centro constituiria um “lugar de perdição”, onde é mais difícil parar de usar o crack e mais fácil perder o controle sobre o uso. As explicações dos usuários para isso repousam no fato de que, nas regiões centrais, as possibilidades de conseguir dinheiro são maiores e mais variadas e os laços sociais que chamariam o outro “de volta à realidade” são mais fugazes e menos estreitos, contribuindo para que o usuário fique mais sujeito ao “desgoverno de si” (Rui, 2014, p. 272). Já nas periferias, onde as redes de proteção e cuidado (e também de acusação) são mais fortalecidas, os usuários relatam que é mais difícil perder o controle e há maior preservação do autocuidado, pois é “mais complicado aparecer *sujo, feio, muito magro*, já que os traficantes e os moradores ‘*pegam muito no pé*’ e tem ‘*sempre alguém te chamando de volta à realidade*’” (Rui, 2013, p. 271).

Outro exemplo que evidencia como o contexto sociocultural atravessa e condiciona diretamente as experiências e as relações estabelecidas com a droga em suas múltiplas dimensões nos é dado pelo trabalho realizado por Visser e Coutinho (2016) com usuários de crack em uma pequena comunidade pesqueira no litoral fluminense. Os autores destacam a quase inexistência de uso problemático de crack nessa comunidade e daquele perfil de usuário publicizado como o destino inelutável da trajetória com o crack: uso compulsivo e descontrolado; trajetória de degradação, perdas e deterioração da condição social; desagregação social e familiar, desemprego e vivência de rua. Ao contrário, essa pesquisa mostra que o uso do crack entre os pescadores está aliado a um meio de adquirir resistência,

estimulação e potencialização do trabalho produtivo na rotina extenuante de pesca em alto-mar e também se relaciona com a busca de relaxamento nas situações extremamente adversas de seu trabalho, em que ficam 15 dias em alto-mar, continuamente sob o sol, sem tomar banho, com poucas horas de sono e alimentação escassa. Por estar diretamente associado à atividade laboral e pela presença de redes de cuidado e laços sociais mais estreitos na comunidade, é feita uma demarcação estrita entre os contextos de utilização da droga e aqueles em que não fazem uso. O consumo do crack pelos pescadores fica, assim, restrito aos momentos em que eles estão em alto mar, o que confere maior controle e autorregulação sobre o uso. Faz-se nítido, portanto, que o contexto da comunidade pesqueira e a dimensão laboral associada ao uso alteram completamente o sentido que o crack assume na vida desses usuários e que as características sociais dessa pequena comunidade – menor abandono e desfiliação social; relações familiares e sociais mais estáveis e sólidas; maior possibilidade de diferenciação temporal-contextual de uso (no mar) e não uso (na vila) – implicam maiores possibilidades de desenvolver a capacidade de um uso autocontrolado de crack.

Como último exemplo, remeto ao trabalho etnográfico de Bourgois e Schonberg (2005) realizado com um grupo de moradores de rua em São Francisco, usuários de heroína, crack e álcool. A partir dessa etnografia, os autores mostraram como o racismo estrutural na sociedade americana – e o histórico de violência, segregação e humilhação imposto à maioria dos negros desse país – produz efeitos em variadas dimensões da relação dos sujeitos com a droga, inclusive naquelas mais íntimas e idiossincráticas, como a forma de realizar a injeção intravenosa da heroína, por exemplo. Observaram, assim, que entre os toxicômanos afroamericanos e os toxicômanos brancos desse mesmo grupo há claras diferenças nos modos de obtenção de dinheiro para aquisição da droga, nas escolhas de consumo e nos mecanismos de ingestão, na forma de expressar e “curtir o barato”, nos relacionamentos com a família e nas vinculações interpessoais, entre outras.

Retomando o percurso de recapitulação e síntese, a trajetória percorrida até aqui permitiu observar também que a rede de discursos, narrativas imagens e representações sobre o crack que são veiculados socialmente de forma dominante, para além dos efeitos reais da substância química, constroem uma valoração moral sobre o crack e seus usuários – desumanizando-os ou animalizando-os – e geram o efeito de um pânico moral na sociedade e de um perigo urgente a combater, produzindo efeitos diretos na configuração do campo de estratégias, intervenções, atenção e cuidado direcionados aos usuários de crack.

Essas duas dimensões dos diferentes elementos que se configuram em torno do fenômeno do crack no Brasil – a rede de discursos e interpretações e o campo de intervenções, estratégias, atenção e cuidado –, bem como seu entrelaçamento, ganharam maior inteligibilidade e potência analítica ao serem analisados sob o prisma da noção de dispositivo, tal como desenvolvida por Foucault e Agamben. A proposta de pensar sobre a constituição e funcionamento de um “dispositivo do crack” na contemporaneidade brasileira descortinou a sua dimensão de subjetivação, seu caráter constitutivo e não somente normativo e disciplinador, que se mostrou valiosa para a articulação do campo sociopolítico ao campo subjetivo, ao revelar a constituição e cristalização de uma determinada “subjetividade craqueira”, que se mostra homogênea, generalizada, estereotipada e estigmatizante e produz, concomitantemente, um efeito de dessubjetivação.

Foi possível observar, assim, que a articulação entre os discursos midiáticos, médicos e científicos, religiosos, políticos e institucionais sobre o crack, repetidos *ad nauseam*, adquirem enorme potência e consistência, são oferecidos como o campo simbólico da cultura e da linguagem que referencia a pertença do sujeito (Rosa, 2016) e, em maior ou menor medida, capturam os sujeitos em uma estreiteza e escassez de possibilidades identificatórias, representações, posicionamentos subjetivos e lugares no laço social. Portanto, não se pode desconhecer a relação íntima e cerrada que os usuários de crack mantêm com essa trama do

“dispositivo do crack” na qual estão enredados, apresentando, muitas vezes, as imagens e representações dominantes como marcas identificatórias ou insígnias sociais.

As escolhas e percursos que orientaram minha pesquisa até este ponto apoiam-se, portanto, em uma concepção que não interpreta “a toxicomania”, “a droga”, “o toxicômano” ou “o crack” como entidades autônomas e busca considerar amplamente os diferentes discursos, saberes, práticas, instituições, valores e ideologias que os atravessam e forjam. A complexidade do fenômeno do crack pode ser representada, então, como o faz Le Poulichet (1990) com relação à “entidade toxicomania”, pela figura de uma espiral, cujas voltas implicam incessantes circularidades, duplicações em cadeia e efeitos de espelho, atravessando diferentes ordens de discursos, saberes, representações e práticas, enlaçando nessas voltas os sujeitos implicados. A toxicomania ou o uso problemático de crack não preexistem aos dispositivos e discursos que os revelam e caracterizam e é necessário considerar a lógica e os lugares de determinação dessas entidades, decompô-las e desconstruí-las, para, dessa forma, desenvolver as condições de abordá-las a partir de um ponto de vista psicanalítico.

Se a primeira parte desta tese foi predominantemente dedicada a essa decomposição e à análise das questões históricas, culturais, sociais e políticas relacionadas ao fenômeno do crack no Brasil, considero necessário, agora, discutir as contribuições e os modos específicos da psicanálise de abordar, apreender, problematizar, elucidar ou interpretar o campo sociopolítico e cultural. Mais especificamente, delinea-se a importância de examinar e discutir as abordagens psicanalíticas sobre a inscrição do sujeito na sociedade, seu posicionamento no laço social e suas articulações na trama dos fenômenos sociopolíticos, com foco particular sobre os sujeitos situados precariamente no campo social, situação esta que caracteriza a maioria dos usuários de crack no Brasil.

Nesse sentido, é oportuno explicitar que, seguindo os caminhos e posicionamentos adotados nesta pesquisa até aqui, mais do que buscar elucidações e referências teóricas nas abordagens psicanalíticas dedicadas especificamente às adicções e toxicomanias – às quais eu também recorro ao longo da tese, mas de modo menos central – me parece relevante e urgente buscar nas abordagens psicanalíticas que se debruçam sobre as articulações entre os sujeitos e os contextos sociopolíticos – com acento nas situações de marginalizações e vulnerabilidades – as referências de análise, questionamento e reflexão e os fundamentos teóricos para subsidiar a elaboração psicanalítica aqui proposta sobre o fenômeno do crack no Brasil e seus desdobramentos clínicos. Esse é o principal objetivo ao qual se dedicam os desenvolvimentos e formulações desta parte II do presente estudo. Dessa forma, após uma breve digressão sobre a abertura da psicanálise para a clínica com sujeitos situados precariamente no campo social e sobre as contribuições legadas por Freud com relação ao intrincado enodamento entre o sujeito e o contexto sociopolítico e cultural, dedico-me a interrogar a questão da precariedade e da vulnerabilidade que atingem os usuários de crack a partir de uma perspectiva psicanalítica, buscando identificar seus efeitos e incidências subjetivas e a forma como isso se articula com o uso abusivo e problemático de crack.

Capítulo III: A psicanálise e o campo social, histórico, político e cultural

III.1. A amplitude e a abertura da psicanálise para a clínica com sujeitos situados precariamente no campo social

Ressalto que a abordagem psicanalítica dos fenômenos sociopolíticos e a prática clínica com sujeitos situados precariamente no campo social constituem uma realidade à qual a psicanálise e os psicanalistas têm sido, de maneira crescente, convocados a atuar e responder. Como destacado por Celes (2010), nos últimos tempos a psicanálise ganhou grande amplitude e sua presença ultrapassa os campos, áreas e situações tradicionais do consultório particular. No Brasil, ela passa a ser introduzida nos hospitais, nas instituições e serviços de assistência social, nos dispositivos judiciais, nas medidas socioeducativas, nos acompanhamentos terapêuticos, nas “clínicas-escolas” vinculadas às universidades, entre outros.

Freud (1919 [1918]/2006), em pronunciamento feito no Quinto Congresso Psicanalítico Internacional em 1918, no qual abordava as novas direções em que o procedimento terapêutico psicanalítico poderia se desenvolver, prenunciou que essa situação aconteceria em um futuro mais ou menos próximo, por mais “fantástica” que ela pudesse parecer à maioria dos presentes no Congresso. Reconhecendo o alcance limitado das atividades terapêuticas psicanalíticas à época, que eram restritas às classes mais abastadas e nada podiam fazer pelas “camadas sociais mais amplas, que sofrem de neuroses de maneira extremamente grave” (p. 180), Freud apontou que, mais cedo ou mais tarde, a “consciência da sociedade” e o Estado compreenderiam que as classes mais desfavorecidas têm tanto direito a uma “assistência à sua mente” quanto o têm aos benefícios de cirurgias e que as neuroses ameaçam a saúde pública tanto quanto a tuberculose. Quando isto viesse a

acontecer, afirmou Freud, haveria instituições e clínicas que ofereceriam gratuitamente os benefícios da psicanálise,

de modo que homens que de outra forma cederiam à bebida, mulheres que praticamente sucumbiriam ao seu fardo de privações, crianças para as quais não existe escolha a não ser o embrutecimento ou a neurose, possam tornar-se capazes, pela análise, de resistência e de trabalho eficiente (p. 180).

É interessante salientar que Freud já denunciava aqui o equívoco de se pensar na “assistência psíquica” que a psicanálise pode oferecer como um “luxo” supérfluo, relegado ao último plano em detrimento da relevância de necessidades de sobrevivência mais “básicas” e urgentes, como as necessidades materiais ou aquelas relacionadas à “saúde física”.

Freud prosseguiu seu pronunciamento prevenindo a audiência para o fato de que, quando essa “situação fantástica” viesse a ocorrer, os psicanalistas seriam confrontados com a tarefa de adaptar suas técnicas às novas condições. E, mesmo afirmando que ainda que se mostre mais difícil para os mais “pobres” partilhar suas neuroses, uma vez que a “vida dura que os espera após a recuperação não lhes oferece atrativos” (p. 181) e que a neurose tem o benefício secundário de ampliar seu acesso ao auxílio social, Freud não hesitou sobre a validade das hipóteses psicanalíticas nesses novos contextos e condições. Ressaltou que, talvez, dita situação demandaria combinar a “assistência mental” com certo apoio material ou filantropia ou, ainda, que o “ouro puro da análise livre” teria de se combinar com o “cobre da sugestão direta” (p. 181) e com a influência hipnótica. Mas, quaisquer que fossem as recombinações necessárias, Freud destacou que os elementos mais efetivos e importantes seguiriam referenciados à essência da psicanálise “estrita e não tendenciosa” (p. 181).

Ou seja, com essa afirmação, Freud explicita que o campo da escuta e intervenções psicanalíticas é muito mais amplo do que aquele dos consultórios particulares e que é claramente possível pensar e inventar uma clínica com sujeitos situados precariamente no

campo social, que leve em plena consideração o contexto atravessado por questões e conflitos sociais, econômicos, históricos e políticos e aborde a dimensão sociopolítica de seus sofrimentos (Rosa, 2016), impasses, conflitos e manifestações psicopatológicas. Embora essa empreitada possa exigir mudanças no enquadre clínico e ensejar perturbações, indagações e ressignificações com relação aos conceitos e à teoria psicanalítica, isso não implica, necessariamente, prejuízos com relação à qualidade do pensamento teórico-clínico ou ao rigor na utilização dos conceitos, que seguem referenciados à “essência da psicanálise”.

Pois bem, em certa medida e com nuances específicas, é possível afirmar que a referida situação vem ocorrendo e já há um desenvolvimento clínico e teórico significativo – ainda que também existam resistências, críticas e defesas de que esse não é o campo da psicanálise – que se debruçou sobre essa “tarefa de adaptação” e sobre uma reflexão acerca da clínica psicanalítica em situações de precariedade e exclusão ou outras situações relacionadas a um contexto marcadamente atravessado por questões e conflitos sociopolíticos. Também têm um alcance e dimensão importantes o desenvolvimento teórico e reflexões sobre as contribuições da psicanálise para o conhecimento dos fenômenos culturais, sociais e políticos. E esse empreendimento não se dá sem dificuldades e desafios como, por exemplo, as fragilidades e confusões epistemológicas no diálogo entre diferentes domínios do conhecimento e os riscos de “sociologizar” a psicanálise ou “psicologizar” o social.

Pretendo apresentar, a seguir, uma revisão crítica que me possibilite ampliar e enriquecer a reflexão sobre a psicanálise e a clínica com usuários de crack em situações de precariedade e vulnerabilidade social. Início esse percurso referindo-me ao campo aberto por Freud e aos principais elementos que o texto freudiano fundador legou-nos como recursos para abordar os fenômenos sociopolíticos e culturais a partir de uma metodologia psicanalítica e refletir sobre as articulações fundamentais entre sujeito, cultura e sociedade.

III. 2. O trajeto freudiano do sujeito singular à civilização (*Kultur*): a dimensão coletiva, sociopolítica e cultural da constituição subjetiva e dos sintomas e manifestações psicopatológicas

Muito e sistematicamente já se recorreu, quando se discute psicanálise e fenômenos socioculturais, à afirmação de Freud do texto “Psicologia das Massas e análise do Eu” (1921/2010), que recusa as oposições estanques entre sujeito e sociedade, entre indivíduo e coletividade, e que postula que a “psicologia individual é também, desde o início, psicologia social, num sentido ampliado, mas inteiramente justificado” (1921/2010, p. 14). Contudo, ela não perdeu sua potência em apontar sinteticamente para o fato de que Freud não concebia a psicanálise como uma disciplina exclusiva do intrapsíquico e de uma individualidade isolada e abstraída das relações com os outros e da organização da sociedade.

Ao contrário, o que afirma Freud (1921/2010) é que, se é certo que a psicanálise dirige-se ao ser humano particular e à investigação de seus caminhos de satisfação pulsional, ela não deixa de se aproximar e se fundir a uma “psicologia social ou das massas”. Embora Freud dê continuidade a esse texto tecendo certa crítica à psicologia social da época, o que essa afirmativa evidencia é sua concepção do sujeito em coletividade, sempre referenciado ao outro e ao laço social e inevitavelmente situado na cultura e entrelaçado aos fenômenos sociais.

Nesse sentido, Assoun (2012) ressalta que, como Janus bifronte, uma das faces da psicanálise se volta para a “psique”, objeto de rigorosa inteligibilidade, e a outra face olha para o objeto das “ciências da cultura”, sendo que esses olhares se entrecruzam amiúde. E é essencial reafirmar essa dimensão coletiva, social ou cultural da psicanálise, uma vez que ela é absolutamente central nas concepções psicanalíticas de sujeito e de inconsciente. A dimensão social e cultural não constitui, assim, um simples contexto, mas constitui o próprio

campo de emergência do sujeito (Guimarães & Celes, 2007), implica importantes efeitos inconscientes (Assoun, 2012) e produz incidências, ressonâncias e determinações fundamentais nos processos de subjetivação. A constituição subjetiva é marcada pela História, pela cultura, pela sociedade, e não apenas por papai e mamãe (Koltai, 2000). As matrizes infantis originárias não bastam para abarcar a complexidade dos sujeitos e, como ressaltado por Souza (1991), as cenas e romances familiares não são suficientes para dar conta do campo da prática freudiana; “o que espanta é que essa relembração seja necessária” (p. 88).

O ensaio freudiano citado acima – “Psicologia das Massas e Análise do Eu” (1921) –, juntamente com os textos “A Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna” (1908), “Totem e Tabu” (1913), “O futuro de uma ilusão” (1927), “O Mal-Estar na Civilização” (1930), “Moisés e o Monoteísmo” (1939) e, ainda, a troca epistolar com Einstein sobre a Guerra (1933), compõem o conjunto dos principais trabalhos consagrados a uma reflexão e teorização sobre a civilização, sobre a cultura e sobre as articulações entre sujeito e sociedade.

O interesse de Freud pelas questões culturais e sociais sempre esteve presente em seu pensamento e formulações, como o atestam as sistemáticas referências e analogias em seus trabalhos à história da humanidade, à mitologia, à arte e à literatura, às instituições e aos ordenamentos sociais. A história bíblica, a arqueologia, a etnologia, Champollion e a Pedra de Roseta, a Itália antiga, a civilização grega, a origem das civilizações, Goethe, Enéias de Virgílio, a obra de Michelangelo, a história de chefes políticos ou militares, a religião, o folclore e histórias populares, entre outros, tiveram um papel fundamental no desenvolvimento da pesquisa e do trabalho teórico-clínico de Freud desde o período pré-psicanalítico. Essas referências não funcionaram somente como simples analogias ou ornamentos textuais, mas como importantes disparadores e ressonâncias simbólicas, como

figuras com capacidades distintivas de fornecer um entendimento sobre a realidade investigada, revelar relações e modos de funcionamento, constituindo elementos de grande poder heurístico na construção da teoria freudiana sobre o inconsciente e o aparelho psíquico.

Contudo, é no conjunto de textos destacado acima que Freud toma especificamente como objeto de análise e investigação a questão da civilização, da cultura e dos vínculos e formações sociais. Freud descreve esse movimento de progressivo deslocamento de seus objetos de atenção e investigação como um “desenvolvimento regressivo” (1925 [1935]/2006, p. 76) em que seu interesse, após fazer um “desvio de uma vida inteira” pelas ciências naturais, pela medicina e pela psicoterapia, se volta para os problemas culturais que há muito tempo o haviam “fascinado”, desde que era “um jovem quase sem idade suficiente para pensar” (p. 76). Atentar para esse “desvio de uma vida inteira” na trajetória de desenvolvimento do pensamento freudiano permite-nos destacar uma marca e uma característica fundamental de suas reflexões e teorizações sobre a cultura e o vínculo social: elas se construíram por meio de um movimento que teve como ponto de partida sua experiência clínica com sujeitos singulares e seguiu em direção à análise da cultura; partiu de um saber sobre o sintoma em direção a um saber sobre a cultura.

Portanto, foi a partir do saber adquirido com sua autoanálise e com a análise de seus pacientes e dos desenvolvimentos clínicos e metapsicológicos que Freud passou a interrogar a cultura e o social. Nessa “evolução regressiva” em que reencontrou um antigo interesse, Freud passou a abordá-lo com novos recursos e instrumentos; foi então munido do saber sobre o sintoma e suas leis de determinação, do saber sobre o inconsciente e do saber sobre as dinâmicas e conflitos pulsionais que ele apreendeu, questionou e buscou esclarecer o domínio da cultura e dos vínculos sociais. Em outras palavras, Freud mobilizou as aquisições feitas no plano clínico e individual para pensar sobre o plano coletivo e cultural, tomando o neurótico como revelador e operador de leitura dos fenômenos sociais e culturais (Assoun, 2012). Além

disso, aplicando à interrogação do sociocultural o mesmo princípio metodológico usado na compreensão do psiquismo – o “princípio do cristal” (1933/2006), segundo o qual o patológico dá visibilidade à estrutura “normal” ao revelar, na quebra, as linhas de estruturação –, Freud também apreendeu e tentou esclarecer a cultura a partir de seus sintomas e de seu mal-estar (Assoun, 2012). Em suma, Freud partiu da ideia de que o que foi experimentado no terreno de psicanálises individuais pode ser eloquente e produtivo também no domínio da cultura e dos fenômenos sociais.

Como destacado por Assoun (2012) e por Rosa (2004), esses procedimentos epistemológicos de Freud, em que ele defende uma homologia e simetria entre o indivíduo e o processo cultural e transfere conceitos e princípios do plano individual para o plano da comunidade cultural, ensejaram várias discussões e críticas sobre as fragilidades epistemológicas e riscos envolvidos nesse processo, entre eles, a psicologização do social e do político. Fragilidades e riscos estes em relação aos quais o próprio Freud lançou suas advertências de prudência:

Não posso dizer que uma tentativa dessas, de transferência da psicanálise para a comunidade cultural, não teria sentido ou estaria condenada à esterilidade. Mas teríamos de ser muito prudentes, e não esquecer que se trata apenas de analogias, e que não apenas com seres humanos, também com conceitos é perigoso retirá-los da esfera em que surgiram e evoluíram (Freud, 1930/2010, p. 120).

De maneira advertida sobre essas críticas, dificuldades e desafios, interessa à discussão presente extrair desse movimento as principais contribuições e recursos deixados por Freud para uma reflexão sobre as questões culturais, sobre o laço social e sobre as articulações e incidências entre os sujeitos e as organizações e fenômenos sociopolíticos. Em primeiro lugar, destaco, na esteira de Assoun (2012) e Rosa (2004), que a psicanálise sugere

uma metodologia própria de construção dos objetos, contribuindo com uma maneira específica de formulação, problematização, desconstrução e redefinição das questões e objetos referidos à cultura, à sociedade e aos vínculos sociais. É oportuno lembrar que a psicanálise, além de ser um método de tratamento, é também e indissociavelmente um procedimento para a investigação de processos psíquicos inconscientes e uma organização de compreensões e *insights* que compõem uma nova disciplina do conhecimento (Freud, 1923/2010).

Nesse sentido, Freud propõe uma nova apreensão e interpretação da cultura e dos fenômenos sociais e políticos a partir de concepções fundamentais da psicanálise, como os processos inconscientes; a noção de sujeito atravessado pelo inconsciente, em que ele deixa de ser “o senhor em sua própria casa”; o estatuto conferido à linguagem e ao discurso; as dinâmicas e conflitos pulsionais e os laços libidinais; as modalidades de identificação, as noções de fantasia, de transferência, entre outras. É o que Freud realiza, por exemplo, em “Psicologia das Massas e Análise do Eu” (1921/2010), em que ele utiliza o conceito de identificação para compreender o processo de constituição do sujeito e sua inserção no campo social e aborda a psicologia das massas a partir do conceito de libido, buscando identificar a questão das ligações libidinais no cerne da constituição e funcionamento dos grupos e instituições. Ou, ainda, em “O Mal-Estar na Civilização” (1930/2010), em que Freud concebe uma metapsicologia da civilização (*Kultur*), destacando a dinâmica entre Eros e Anankê e o embate pulsional entre Eros e Tânatos que caracterizam o processo cultural que se desenrola na humanidade.

Essa metodologia psicanalítica de abordar os fenômenos sociais e culturais inaugurada por Freud – que consiste em interrogá-los e pensá-los a partir das elaborações e conceitos metapsicológicos – não desemboca, necessariamente, em uma psicologização do social. Trata-se, antes, de uma proposta de lançar um olhar específico a esses objetos e trazer

contribuições próprias e singulares que o arcabouço psicanalítico pode oferecer para a compreensão do campo social, apontando sua dimensão inconsciente e pulsional, numa aproximação que consiste mais em um enriquecimento e fecundação recíproca entre campos do que em apontar verdades totalizantes, “completar”, “corrigir” ou substituir análises provenientes de outras áreas do conhecimento que também se empenham nesse debate.

Freud (1933 [1932]/2006) recusou à psicanálise a pretensão de ser uma *Weltanschauung*, uma construção intelectual “que soluciona todos os problemas de nossa existência, uniformemente, com base em uma hipótese superior dominante, a qual, por conseguinte, não deixa nenhuma pergunta sem resposta e na qual tudo o que nos interessa encontra seu lugar fixo” (p. 155). Portanto, a psicanálise não se basta a si mesma; seja nas abordagens sobre o sujeito, seja nas abordagens sobre a cultura e o laço social, é necessário estabelecer uma articulação, um diálogo e uma tensão fecunda com outros campos do conhecimento, como a sociologia, a antropologia, a história, a ciência política e a filosofia, sem desconsiderar a singularidade metodológica da psicanálise. Como destacado por Rosa (2016), ainda que essa interlocução possa implicar imprecisões e fragilidades epistemológicas, elas parecem ser menos nocivas do que centrar na psicanálise toda a possibilidade de análise e esclarecimento, dispensando outras disciplinas e apoiando-se na ilusão de uma verdade absoluta e totalizante.

Além de ressaltar a importância dos elementos sociais e culturais na constituição subjetiva e de aportar uma metodologia específica de formulação e análise de questões relacionadas aos fenômenos sociopolíticos, o percurso freudiano permite-nos extrair uma importante contribuição – que ganha ampla ressonância nesta tese – com relação à forma de abordar e compreender os sintomas, os sofrimentos e o mal-estar, introduzindo, a partir de suas formulações sobre a cultura, uma mudança na concepção etiológica da psicopatologia.

No ensaio “O Mal-Estar na Civilização” (Freud, 1930/2010), a questão do sofrimento humano é apresentada de maneira plenamente situada e intrincada à dimensão da sociedade e dos laços sociais. Segundo Freud (1930/2010), uma das três fontes do nosso sofrer – e aquela que impinge a experiência do sofrimento de forma mais dolorosa do que qualquer outra – consiste nas relações com os outros seres humanos e na “insuficiência das normas que regulam os vínculos humanos na família, no Estado e na sociedade” (p. 43). Freud aponta aqui um conflito fundador, constitutivo e estrutural na inscrição do sujeito no campo social. A civilização (*Kultur*) – “a soma das realizações e instituições que afastam a nossa vida daquela de nossos antepassados animais, e que servem para dois fins: a proteção do homem contra a natureza e a regulamentação dos vínculos dos homens entre si” (p. 49) – carrega “boa parte da culpa por nossa miséria” (p. 44), afirma Freud (1930/2010). O discurso freudiano revela uma harmonia impossível entre pulsão e civilização, pois esta se funda, se estrutura e se edifica sobre a renúncia pulsional, sobre a “frustração cultural” (Freud, 1930/2010, p. 60), a não satisfação de “poderosas pulsões”. Freud estabelece, portanto, um diagnóstico de um mal-estar estrutural e insuperável no cerne do processo cultural e social, do qual a neurose faz testemunho por meio dos sintomas, essas satisfações substitutivas para as moções pulsionais recalçadas.

Percebe-se, assim, que a partir de suas elaborações teóricas sobre a cultura e o campo social, Freud aponta a instância coletiva e a dimensão antropológica de todo mal-estar e de todo sintoma, desconstruindo reducionismos psicopatológicos que individualizam os impasses do sujeito face à cultura. Os diferentes sintomas e quebras psíquicas não são simples e exclusivamente da ordem da psicopatologia individual, uma vez que a própria psicopatologia é, em si mesma e existencialmente, signo e “encarnação subjetiva” do mal-estar estrutural implicado na civilização (Assoun, 2012). O que se dá na lógica da formação dos sintomas mobiliza e revela tanto os impasses individuais e familiares, quanto as

formações e fenômenos sociais, culturais e políticos. Há, portanto, uma articulação fundamental entre “fazer-sintoma” e o mal-estar na civilização que, como lembra Assoun (2012), por ser estrutural, é cronicamente atual e se repete a cada momento da história, com montagens e características específicas. As formações sintomáticas apresentam, assim, um “estilo” e uma lógica inerentes à forma contemporânea do mal-estar estrutural, que devem ser devidamente reconhecidos, sob o risco de uma homologação de entidades psicopatológicas supostamente inéditas (Assoun, 2012).

É oportuno ressaltar ainda que, como apontado por Dunker (2015), as reflexões sobre a pulsão de morte em “O Mal-Estar na Civilização” introduzem uma verdadeira mudança no paradigma etiológico de Freud, em que a formação de sintomas deixa de ser pensada exclusivamente pelo recalçamento e passa a ser esclarecida também por uma “dinâmica maior de fusões e desfusões das pulsões, no interior das quais séries inteiras de sintomas, repetições e sofrimentos são articuladas com processos culturais” (p. 201). Em suma, as considerações de Freud sobre a inscrição e as articulações do sujeito no campo social e cultural apontam para a necessidade imperativa de abordar as diferentes manifestações psicopatológicas, os sintomas, sofrimentos, conflitos e impasses dos sujeitos de forma intimamente atrelada à sua inscrição na sociedade, sem amputar-lhes sua dimensão coletiva, social, histórica, política e cultural. A escuta psicanalítica, portanto, deve ser uma escuta politizada.

Nesse sentido, podemos afirmar que são borradas e diluídas as fronteiras entre a psicanálise do individual e a psicanálise aplicada ao sintoma social, pois o sintoma é sempre social, situa-se na área – cujos contornos não são claramente definidos – de intersecção entre o que há de mais íntimo e singular de um sujeito e a realidade social na qual ele se inscreve (Calligaris, 1991). Nessa afirmativa, vale ressaltar, não há um indevido “sociologismo”, mas o reconhecimento da fundamental dimensão coletiva, social e antropológica de todo e

qualquer sintoma, denunciada por Freud em “O Mal-Estar na Civilização” (1930/2010). E, como já ressaltado, na abordagem psicanalítica dos fenômenos sociais e culturais e suas incidências subjetivas, tampouco há uma “aplicação” da psicanálise ou “psicologização” do social – que podem produzir resultados catastróficos –, mas a mobilização da psicanálise na medida em que ela é uma teoria do sujeito em coletividade, enodado aos fenômenos sociais, políticos e culturais.

Portanto, não é a oposição entre singularidade e coletivo o que retém a atenção da psicanálise e há um ganho significativo na adoção de uma definição de cultura de forma diferente de uma superestrutura que recobriria aparelhos psíquicos individualizados (Douville, 2014). O cultural e o psíquico estão intimamente enodados e em constante interação. Como destacado por Douville (2014), a abordagem clínica e psicopatológica deve partir da compreensão de que lidamos com sujeitos que são atores e testemunhas de processos, passagens e transições históricas, sociais, políticas e culturais de primeira importância e de que a constituição das subjetividades está entremeada aos fenômenos sociopolíticos, aos laços sociais e aos dispositivos de poder. Dessa forma, tratar de sujeitos singulares e seus sofrimentos, impasses e sintomas requer a compreensão e consideração dessa articulação e, mesmo que o tratamento seja focado na singularidade, ele não implica necessariamente uma obliteração ou denegação da dimensão sociopolítica e cultural que atravessa a existência dos sujeitos, seus sofrimentos psíquicos e suas manifestações psicopatológicas.

Sobretudo nas intervenções clínicas com os sujeitos situados nas posições mais frágeis e vulnerabilizadas da organização social – que é o caso da maioria dos usuários de crack no Brasil –, cuja dimensão do sofrimento advinda da posição sociopolítica do sujeito (Rosa, 2016) tende a ser bastante acentuada, é imprescindível trazer à luz essa articulação do sujeito com o campo social e a coletividade, compreendendo as incidências dos processos e conflitos

históricos e sociopolíticos sobre os modos de organização da subjetividade. Engajado nessa proposta, o psicanalista, como destacado por Douville (2014), se faz testemunha das incidências da história coletiva e de suas repercussões na estruturação do psiquismo singular e do laço social. Por meio desse enodamento, constituir-se como “terra de acolhimento” para intimidades privadas de direitos pode ser interpretado como um verdadeiro ato que possibilita a emergência do sujeito falante (Douville, 2014). O “historiador, no plano do saber coletivo, e o psicanalista, no plano da construção de uma verdade singular, lutam, um e outro, contra formas instituídas de negação e silenciamento” (Douville, 2014, p. 161, tradução minha^{co6}).

Capítulo IV: Uma leitura psicanalítica da precariedade e da vulnerabilidade

Refletir de forma aprofundada sobre a psicanálise e a prática clínico-institucional com usuários de crack implica, necessariamente, um debate e uma análise mais detida e miúda sobre a teoria e a clínica psicanalíticas face às situações de vulnerabilidade social e precariedade. Essa reflexão faz-se necessária tanto pelo fato de esta pesquisa ter como ponto de partida minha experiência clínico-institucional em um CAPS-AD, cujos usuários, em sua grande maioria, são originários das classes sociais mais desfavorecidas e encontram-se em situações de marginalização, precariedade e alta vulnerabilidade social, quanto, em uma perspectiva mais ampla, pela prevalência característica do uso de crack no Brasil que, como venho reiterando, atinge o segmento da população mais vulnerabilizado, precarizado, abandonado, excluído e estigmatizado.

Em primeiro lugar, é indispensável que estas reflexões se detenham sobre o que significam “precariedade” e “vulnerabilidade”, pensando essas condições a partir de uma perspectiva psicanalítica e questionando as incidências psíquicas e os processos de subjetivação resultantes dessas situações. Como será desenvolvido ao longo do capítulo, proponho uma análise das noções de vulnerabilidade e precariedade a partir de seu desdobramento em três dimensões principais: a vulnerabilidade estrutural e constitutiva; a vulnerabilidade e as condições precárias sociopoliticamente induzidas; e a vulnerabilidade linguística ou desamparo discursivo. É importante ressaltar que os usuários de crack no Brasil, em sua maioria, estão expostos de modo radical a essas três dimensões identificadas, que atingem os sujeitos de forma entrelaçada, com articulações e ressonâncias mútuas entre elas. O desmembramento aqui proposto se justifica pela ampliação das possibilidades de

análise e reflexão que ele produz, e não pela suposição de que cada dimensão se presentifique de forma isolada.

Conforme já discutido na Parte I desta tese, reitero que as situações de vulnerabilidade social, precariedade e exclusão não se restringem simplesmente a uma dimensão material e financeira. Ao contrário do que veiculam as formações discursivas dominantes, que enfatizam as condições econômicas e materiais, essas situações relacionam-se, de maneira indissociável e sob diversos aspectos, com dimensões existenciais, afetivas, simbólicas e culturais e incidem diretamente sobre as formas de subjetivação, sobre a corporalidade, sobre a relação com a linguagem e com a temporalidade, sobre a inscrição social dos sujeitos, a atribuição de posições, valores e possibilidades de mobilidade no laço social, seus modos de pertencimento e vinculações, entre outros.

IV. 1. O desamparo radical: precariedade e vulnerabilidade estruturais e constitutivas

Para refletir sobre a questão da vulnerabilidade social e da precariedade a partir de uma perspectiva psicanalítica remeto, inicialmente, a uma ideia de vulnerabilidade estrutural que pode ser apreendida das primeiras elaborações teóricas de Freud no “Projeto para uma Psicologia Científica” (1895/2006), a partir da mobilização da noção de desamparo (*Hilflosigkeit*). Para isso, sirvo-me tanto do próprio texto freudiano, quanto da pujante análise feita por Monique Schneider (2011) em seu livro “La détresse aux sources de l’éthique⁴⁰”.

Ao descrever os processos implicados nas primeiras experiências de satisfação – cuja característica de ter consequências as mais radicais no desenvolvimento das funções do indivíduo é desde já destacada –, Freud descreve um estado inicial no qual se encontra o

⁴⁰ “O desamparo na origem da ética” (tradução minha).

recém-nascido em que ele é atingido por determinadas “excitações endógenas”, que só são passíveis de serem abolidas por meio de intervenções que requerem a alteração do mundo externo, como o “fornecimento de víveres” e a “aproximação do objeto sexual” (Freud, 1895/2006, p.370). É então que Freud (1895/2006) introduz a noção de um desamparo radical – estar sem ajuda ou socorro, conforme o termo alemão utilizado (*Hilflosigkeit*) –, que caracteriza a condição do ser humano assim que ele vem ao mundo:

O organismo humano é, a princípio, incapaz de promover essa ação específica [a alteração no mundo externo capaz de promover a extinção da excitação endógena]. Ela se efetua por uma ajuda alheia (*fremde Hilfe*), quando a atenção de uma pessoa experiente é voltada para um estado infantil por descarga através da via de alteração interna. **Essa via de descarga adquire, assim, a importantíssima função secundária da comunicação, e o desamparo (*Hilflosigkeit*) inicial dos seres humanos é a fonte primordial de todos os motivos morais** (p. 370, grifos meus).

Em outras palavras, como o “organismo humano” em sua origem – o recém-nascido – é confrontado inicialmente a essa situação de completo desamparo, não podendo orientar-se e agir por si mesmo a não ser pelo choro, por agitações motoras, ou pelo grito (ações descritas por Freud como “descarga através da via de alteração interna”), ele é incapaz de promover essas intervenções específicas necessárias para a extinção das referidas “excitações endógenas”.

É importante destacar que, quando Freud se refere a esses sinais que indicam o sofrimento e mal-estar do recém-nascido e convocam a atenção de uma pessoa experiente (expressão de movimentos emocionais, gritos, agitações motoras, inervação vascular, choro), ele não os codifica exatamente como um apelo lançado ao outro, mas como diversas ações colocadas em ato pelos únicos meios dos quais dispõe o bebê (a modificação interna), na

tentativa de fazer desaparecer o mal-estar e o sofrimento que o assaltam, rejeitando-os para fora de si. E, como destacado por Freud (1895/2006), mesmo que essa experiência de movimentações e choro se prolongue, ela não conduz, devido a sua própria dinâmica, a uma experiência de satisfação: “nenhuma descarga pode produzir resultado aliviante, visto que o estímulo endógeno continua a ser recebido e se restabelece a tensão” (Freud, 1895/2006, p. 370). Tão somente uma modificação vinda do mundo externo pode abolir a excitação e interromper a repetição infecunda de movimentos por parte do bebê.

Antes de dar continuidade ao objetivo de compreender essa situação de desamparo radical que caracteriza o acesso ao humano, é oportuno salientar que essas formulações de Freud desenvolvidas no “Projeto para uma Psicologia Científica” (1895/2006) introduzem, desde o período pré-psicanalítico, a dimensão socializada de toda dor, sofrimento ou mal-estar, por mais solipsista que eles possam parecer. Como apontado por Schneider (2011), Freud caracteriza o sofrimento e a dor (*Schmerz*)⁴¹ primordialmente a partir de seu aspecto de pane e de fuga. Na seção 6 do “Projeto...”, que se debruça sobre a questão da dor, Freud (1895/2006) descreve-a como o fenômeno por excelência que representa, no psiquismo, o estado de falha e pane a que todo “dispositivo de natureza biológica” está sujeito quando um limite é ultrapassado: “tudo o que sabemos a respeito da dor se enquadra nisso. O sistema nervoso tem a mais decidida propensão a fugir da dor” (p. 259).

Portanto, o sofrimento e a dor iniciais do recém-nascido são representados por Freud essencialmente como essa experiência limite em que as estratégias defensivas que visam neutralizar a extinção da excitação são colocadas em xeque ou entram em pane e o aparelho psíquico resta entregue sem defesas aos poderes da excitação, sem possibilidades de neutralizá-la ou descarregá-la (Schneider, 2011). Se não ocorre uma alteração vinda do

⁴¹ Segundo Schneider (2011), o termo alemão usado por Freud – *Schmerz* – retém tanto o significado de “dor”, quanto de “sofrimento”, não diferenciando de forma acentuada, como o faz a língua francesa (e também a portuguesa), o sofrimento físico de um sofrimento “moral”.

mundo externo pela entrada em cena de outra pessoa, não há qualquer saída para essa situação, e a “dor e o sofrimento” nem chegam a ser vividos como “experiência de dor e sofrimento”. Esta diferença entre “dor e sofrimento” e a “experiência vivida de dor e sofrimento” é explicitada por Freud (1895/2006) quando ele dedica duas seções diferentes ao assunto no “Projeto...”: seção 6 – A Dor (*Schmerz*) e seção 12 – A Experiência da Dor (*Schmerzzerlebnis*), entre as quais se encontram as formulações acerca da ajuda que vem de outra pessoa.

No mesmo sentido, Schneider (2011) afirma que, se essa ajuda exterior não é realizada, o sofrimento sequer pode produzir-se a si mesmo como tal, ser sentido como “sofrimento habitado” e elaborar uma mensagem que seja diferente desse indefinido mal-estar que corresponde à expressão do recém-nascido. O sofrimento consiste, portanto, nessa experiência limite, que remete a um estado de *pane* e que só é suscetível de ganhar contornos e de ser experienciada, habitada e elaborada a não ser como fenômeno socializado, quando a cena é aberta e convocam-se personagens portadores de uma dimensão de socialização, a partir da qual uma eventual ajuda se perfila e o sofrimento pode tornar-se objeto de uma experiência vivida e ser inscrito em um espaço “vetorizado” e minimamente organizado (Schneider, 2011).

Retomando o fio de compreensão sobre o desamparo inicial, é essencial destacar, com Schneider (2011), que esse estado significa que o recém-nascido está duplamente desprovido: não apenas daquilo que lhe é necessário, mas igualmente privado do saber sobre aquilo que o mergulha no estado de incômodo, mal-estar e sofrimento. É necessário, portanto, uma “ajuda estrangeira” (*fremde Hilfe*) que será realizada por essa “pessoa experiente”, “um outro ser humano” (*Nebenmensch*⁴², *l'être proche, l'être secourable*), que vem ao encontro

⁴² *Nebenmensch*, literalmente, o ser humano que está próximo, situado ao lado (Schneider, 2011), é traduzido na edição brasileira como “um outro ser humano”. Conforme citado por Laufer (2015), Laplanche (2006) sugere a tradução por “*l'être-humain proche*” (o ser humano próximo). Segundo Schneider (2011), um grupo de trabalho

do recém-nascido após ter sua atenção convocada pelo choro, gritos ou movimentações do bebê, e que, antes de ser descrito como o portador de soluções, é referido por Freud como “atencioso” (*aufmerksam*) em relação ao estado infantil. Como ressaltado por Schneider (2011), esse termo usado para caracterizar a “pessoa experiente” – “atencioso” – será recoberto de uma carga semântica particularmente forte no desenvolvimento da psicanálise, pois é a ele que Freud recorre para qualificar a atitude atribuída ao psicanalista: a “atenção”.

A atenção do *Nebenmensch*, portanto, tem uma característica singular: ela não vai captar uma significação perceptível, mas sim dar forma e sentido a manifestações do bebê que, inicialmente, não têm o estatuto de uma mensagem. O “ser próximo” não vai responder ao bebê proporcionando-lhe aquilo que se supõe ter sido demandado ou satisfazendo suas necessidades. Não se trata simplesmente de conectar uma demanda a uma resposta, o que fica explícito no texto de Freud (1895/2006) pela completa aleatoriedade que conecta as reações do recém-nascido (expressão de movimentos emocionais, gritos, inervação vascular) às transformações que a pessoa experiente vai promover (fornecimento de víveres, aproximação do objeto sexual).

Como mostra Schneider (2011), é somente depois desse momento em que uma intervenção vinda do mundo externo soluciona o estado inicial de mal-estar, que a própria figura do mal-estar pode ser retrospectivamente interpretada. Portanto, a primeira função e forma de ajuda praticada pelo *Nebenmensch* é a interpretação, seja ela adequada ou não; é necessário que ele intervenha não apenas executando a “ação específica” (Freud, 1895/2006, p.370) no mundo externo para o ser desamparado, mas, antes disso, interprete qual é essa

dedicado ao texto “Projeto para uma Psicologia Científica” coordenado por Suzanne Hommel, sugere a tradução por “*semblable*” (semelhante), o que nos convida a referir essa noção a uma estrutura especular. Contudo, Schneider considera que essa tradução é dificilmente sustentável, na medida em que o sentido de *neben* não abarca a compreensão de uma posição face a face, mas sugere, ao contrário, aquilo que é situado em posição descentrada, essencialmente lateral, e, longe de referir-se apenas a um registro especular, o *Nebenmensch* tem uma função essencial no acesso ao simbólico. Ao longo do texto, farei referência ao termo freudiano *Nebenmensch* para facilitar a compreensão.

ação específica. E essa interpretação se funda, num primeiro momento, sobre um deciframento hipotético das necessidades do bebê. Ela se dá sob o signo da arbitrariedade, o que leva Schneider (2011) a afirmar que é ilegítimo descrever a oferta feita ao recém-nascido como uma resposta a um apelo que a antecederia. “(...) a demanda e o desejo não são, necessariamente, aquilo que precede à satisfação, mas são retroativamente convocados a surgir graças a essa satisfação (*Befriedigung*), que proporciona não apenas um alívio, mas um sentimento de adequação” (Schneider, 2011, p. 31, tradução minha^{co7}).

Na perspectiva do bebê, portanto, a interpretação produz não apenas o efeito de alívio decorrente do fim de uma excitação vivida como intrusiva, mas, ao mesmo tempo, possibilita que ele comece a conhecer os movimentos direcionais pelos quais ele se volta em direção a uma exterioridade que pode lhe proporcionar tanto o alívio quanto decepções. A intervenção do *Nebenmensch*, um gesto que equivale a um só tempo à oferta do objeto e à interpretação (justa ou não), ultrapassa largamente o que corresponderia a um simples fornecimento de víveres e de um meio de subsistência. Trata-se, antes, de “uma experiência mais ou menos jubilatória que dotaria a criança de um espaço de ressonância, fazendo-se lugar de aparição simultânea do agente doador (...) e da criança que experimenta suas exigências”, tornando retroativamente possível a “estrutura de um endereçamento ao Outro” (Schneider, 2011, p. 32-33, tradução minha^{co8}).

Se Freud (1895/2006) postula, em um primeiro momento, um funcionamento psíquico centrado num trabalho de descarga expulsiva que responde ao princípio da inércia, a partir da entrada do *Nebenmensch* e da experiência de satisfação que ele viabiliza, o psiquismo deixa de ser confrontado à solidão e à evacuação de tudo aquilo que se apresenta como excitação, estendendo sua superfície de exposição e tornando-se sensível a outras zonas de excitação. A experiência de satisfação promovida por esse “ser próximo” que vem ao auxílio do recém-

nascido faz-se equivalente a “uma injeção de vida que provoca, no psiquismo, uma saída da solidão” (Schneider, 2011, p. 57, tradução minha^{co9}).

É então que as “vias de descarga por alteração interna” (expressão de movimentos emocionais, gritos, agitações motoras, inervação vascular, choro) vão adquirir, segundo Freud (1895/2006), “a importantíssima função secundária da comunicação” e que o desamparo inicial dos seres humanos emerge como a “fonte primordial de todos os motivos morais” (p. 370). Schneider (2011) ressalta nessa passagem do “Projeto...” a ambição de Freud de entrelaçar dimensões – a alimentação, a aquisição da linguagem, a alteridade, a sensorialidade, a afetividade, a moralidade, entre outras – que habitualmente são abordadas pela psicologia ou pela filosofia a partir de uma separação dos diferentes eixos da experiência. Entrelaçamento este que, segundo a autora, desconstrói toda tentativa de instaurar uma hierarquia entre as diversas funções que permitem o acesso ao humano – funções alimentares, afetivas, sensoriais, cognitivas, morais, éticas – e que estabelece enodamentos que podem conduzir a um “emaranhado” semelhante ao do “umbigo dos sonhos” (Freud, 1900/2006), que não se deixa desenredar e que remete a um ponto insondável.

A partir do que foi discutido até aqui, pode-se depreender a importância fundamental desse “ser próximo” – o *Nebenmensch* – para o devir humano. O ser humano (*Mensch*) “só pode advir como humano se situado nas paragens de outro ser humano situado proximamente, “ao lado” (*neben*)” (Schneider, 2011, p. 41, tradução minha^{co10}), que vai desencadear os processos fundadores para a constituição do recém-nascido. No entanto, é necessário considerar duas dimensões fundamentais dessa relação originária do recém-nascido com o *Nebenmensch*: (a) o fato de que o “ser próximo que ajuda” é, ao mesmo tempo e indissociavelmente, o primeiro objeto hostil, e (b) o estado de dependência radical e subordinação completa ao outro que caracteriza a origem de todo sujeito.

Em conformidade à relevância que Freud sói atribuir às duplas antitéticas em suas reflexões e formulações sobre os processos psíquicos, também no desenvolvimento teórico do “Projeto...” essa pessoa próxima e experiente que vem ao auxílio do recém-nascido tem um correspondente inverso – o primeiro objeto hostil –, o que aponta para uma íntima proximidade entre o auxiliar e o hostil:

Suponhamos que o objeto que compõe a percepção se pareça com o sujeito - *um outro ser humano (Nebenmensch)*. Nesse caso, o interesse teórico [que lhe é dedicado] também se explica pelo fato de que um objeto semelhante foi, **ao mesmo tempo, o primeiro objeto hostil, além de sua única força auxiliar.** (Freud, 1895/2006, p. 383, grifos meus).

É essencial destacar a expressão de Freud “ao mesmo tempo”. Essa proximidade íntima entre auxílio e hostilidade não se inscreve numa temporalidade, em que haveria uma passagem da “força auxiliar” ao “objeto hostil”. Ao contrário, há uma sobreposição entre a ajuda que é prestada e o objeto hostil, eles ocorrem ao mesmo tempo. O *Nebenmensch* representa, de forma simultânea e indissociável, o ser que está próximo e atento, portador da ajuda que possibilita a vida, e o primeiro objeto hostil e ameaçador. Portanto, a ajuda do *Nebenmensch* é, necessariamente, instauradora de dependência e de assimetria. Entre a experiência do recém-nascido e as intervenções que, devido à iniciativa da “pessoa próxima”, vão permitir à criança experimentar as performances das quais ele mesmo é capaz, instaura-se uma dependência radical (Schneider, 2011). A única via de sobrevivência e de constituição psíquica, portanto, passa por essa proximidade do outro, mas trata-se de um outro que exerce um poder absoluto sobre um ser que está completamente a sua mercê.

E, como apontado por Schneider (2011), essa simultaneidade e sobreposição da dimensão auxiliar (que Freud salienta ser a “única força auxiliar”) à dimensão hostil amplifica e radicaliza o estado de desamparo e derrelicção no qual se encontra o humano em

seu estado originário. Afinal, como pode o recém-nascido se defender contra o hostil se essa entidade se manifesta numa extrema proximidade da “única potência auxiliar”? Há no pensamento freudiano, afirma Schneider (2011), um “conluio originário” entre a única força auxiliar e o potencial inimigo, ao qual o recém-nascido é completamente subordinado:

O ser humano é, de saída, instalado em sua relação de subordinação ao outro. Um outro ao qual – a referência ao grande Outro lacaniano parece aqui incontornável – são atribuídas, a um só tempo, um direito de interpretar como bem lhe pareça e um direito de vida e de morte (Schneider, 2011, p. 202, tradução minha^{col1}).

Portanto, a “ajuda externa” executada pelo *Nebenmensch* em auxílio ao recém-nascido desamparado engendra efeitos paradoxais. O outro se constitui como condição de acesso ao humano, como “catalisador” de um processo em que se constrói uma intimidade própria a partir do engendramento de “fenômenos de ressonância” que este encontro possibilita, esboçando um acesso a si mesmo, a um próprio relacionado à experiência vivida. Ao mesmo tempo, instaura-se uma dependência radical e uma intensificação da vulnerabilidade, em decorrência da exposição inelutável ao poder e à hostilidade do outro (Laufer, 2015).

Em suma, as formulações de Freud sobre a situação originária da entrada dos sujeitos no mundo, sobre o estado de incapacidade e desamparo radical do recém-nascido e sobre a intervenção do *Nebenmensch*, se pensadas não apenas em referência a um momento circunscrito a um ponto originário, mas como um momento de continuidade e transmissão (Schneider, 2011), permitem-nos compreender o desamparo radical e a vulnerabilidade como propriedades estruturais de todos os sujeitos, inerentes ao processo de socialização. Do desamparo, de sua condição precária e prematura e da total incapacidade de se bastar a si mesmo se desenvolve a constituição subjetiva e a busca humana, condições estas que deixam restos e imprimem de forma indelével traços e marcas na vida dos sujeitos. Podemos, então,

conceber a vulnerabilidade e a precariedade como características estruturais e constitutivas da condição humana.

Realizando um grande salto temporal e teórico no desenvolvimento psicanalítico, vemos que em 1930, em “O Mal-Estar na Civilização”, ao interrogar-se sobre as causas do mal-estar e da infelicidade, Freud também apresenta elementos que corroboram essa ideia de uma vulnerabilidade estrutural e constitutiva, condição generalizada do ser humano:

O sofrer nos ameaça a partir de três lados: do próprio corpo, que fadado ao declínio e à dissolução, não pode sequer dispensar a dor e o medo, como sinais de advertência; do mundo externo que pode se abater sobre nós com forças poderosíssimas, inexoráveis, destruidoras; e, por fim, das relações com os outros seres humanos. O sofrimento que se origina dessa fonte nós o experimentamos talvez mais dolorosamente que qualquer outro; tendemos a considerá-lo um acréscimo um tanto supérfluo, ainda que possa ser tão fatidicamente inevitável quanto o sofrimento de outra origem (Freud, 1930, p. 31).

Desse trecho, pode-se depreender uma vulnerabilidade corporal, uma vulnerabilidade psíquica e uma vulnerabilidade relacionada ao laço social, que são estruturais e consubstanciais à condição humana. Como destacado por Laufer (2015), a vulnerabilidade e precariedade de nosso corpo, devastado pelo tempo e exposto à dor e à angústia; a vulnerabilidade e impotência face ao mundo externo e à imprevisibilidade das catástrofes naturais; e a vulnerabilidade e fragilidade da vida social exposta à dependência e à violência do outro marcam a existência do sujeito e seu mal-estar estrutural, sobre o qual se funda a cultura e o desenvolvimento da civilização.

Não obstante, é essencial diferenciar de forma clara a vulnerabilidade estrutural e constitutiva da condição humana, que atinge todos os sujeitos, das situações de precariedade,

exclusão e vulnerabilidade social nas quais se encontram determinados segmentos de nossa sociedade, produzidas e reproduzidas pelo processo de desigualdade social e marginalização. Para estabelecer essa discriminação, recorro às formulações de Butler (2016), que também sustenta uma ideia de vulnerabilidade e precariedade estruturais e generalizadas, distinguindo-a da noção mais especificamente política de “condição precária”, que, ao contrário dessa “precariedade existencial”, é politicamente induzida de maneira diferencial sobre determinadas populações.

IV. 2. Condições precárias e vulnerabilidade sociopoliticamente induzidas

Assim como Freud, Butler (2016) afirma que o nascimento é, por definição, marcado pela precariedade e pelo desamparo: “nós não nascemos primeiro e em seguida nos tornamos precários; a precariedade é coincidente com o próprio nascimento” (p. 32). E, no mesmo sentido que Freud, Butler (2016) também destaca o efeito paradoxal da relação com o outro que, ao mesmo tempo em que se constitui como condição de sobrevivência, de subjetivação e de desejo, também é fonte de ameaça e instauradora de uma dependência radical e da possibilidade da subjugação e crueldade:

Isso é consequência do fato de os corpos estarem estreitamente relacionados uns com os outros através de necessidades materiais, do tato, da linguagem, de um conjunto de relações sem as quais não podemos sobreviver. O fato de a sobrevivência de uma pessoa estar tão estreitamente relacionada com o outro constitui o risco constante da sociabilidade: sua promessa e sua ameaça (Butler, 2016, p. 95).

Se Freud, no “Projeto...”, foca na figura do *Nebenmensch*⁴³ como a condição de subjetivação e manutenção dessa vida que vem ao mundo de modo prematuro e desamparado, Butler (2016) chama a atenção para a “rede social de ajuda” (p. 32), da qual depende a sobrevivência de todo e qualquer sujeito desde o seu nascimento. Dessa forma, para Butler (2016), afirmar que a vida é precária é compreender que ela exige apoio e condições possibilitadoras para que ela possa ser uma vida vivível, é compreender que a possibilidade de sua manutenção depende, fundamentalmente, de relações sociais reproduzíveis e mantenedoras, bem como de determinadas condições sociais e políticas, e não somente de um “impulso interno para o viver” (Butler, 2016, p. 40). “Todo impulso tem de ser sustentado, apoiado pelo que está fora de si mesmo, e é por essa razão que não pode haver nenhuma persistência na vida sem pelo menos algumas condições que tornam uma vida vivível” (Butler, 2016, p. 40), condições estas que são eminentemente sociais e estabelecem não a “ontologia distinta da pessoa”, mas a “interdependência das pessoas” (p. 38).

Compreende-se, assim, que o entendimento de Butler (2016) da precariedade como condição generalizada implica uma ontologia social que coloca em xeque a noção de individualismo: “a precariedade implica viver socialmente, isto é, o fato de que a vida de alguém está sempre, de alguma forma, nas mãos do outro” (p. 31). Segundo a autora, somos seres sociais desde o começo, expostos e dependentes do que está fora de nós: expostos àqueles que conhecemos e também àqueles que não conhecemos, expostos a normas e organizações sociais e políticas; dependentes dos outros – conhecidos ou anônimos –, de instituições, de ambientes sustentados e sustentáveis e da garantia de várias condições sociais e econômicas, razões pelas quais somos crônica e inelutavelmente precários.

⁴³ Não obstante, é importante reiterar que, no desenvolvimento teórico da psicanálise, Freud não restringiu a análise e compreensão sobre o sujeito unicamente a essas figuras próximas e ao contexto familiar, mas alargou a cena e nutriu-a de novos personagens não pertencentes necessariamente ao meio familiar (Schneider, 2011) e de elementos históricos, sociais, políticos e culturais.

E, reciprocamente, também nos são lançadas a exposição e dependência dos outros. Em outras palavras, todos os sujeitos estão expostos a forças articuladas social e politicamente, bem como a “exigências de sociabilidade – incluindo a linguagem, o trabalho e o desejo” (p. 15), que tornam possíveis a vida, a subsistência e a prosperidade. A vida precária “implica a vida como um processo condicionado, e não como um aspecto interno de um indivíduo monádico ou qualquer outro construto antropocêntrico” (Butler, 2016, p. 42).

De forma articulada à compreensão da precariedade como condição existencial e generalizada, que deve ser compreendida não apenas como um aspecto desta ou daquela vida, Butler (2016) propõe a noção política de “condição precária”, que é distribuída e alocada diferencialmente. A condição precária designa, assim, a condição sociopoliticamente induzida, na qual certos segmentos de pessoas e certas populações sofrem com redes sociais e econômicas de apoio deficientes e ficam expostas de maneira diferenciada e sem proteção a doenças, à pobreza, à fome, a deslocamentos, às violações, à violência e à morte.

Segundo Butler (2016), a condição precária caracteriza, ainda, a condição politicamente induzida de maximização da precariedade para populações expostas à violência arbitrária do Estado que, frequentemente, não têm a quem recorrer a não ser ao próprio Estado contra o qual, muitas vezes, precisam de proteção. Esse é o caso, por exemplo, das formas de violência legalizada por meio das quais determinados segmentos da população são diferencialmente privados dos recursos básicos necessários para minimizar a precariedade. Embora Butler (2016) reconheça que nem toda violência advém do Estado, afirma que são “muito raros os casos contemporâneos de violência que não tenham nenhuma relação com essa forma de política” (p. 47).

Portanto, a “condição precária” resulta do fato de que a precariedade é diferencialmente distribuída. Todas as vidas são precárias e condicionadas à garantia de certas necessidades e todos os sujeitos estão entregues a outros, a normas, a entidades

políticas, a instituições econômicas e sociais, mas essas organizações – que são projetadas para abordar e garantir essas necessidades – se desenvolveram historicamente maximizando a precariedade para alguns e minimizando a precariedade para outros. Não há vida sem necessidade de abrigo e alimento, sem a dependência de redes mais amplas de sociabilidade e trabalho e não há vida que transcenda a possibilidade de sofrer maus-tratos e a mortalidade. Contudo, como destacado por Butler (2016), há uma distribuição desigual dos suportes básicos que buscam minimizar a precariedade estrutural e generalizada dos sujeitos, seja no que se relaciona à alimentação, moradia, emprego, educação e saúde, seja no tocante ao direito de expressão e proteção contra a violência, a opressão e a estigmatização. Dessa forma, as populações são expostas de maneira diferenciada a condições que colocam em perigo a possibilidade de sobreviver e prosperar. É possível identificar, portanto, que a *população usuária de crack* no Brasil, no processo de distribuição diferencial da precariedade, é relegada a essa situação sociopoliticamente induzida de maximização das condições precárias e de exposição à certa violência do Estado.

Butler (2016) destaca que esse processo de distribuição e alocação diferenciada da precariedade, que minimiza a precariedade para uns e maximiza-a para outros, submetendo determinados sujeitos e populações a condições precárias e expondo-os a uma série de violações e violência, está intrinsecamente relacionado com uma questão perceptual e de “enquadramentos”. “A percepção e a política são apenas duas modalidades do mesmo processo por meio do qual o estatuto ontológico de uma determinada população vê-se comprometido e suspenso” (Butler, 2016, p.51). O enquadramento é entendido por Butler como “molduras” e normas que atuam para diferenciar as vidas por meio da maneira como as apresentam.

Segundo a autora, os enquadramentos a partir dos quais a vida é apresentada determinam o fato de ela ser reconhecida ou não e, não somente estruturam a maneira pela

qual passamos a conhecer a vida, mas constituem as condições que dão suporte a essa mesma vida. Assim, “há sujeitos que não são exatamente reconhecíveis como sujeitos e há vidas que dificilmente – ou, melhor dizendo, nunca – são reconhecidas como vida” (p. 17). Embora estejam aparentemente vivas, essas vidas não conseguem assumir uma forma percebível como tal e, portanto, sua perda não é lamentável, não é reconhecida como perda e não é passível de luto. “Apenas em condições nas quais a perda tem importância, o valor da vida aparece efetivamente. Portanto, a possibilidade de ser enlutada é um pressuposto para toda vida que importa” (Butler, 2016, p. 32).

Nesse sentido, Butler afirma que a apreensão da condição de ser enlutado precede e torna possível a apreensão do ser vivo como algo que vive e que está sujeito, desde o início, à não sobrevivência e, portanto, a condição de ser enlutado precede e torna possível a apreensão da vida em sua precariedade estrutural e constitutiva. E o não reconhecimento da precariedade como uma característica generalizada e a distribuição diferencial da condição de ser passível de luto são os elementos que vão engendrar a maximização da precariedade para determinadas pessoas e populações. Não é em qualquer condição que a vida precária tem direito à proteção e aos suportes básicos para minimizar a precariedade:

Essa distribuição diferencial da condição de precariedade é, a um só tempo, uma questão material e perceptual, visto que aqueles cujas vidas não são “consideradas” potencialmente lamentáveis e, por conseguinte, valiosas, são obrigados a suportar a carga da fome, do subemprego, da privação de direitos legais e da exposição diferenciada à violência e à morte. Seria difícil, se não impossível, decidir se essa “consideração” – ou a sua ausência – conduz à “realidade material” ou se a realidade material conduz à ausência de consideração, já que pareceria que ambas acontecem a um só tempo e que

essas categorias perceptuais são essenciais para a produção da realidade material (Butler, 2016, p. 45).

Essas formulações de Butler conduzem-me a uma importante reflexão sobre a estreita e complexa relação entre o uso problemático de crack e as situações de vulnerabilidade social e precariedade. Destaquei anteriormente que o uso abusivo de crack pode agravar ainda mais a situação de marginalização e precariedade que, na maioria dos casos, já estava posta antes do encontro com a droga. Sem embargo, a mobilização das concepções de Butler acerca da questão do enquadramento revela que esse agravamento pode não ser decorrente unicamente dos efeitos e prejuízos causados pela substância crack.

Como salientado no desenvolvimento sobre o “dispositivo do crack”, os discursos e narrativas dominantes sobre essa droga produzem um “enquadramento” sobre os usuários que os representa como mortos-vivos, zumbis, refugo humano, monstros que perderam os principais traços de humanidade, portanto, como vidas que não são facilmente reconhecíveis como vidas e, por conseguinte, como vidas cuja perda não é digna de lamentação e passível de luto, como bem o demonstram inúmeras manifestações e comentários sobre os usuários de crack, carregados de hostilidade, ódio, repugnância, medo e, no limite, desejos de extermínio.

Entre vários outros, os comentários reunidos pelo canal “Quebrando o Tabu” citados anteriormente mostram que, ao contrário, as perdas dessas vidas podem não apenas não serem passíveis de luto, como, no extremo, serem desejadas e celebradas. Como destacado por Butler (2016), a distribuição diferencial da condição de ser passível de luto tem implicações diretas sobre as disposições e reações afetivas – que são politicamente significativas – tais como o horror, a culpa, o sadismo justificado, a perda e a indiferença. Também as ações higienistas voltadas contra os usuários de crack no Brasil revelam com clareza o desejo de eliminação dessa população.

Dessa forma, seguindo a lógica argumentativa de Butler, compreende-se que as situações originárias de precariedade, vulnerabilidade e marginalização nas quais se encontra a maioria dos usuários de crack no Brasil são intensificadas e radicalizadas não somente pela capacidade prejudicial da substância, mas também pelo próprio enquadramento produzido pelo “dispositivo do crack”, que opera um processo de desumanização, de esvaziamento da dimensão humana dos usuários. Se os “cracudos”, zumbis, mortos-vivos, não são reconhecidos como sujeitos e suas vidas não são qualificadas e reconhecidas como vidas, tampouco é reconhecida a condição de precariedade estrutural e constitutiva dessas vidas, o que pode conduzir a uma maximização ainda mais acentuada das condições precárias já presentes, à maior deficiência das redes de proteção e suportes básicos que tornam a vida possível e à maior exposição à pobreza e às situações de violência e violações múltiplas. Sem as condições de reconhecimento do valor e importância de suas vidas e sem a possibilidade de serem enlutados, os usuários de crack restam excluídos do direito à proteção e às condições possibilitadoras de uma “vida vivível”.

Impõe-se, portanto, uma obrigação ética e política de reformulação das condições de visibilidade e dos enquadramentos que são feitos sobre os usuários de crack, que possibilitem restituir sua dimensão humana, seu reconhecimento como sujeitos e que permitam repensar a precariedade, a vulnerabilidade, a dor, a interdependência, a exposição, a subsistência corporal, o desejo, o trabalho, a relação com a linguagem e o pertencimento social. Como ressaltado por Butler (2016) em suas reflexões sobre a questão das guerras contemporâneas, isso implicaria compromissos positivos no sentido de oferecer os suportes básicos que buscam minimizar a precariedade de maneira mais igualitária: alimentação, abrigo, trabalho, cuidados médicos, educação, direito de ir e vir e direito de expressão, proteção contra os maus-tratos e a opressão. É oportuno lembrar que esse compromisso constituiu um dos principais pilares do programa municipal “De Braços Abertos” que foi desenvolvido em São

Paulo na gestão do ex-prefeito Fernando Haddad – desmantelado em seguida pela gestão de João Doria –, com importante investimento na oferta do “pacote de direitos” (moradia, alimentação, trabalho e cuidados de saúde).

As reflexões de Butler permitem compreender que esse compromisso não envolve simplesmente “necessidades materiais”; certamente há necessidades materiais, mas sua própria materialidade está intimamente relacionada com as possibilidades de reconhecimento que os enquadramentos produzem e por meio dos quais essas necessidades são afirmadas, obliteradas ou negadas. Além disso, cabe recuperar neste ponto o entrelaçamento estabelecido por Freud no “Projeto...” entre as funções alimentares, afetivas, sensoriais, cognitivas, morais e éticas, bem como a desconstrução de qualquer tentativa de hierarquizá-las.

Portanto, pensar a prática clínica com usuários de crack e o trabalho psíquico que ela deve possibilitar implica levar em consideração tanto a dimensão da precariedade e vulnerabilidade estrutural e constitutiva de todo ser humano, quanto as condições precárias e as exclusões politicamente induzidas. Principalmente, o trabalho clínico com usuários de crack impõe uma reflexão crítica acerca dos enquadramentos que determinam os modos de visibilidade dos usuários e a compreensão da intensidade e radicalidade de seus efeitos e ressonâncias sobre os sujeitos implicados. A precariedade e a vulnerabilidade engendrada pelo poder, pelo discurso e pelas palavras de um outro não produzem os mesmos efeitos que o reconhecimento e aceitação da condição humana precária e vulnerável, estrutural e ontologicamente constitutiva do ser de linguagem (Laufer, 2015).

E além de estarem submetidos e expostos à vulnerabilidade estrutural e constitutiva de todo e qualquer ser humano e às condições precárias sociopoliticamente induzidas, os usuários de crack no Brasil também são afetados de modo radical por uma vulnerabilidade linguística e discursiva, como será desenvolvido a seguir.

IV. 3. Vulnerabilidade linguística, desamparo discursivo

Conforme discutido no capítulo II desta tese, as narrativas e discursos dominantes sobre o crack – que se estruturam predominantemente sobre as categorias de desumanização, animalização e repulsividade – promovem uma valoração moral sobre os usuários, demarcando limites identitários, morais e corporais e alocando-os em um lugar de alteridade radical, de experiência humana extrema e abjeta, com a qual somos convidados a não nos identificar. Ou, nas palavras de Rui (2014), o vínculo com o crack é representado de forma hegemônica a partir da “categoria da abjeção”, como “o limite daquilo que não sou” (p. 54) e não devo ser.

Destaca-se, portanto, uma vulnerabilidade promovida pelo próprio discurso hegemônico – discursos midiáticos, políticos, científicos, jurídicos, médicos, religiosos – construído em torno do crack, que produz um imaginário de diferenciação e cria fronteiras de demarcação, desenha contornos minoritários, hierarquiza comportamentos e as próprias vidas, produz categorias, e, conseqüentemente, exclusões. Há uma dimensão excludente inerente à violência da linguagem e podemos compreender as narrativas dominantes sobre o crack como um discurso performativo da exclusão.

Como destacado por Laufer (2015), as categorias estigmatizadas pelos discursos dominantes são expostas a uma fragilidade social, psíquica e corporal – para além da vulnerabilidade estrutural de todo sujeito – e cada época fabrica suas minorias. Os usuários de crack constituem, portanto, mais uma categoria de excluídos da sociedade contemporânea brasileira, situados em um lugar marginal, desqualificado, subalterno e desvalorizado. Nessa perspectiva, guardadas as devidas distinções, tomo de empréstimo a concepção de Laufer (2016) sobre as minorias políticas para pensar sobre os usuários de crack: eles constituem

uma minoria não no sentido quantitativo, mas no sentido de constituírem uma categoria de pessoas a quem um discurso dominante confisca a imagem que é dada a ver, a palavra e o uso de seu próprio corpo, relegando-os a uma situação de vulnerabilidade tanto em relação ao corpo, quanto em relação ao discurso.

Portanto, na proposta aqui empreendida de pensar sobre a prática clínica com usuários de crack, às noções de vulnerabilidade estrutural/constitutiva e às condições de precariedade e vulnerabilidade politicamente induzidas soma-se também a importância de uma reflexão acerca das noções de “vulnerabilidade linguística” (Butler, 2004) e “desamparo discursivo” (Rosa, 2016). E essas concepções nos aproximam estreitamente da clínica psicanalítica, mostrando seu potencial e sua relevância nesse campo, na medida em que o método freudiano é fundado sobre a palavra, sobre o que Freud (1905/2006), ironicamente, chamou de “magia” das palavras:

“Tratamento psíquico” quer dizer, antes, tratamento que parte da alma, tratamento – seja de perturbações anímicas ou físicas – por meios que atuam, em primeiro lugar e de maneira direta, sobre o que é anímico no ser humano. Um desses meios é sobretudo a palavra, e as palavras são também a ferramenta essencial do tratamento anímico. O leigo por certo achará difícil compreender que as perturbações patológicas do corpo e da alma possam ser eliminadas através de “meras” palavras. Achará que lhe estão pedindo para acreditar em bruxarias. E não estará tão errado assim: as palavras de nossa fala cotidiana não passam de magia mais atenuada (Freud, 1905/2006, p. 271).

Foi nessa confiança na linguagem, nessa aposta na ideia de que a linguagem é capaz de tratar, que Freud fundamentou o método da associação livre, a atenção livremente flutuante, a interpretação e a construção em análise. Não obstante, se é certo que as palavras podem eliminar os sintomas patológicos “do corpo e da alma”, o seu avesso se mostra

igualmente verdadeiro: elas também podem intensificá-los, também podem negar os sujeitos, subjugar-los, esvaziar sua dimensão humana, fixá-los em uma posição desvalorizada e excluí-los, como acredito ter deixado claro com relação aos usuários de crack. Como será desenvolvido ao final desta tese, é esse poder duplo da linguagem, que, a meu ver, constitui importante referência para pensar a clínica psicanalítica em face das situações de precariedade e exclusão e, especificamente, com usuários de crack.

Ao propor uma reflexão sobre a clínica psicanalítica diante da dimensão sociopolítica do sofrimento, Rosa (2016) argumenta que a naturalização da vulnerabilidade e da precariedade sociopoliticamente induzidas – ou, em suas palavras, do “desamparo social” – apaga a força discursiva daqueles que estão submetidos, de tal forma que, ao desamparo social, articula-se o “desamparo discursivo”, que tem o potencial de lançar os sujeitos ao silenciamento, ao sofrimento, à angústia, à apatia, ao emudecimento ou a reações violentas. Retomando uma conceitualização de Mario Pujó, Rosa (2016) caracteriza o desamparo discursivo como a “fragilização das estruturas discursivas que suportam o vínculo social, no que rege a circulação dos valores, ideais, tradições de uma cultura e resguardam o sujeito do real” (p. 47).

No caso específico do fenômeno do crack, podemos pensar que esse desamparo discursivo, além de ser um dos efeitos da naturalização do desamparo social, é, paradoxalmente, constituído por um “excesso discursivo” potente e consistente, que impõe um léxico exíguo, pregnante e estigmatizante e que se oferece como o campo simbólico da cultura e da linguagem que referencia a pertença do sujeito (Rosa, 2016). Como destacado por Rosa (2016), seja enquanto constituição subjetiva ou nas circunstâncias de destituição subjetiva, os discursos sociais e políticos dominantes, em maior ou menor medida, capturam os sujeitos em uma estreiteza e escassez de possibilidades identificatórias, representações, posicionamentos subjetivos e lugares no laço social. Dessa forma, ressalta a autora que os

discursos jurídicos, médicos, políticos, policiais e midiáticos, de forma articulada, produzem uma série de figuras que se atualizam na cena social – o delinquente, o louco, o pobre e, acrescento eu, o noia, o cracudo, o zumbi – e impõem uma verdade sobre eles, silenciando-os, suspendendo seu lugar discursivo, obturando a polissemia do significante, paralisando-os e fixando-os em posições marginalizadas.

Ademais, Rosa (2016) destaca ainda que os discursos dominantes totalitários e violentos – na medida em que invisibilizam os embates sociais e políticos e desqualificam a fala dos sujeitos, suspendendo seu lugar discursivo – promovem, de forma articulada ao desamparo discursivo, a total culpabilização dos sujeitos por sua condição social plurideterminada, a individualização de seus impasses ou a patologização e criminalização de suas saídas.

De maneira complementar à ideia de desamparo discursivo, articulo a noção de “vulnerabilidade linguística”, que foi introduzida por Butler (2004) no âmbito de uma reflexão acerca da questão dos discursos violentos e ofensivos, tomando como principal ponto de partida a ambivalência da linguagem e o poder duplo das palavras. Ao examinar os discursos de ódio e violentos – atendo-se, sobretudo, aos discursos homofóbicos, sexistas e racistas –, Butler (2004) parte do postulado – compartilhado também pela teoria psicanalítica – de que somos “seres de linguagem”, formados na e pela linguagem, e propõe a ideia de uma vulnerabilidade dos sujeitos a um poder constitutivo da linguagem, que nos precede, nos condiciona e, ao mesmo tempo, nos excede. Dessa forma, a linguagem possui sobre o sujeito, nos termos de Butler (2004), uma performatividade, uma potência de ação, uma agência (*agency*, no original em inglês, e *puissance d’agir*, na tradução francesa) e, portanto, uma capacidade de causar danos e ferir. A vulnerabilidade linguística designa essa condição de estarmos sujeitos, a um só tempo, tanto ao caráter curativo (com Freud) e fortalecedor (com Butler) da linguagem, quanto ao seu caráter ameaçador e violento e articula-se com a

dependência original de todo ser falante com relação ao endereçamento constitutivo e interpelativo do Outro (Butler, 2004).

Percebe-se, portanto, que a noção desenvolvida por Butler (2004) de vulnerabilidade linguística relaciona-se intimamente com o postulado freudiano desenvolvido no “Projeto...” de que a constituição do sujeito se dá pela via de uma dependência radical em relação ao outro e com a ação do *Nebenmensch*, que torna possível a estrutura de um endereçamento ao Outro e o desenvolvimento da “função da comunicação” e da linguagem. Assim como Freud, Butler (2004) também identifica nessa situação originária a coexistência paradoxal da ajuda constitutiva e da hostilidade e afirma, apoiando-se em Levinas, que há, desde o início, uma violência implicada no próprio fato de ser o objeto de um endereçamento, de receber um nome e de ser inserido na linguagem. O que remete ao conceito desenvolvido por Aulagnier (1979) de “violência primária”, que é exercida por um discurso que antecipa qualquer entendimento possível e que designa aquilo que se impõe do exterior ao campo psíquico ao preço de uma primeira violação do espaço. Violência que é, não obstante, condição necessária para permitir o acesso do sujeito à ordem do humano (Aulagnier, 1979).

Os discursos de ódio e a linguagem violenta, portanto, têm o poder de prejudicar e ferir aqueles a quem se endereçam, e não somente pelo efeito das palavras utilizadas, mas também pela disposição e atitude utilizadas para interpelar o sujeito. Como mostram Butler (2004) e Laufer (2016), a violência do discurso ofensivo e injurioso pode constranger o sujeito ao silêncio, confiscar sua palavra, lançá-lo para fora de sua história, para fora da linguagem e para “fora da própria humanidade magnificada no imaginário de um ideal universalista” (Laufer, 2016, p.22, tradução minha^{co12}). O ato de discurso violento e ofensivo pode produzir a exclusão, o banimento e a vergonha, fixando ou paralisando os sujeitos que o recebem em determinadas posições e valores na ordem social e na ordem do discurso. Há uma performatividade excludente nos discursos estigmatizantes e ofensivos; as atribuições

que submetem e subjugam o outro produzem fronteiras, e, por conseguinte, exclusões. O discurso de ódio, portanto, contribui com a constituição social daquele a quem se endereça, decretando posições sociais hierarquizadas e relações de dominação.

Ademais, apoiando-se na expressão “o discurso fere” e no intrincamento entre corpo e linguagem, Butler (2004) sugere que a linguagem pode ter efeitos similares à dor e ao sofrimento físico; ela pode não consistir simplesmente na comunicação ou representação do ódio e da violência, mas ser a própria violência. A recorrência com que o vocabulário do ferimento físico é utilizado para referir-se ao “ferimento linguístico” leva Butler (2004) a afirmar que o laço metafórico entre vulnerabilidade física e vulnerabilidade linguística é essencial à descrição da própria vulnerabilidade linguística, sugerindo que a dimensão somática é essencial para sua compreensão. “Não apenas certas palavras ou certas formas de se dirigir ao outro podem ameaçar seu bem-estar físico; mas seu corpo pode, no sentido forte do termo, ser ou fortalecido ou ameaçado pelas diferentes maneiras pelas quais nos endereçamos a ele” (Butler, 2004, p. 25, tradução minha^{co13}).

Contudo – e este é o ponto que produz importantes ressonâncias para a reflexão da clínica psicanalítica com usuários de crack – a vulnerabilidade linguística pode se mostrar também uma “vulnerabilidade habilitante” (Butler, 2004, p. 22, tradução minha^{co14}). Segundo Butler (2004), mesmo considerando essa capacidade dos discursos de ódio de constituírem sujeitos por meios discursivos, humilhando-os e ferindo-os, é necessário considerar também que não é possível que eles sejam sempre tão exitosos e possuam eficácia definitiva. Há linhas de falha que permitem desconstruir esse processo de constituição discursiva e é possível perturbar e subverter os efeitos produzidos por tais discursos.

Assim, de maneira aparentemente paradoxal, Butler (2004) sugere que, se é certo que um discurso pode prejudicar, humilhar, ferir e excluir um sujeito, lançando-o na abjeção, ele abre também outras possibilidades: ser objeto de um discurso ofensivo e de ódio é ser

interpelado e, portanto, também promove certo reconhecimento e a possibilidade de existir socialmente e de entrar na vida temporal da linguagem, possibilidades estas que excedem as intenções primeiras que motivaram o endereçamento. O discurso ofensivo e injurioso pode parecer cristalizar ou paralisar o sujeito, mas ele pode também produzir uma resposta inesperada e habilitante. Na medida em que o ódio discursivo insere o sujeito no discurso, instaura-se a possibilidade de que este recorra à própria linguagem para enfrentá-lo, contrariá-lo, desarticulá-lo, subvertê-lo e ressignificá-lo.

A ambivalência da vulnerabilidade linguística e da violência discursiva revela, em suma, que os discursos de ódio não têm somente o poder de, pura e simplesmente, paralisar, fixar, ferir e reduzir ao silêncio os sujeitos aos quais são endereçados; eles ensejam também a possibilidade de abertura de um espaço de subversão, reapropriação, recontextualização, ressignificação, criação, agência e reposicionamento subjetivo, um espaço essencial de luta política, resistência e subversão de identidades, posições e valores no laço social. A vulnerabilidade linguística, por seu caráter ambivalente e paradoxal, carrega em si mesma as condições de uma resposta de resistência e subjetivação, tanto em um nível individual, quanto social e político. Descortina-se, assim, a possibilidade do desencadeamento de uma “luta linguística, social e cultural” (Butler, 2004, p. 64), na qual a agência e a potência de subversão, resistência e transformação derivam do próprio discurso de ódio, estigmatizante e excludente, e na qual esse discurso é enfrentado e contrariado por essa própria derivação.

Nesse sentido, remeto a uma análise feita por Prates (2013) sobre o fenômeno do crack no Brasil, que nos permite perceber, na dimensão social, política e cultural, a potencialidade subversiva que pode ser extraída dos discursos hegemônicos sobre o crack. Traçando um paralelo de similaridades entre o fenômeno contemporâneo relacionado ao crack e o advento da Aids na década de 1980, Prates (2013) identifica um “potencial de cidadania” que pode estar contido na alardeada “epidemia do crack”. Assim como a questão

contemporânea do crack, a Aids constituiu objeto de pânico moral e foi encarada inicialmente de forma sensacionalista, fatalista, moralista e preconceituosa. Entretanto, a autora mostra como esse fenômeno acabou deixando um legado de valiosas lições em relação à hipocrisia, mobilização e cidadania, o que sinaliza que a chamada “epidemia do crack” também pode carregar em seu bojo potencialidades similares de mudança social e cidadania.

Apesar de todos os prejuízos que o alarde e os discursos em torno do crack podem promover (já suficientemente destacados nesta tese), o fenômeno, como um todo, revela o fracasso retumbante e a insuficiência dos tipos de abordagens predominantemente adotados; testemunha e traz à luz os efeitos deletérios das concepções preconceituosas e estigmatizantes; insere na pauta social e política as demandas de uma população invisibilizada; provoca a discussão sobre um tema tabu e evitado de moralismo; explicita a necessidade de informações de qualidade; impulsiona a sociedade e as instituições políticas a refletirem sobre novos modelos de abordagem que não comportam respostas simplistas e unívocas; e, por fim, mobiliza pesquisas, debates e diálogos. Portanto, observa-se que da própria ascensão discursiva sobre o crack – que é eminentemente pejorativa, moralista e estigmatizante – delinea-se a possibilidade de uma “luta linguística, social e cultural”, cuja potência deriva também dos próprios discursos excludentes e estigmatizantes, a partir do momento em que eles instituem um espaço para contrariá-los, enfrentá-los e subvertê-los.

Capítulo V: Incidências subjetivas das situações de precariedade, vulnerabilidade e exclusão e o uso abusivo de crack

O exame das noções de precariedade e vulnerabilidade possibilitou compreender e explicitar que a maioria dos usuários de crack, além da vulnerabilidade estrutural e essencial à condição humana, está exposta também à precariedade e à vulnerabilidade sociopoliticamente induzidas e à vulnerabilidade linguística ou desamparo discursivo, de modo articulado a exclusões e marginalizações. Evidentemente, essas diferenciações entre variadas formas de vulnerabilidade e precariedade são passíveis de serem demarcadas e expostas tão somente em um nível teórico e analítico.

Nas existências dos sujeitos e no encontro clínico com essas existências, as diferentes dimensões estão estreitamente imbricadas e inter-relacionadas, e sua discriminação isolada nem sempre é alcançável. Contudo, além da ampliação das possibilidades de análise, reflexão e discussões que essa diferenciação teórico-analítica possibilita, acredito que é essencial trazer à tona de forma demarcada a dimensão da vulnerabilidade linguística relacionada ao “dispositivo do crack”, na medida em que ela revela a acentuada vulnerabilidade e violências simbólicas e discursivas relacionadas às formas dominantes de interpretação e significação do fenômeno e também aporta potentes contribuições para a reflexão clínica.

Impõe-se, agora, interrogar e analisar quais são as principais incidências psíquicas e os processos de subjetivação decorrentes dessas situações de exposição a formas múltiplas de precariedade e vulnerabilidade, de modo que se possa compreender também como isso se articula com o destino psíquico e cultural em que o crack assume uma preponderância e centralidade problemática na vida dos sujeitos. Posteriormente (na parte III desta tese), essas formulações serão cotejadas e articuladas com o estudo de caso clínico.

V.1. “Desumanização da vida cotidiana”: incidências subjetivas da precariedade e vulnerabilidade sociopolíticas e discursivas

De saída, é necessário ressaltar que não pretendo traçar um “perfil psicológico ou psicopatológico” do sujeito em situação de vulnerabilidade, precariedade e exclusão. Tal proposta, além de ser desnecessária, indesejável e pouco segura, não é passível de ser levada a cabo sem incorrer em graves homogeneizações e generalizações. Ademais, cabe ressaltar que os efeitos e consequências das situações de exclusão e precariedade não devem ser interpretados como traços invariáveis de estrutura.

Todavia, considero necessário e profícuo recorrer a autores que, a partir de sua prática clínica no campo das grandes exclusões e precariedades e referenciados à teoria, ao método e à ética psicanalítica, produziram elaborações e formulações sobre as incidências subjetivas decorrentes dessas situações. Apresento, a seguir, algumas dessas formulações, que podem constituir importantes introduções e referências para a reflexão acerca da experiência clínica com usuários de crack em situação de precariedade e vulnerabilidade.

Benhaïm (2005 e 2012), apoiando-se em sua experiência clínica na França com pessoas em situação de rua (nos contextos de um centro de acolhimento e reinserção social e do *Médecins du Monde*), designa os efeitos das “perversões sociais”, da precariedade extrema, das exclusões e do individualismo exacerbado em termos de uma espécie de “mutação antropológica” ou de uma “nova economia psíquica” que é engendrada. Nesse sentido, retomando de Freud e Lacan a proposição incontornável de que a subjetividade e os processos psíquicos que participam de sua constituição são determinados nos “interstícios de um discurso cultural e de um laço social” (2012, p. 159, tradução minha^{co15}), Benhaïm (2012) aponta que, se o contexto social se degrada gravemente por meio de condições precárias e

violências sofridas e cometidas, o efeito interno no sujeito é incontestavelmente próximo da autodestruição.

Destacando que a inscrição no laço social é uma das definições de simbolização, a autora ressalta que o seu contrário, a subintegração ou exclusão com relação ao tecido social, pode promover, em maior ou menor medida, a ruptura das cadeias simbólicas, a desertificação das representações, o desmoronamento das principais referências e atributos psíquicos do sujeito e processos de desancoragem e destituição subjetiva. Portanto, segundo Benhaïm (2012), a exclusão e desafiliação social engendram um processo de dessimbolização e de fragilização das próprias condições de simbolização, recobrem uma exclusão do sujeito da dimensão da linguagem e da dimensão subjetiva do desejo e afetam diretamente a capacidade de construção fantasmática, engendrando uma “superacumulação de efrações do real” (p. 143, tradução minha^{co16}), pois o peso deste deixa de ser atenuado por fantasias.

Apoiando-se na máxima heideggeriana de que a linguagem é a morada do ser e em seu abrigo habita o homem, Benhaïm (2012) afirma que, além da questão do habitat geográfico e material e das necessidades vitais (abrigo, dinheiro, comida, emprego), é essa própria morada existencial que é colocada em xeque nas situações de precariedade extrema e subintegração no tecido social. Um lugar esvaziado de palavras é mortífero e torna-se rapidamente inabitável; “para ser habitável, o mundo deve ser colocado em cena com palavras” (p. 139, tradução minha^{co17}), afirma a autora, tomando de empréstimo uma expressão de Legendre (1998). A fragilização dos laços sociais e da simbolização, portanto, pode engendrar, no extremo, sujeitos exilados de sua própria língua (Benhaïm, 2005). Diante dessa situação, afirma a autora que, no melhor dos casos, o sujeito nos apresenta a repetição de suas passagens ao ato e, no pior dos casos, “seu silêncio, um silêncio de sideração, um silêncio de morte” (Benhaïm, 2005, p. 105, tradução minha^{co18}).

Benhaïm (2012) chama a atenção para o fato de que, em situações de extrema precariedade e ruptura dos laços sociais, frequentemente os clínicos são testemunhas de desarticulações, por vezes mortíferas, entre corpo, ato e pensamento, que podem engendrar processos em que o corpo invade a quase totalidade do espaço da fala. No cruzamento entre exclusões sociais e a decorrente dessubjetivação singular, a autora ressalta que o corpo é brutalmente atingido e, muitas vezes, tratado pelos próprios sujeitos no registro da crueldade, como o atestam os corpos que se apresentam marcados por “feridas purulentas”, “queimaduras”, com partes “ensanguentadas” e “putrificadas”, “sujos de fezes” e “escarros”, “dentes que caem”, em suma, “corpos em carne viva” (p. 152, tradução minha^{co19}).

E nas ruas, esses corpos feridos e maltratados, segundo a autora, parecem anestesiados e destacados dos próprios sujeitos; não há queixa, não há dor, os homens e mulheres parecem posicionar-se ao lado de seus corpos, como se estes não lhe pertencessem. É oportuno notar que Rui (2014) também identificou processo semelhante no contexto da cracolândia de São Paulo, a partir do relato de uma redutora de danos que, percebendo que o pé direito de um rapaz estava com uma enorme ferida, inchado e com muito pus, lhe pergunta se ele não cuidaria do seu pé, ao que ele responde: “Que pé? Esse resto?”. Rui (2014) destaca o espanto da redutora com a postura do usuário de “se observar à distância, como se o pé infeccionado não fizesse parte do seu corpo, como se pudesse ser descartado. Um resto. Uma sobra. Algo que atrapalha” (p. 278).

Benhaïm (2012) ressalta ainda que a indiferença ambiente, que equivale a um “Outro social cego”, provoca o sentimento nos sujeitos de total rejeição, deslegitima o seu “estar no mundo”, abala o sentimento de pertença à humanidade e priva-o de seus significantes. De modo relacionado a essa rejeição, observam-se frequentes situações de errância, em que os sujeitos “arrastam pedaços de corpos doentes ou prisioneiros de suas pulsões puramente destrutivas” (p. 161, tradução minha^{co20}). Benhaïm (2012) destaca que nessas situações,

muitas vezes, os corpos se mostram “tácitos”. Corpos, em certa medida, destituídos de linguagem, dos quais parece ausente qualquer dimensão psíquica ou, inclusive, humana, até o extremo de somente serem exibidos como organismos estropiados, dados a ver, tornando o olhar do outro cego, que deles desviam nas ruas por se sentirem ameaçados ou perturbados. Ameaçador ou não, o sujeito é colocado no lugar de um dejetivo e “ele se identifica, no real, ao dejetivo do Outro” (Benhaïm, 2012, p. 140, tradução minha^{co21}), se identifica com o “objeto-dejeto”.

Por fim, Benhaïm (2005, 2012) também levanta a questão do desamparo discursivo e destaca os processos sociais contemporâneos que promovem a redução dos sujeitos a determinados traços (morador de rua, excluído, toxicômano, imigrantes, prostitutas, soropositivos etc.) e que tentam defini-los peremptoriamente a partir desse reducionismo. A autora destaca que, nesse processo, os sujeitos podem ser literalmente tomados por essas categorias e dispositivos do biopoder, que petrificam o sujeito “aquém de sua emergência significativa” (Benhaïm, 2005, p. 110, tradução minha^{co22}), engendrando uma situação de pane na ancoragem ao lugar do Outro social que, em termos lacanianos, mais do que lhe dar acesso a um “tesouro de significantes”, lhe atribui uma fixação no real.

Douville (2012 e 2014), também de forma ancorada em sua experiência clínica no campo da precariedade, vulnerabilidade e exclusões extremas, tanto na França quanto na África Ocidental e Congo, interroga a questão do sofrimento psíquico de origem histórica e sociopolítica, relacionado à ruptura e ao desmoronamento dos laços sociais continentais e protetores. Nesse sentido, destaca a precarização da existência e do campo das trocas sociais característica de sujeitos marcados pela ruptura dos laços sociais e pela perda gradual, muitas vezes brutal, de todo o reconhecimento social. O autor designa a situação de precariedade como uma “doença do laço humano na qual são confinados certos sujeitos” e que implica um processo de “desumanização da vida cotidiana” (Douville, 2012a, p. 7, tradução minha^{co23}).

Douville (2012a) ressalta que a ruptura do laço subjetivante e narcísico entre o indivíduo excluído e o tecido social – “entre o indivíduo e a ‘compacta maioria’ (a expressão é de Freud)” (p. 8, tradução minha^{co24}) – implica também uma “discórdia” na economia libidinal. Ademais, ressalta que a construção humana da identidade – “a relação do sujeito com sua economia somática e com a sua linguagem” (p. 8, tradução minha^{co25}) – pode ser desconstruída nas situações de grande precariedade dos laços sociais. Segundo o autor, frequentemente, os clínicos se deparam com homens e mulheres cujas vidas são marcadas por uma destruição do conjunto de suportes e referências simbólicas que sustentam a língua, a memória e o corpo. Todavia, Douville (2012a) faz a importante observação de que, contrariamente a “dramatizações convencionais” em torno do “sujeito sem” ou “reduzido à ‘vida nua’” (p. 12, tradução minha^{co26}), é essencial compreender e levar em consideração o fato de que, mesmo nos sujeitos em situações as mais extremas, ainda há modos de habitar o corpo, o espaço e as palavras que estão presentes e em funcionamento.

Assim como Benhaïm (2012), Douville (2012b) destaca que a linguagem é nossa morada, mas acrescenta que ela é, igualmente e a um só tempo, o lugar de nossa alteridade. O autor também considera que as situações de precariedade e exclusão são atravessadas pelo desamparo discursivo, por uma alteração ou desancoragem da relação entre o sujeito e os suportes simbólicos e por uma fragilização da dimensão da linguagem. Nesse sentido, destaca que, nessas situações que implicam também uma série de violências extremas, podem ocorrer verdadeiras “catástrofes subjetivas”, na medida em que a violência permanece sem narrativa e resta “clandestina e secreta” (Douville, 2012b, p. 23, tradução minha^{co27}).

Diante do não reconhecimento social, da negação de sua existência ou do lugar social de dejetos e abjeção que é atribuído à maioria dos sujeitos em exclusão e precariedade, Douville (2012c) afirma que é gravemente afetada e desconstruída a capacidade de sustentação do psiquismo e da corporeidade sobre o laço social, na medida em que esta

consiste na capacidade de se fazer escutar e de se fazer reconhecer e, também, na “possibilidade de se ver atribuído de conteúdos psíquicos, de emoções, da capacidade de se inserir nas leis da linguagem e nas forças de enunciação” (p. 169, tradução minha^{co28}). “Não é em qualquer contexto que se torna importante para um indivíduo ser sujeito e ter uma vida psíquica” (Douville, 2014, p. 168, tradução minha^{co29}). Para certas pessoas e em determinados momentos, afirma Douville (2012c), foram produzidas tamanhas decepções no encontro com o outro e com a organização social, tamanhos riscos concretos e reais, que o sujeito pode de fato supor que não vale a pena ter uma vida psíquica. Nesse sentido, Douville (2014) ressalta que em situações de extrema violência, precariedade e exclusão, muitos homens e mulheres não sabem mais o que apresentar; não sabem mais como nem do que participar para possibilitar seu reconhecimento e a validação de sua dignidade de ser humano que vive e fala; não sabem mais a quem endereçar o esforço de preservar suas vidas e tampouco em direção a quais objetivos ou “gratuidades desejantes” orientar suas existências então reduzidas à sobrevivência.

Portanto, Douville (2012 e 2014) também propõe a ideia de que um importante efeito subjetivo das situações de vulnerabilidade e exclusão social consiste na “retração psíquica” e no congelamento e rigidificação das possibilidades de conflitualização e de antecipação. O corpo torna-se então, segundo o autor, “o lugar privilegiado da expressão pulsional em pane de ‘representações’” (2012, p. 168, tradução minha^{co30}) e são engendradas novas articulações entre corpo e significante, entre pulsionalidade e erotismo. Dessa forma, assim como Benhaïm, Douville (2012c) também chama a atenção para as incidências das situações de exclusão e vulnerabilidade social sobre a dimensão do corpo, destacando, de início, o fato de que em tais contextos o corpo não é reconhecido socialmente em sua dignidade de corpo.

Segundo Douville (2012c), o “encurtamento da economia subjetiva” (p. 174, tradução minha^{co31}) pode engendrar uma retração psíquica do espaço corporal e uma dessimbolização

do corpo nos sujeitos desarticulados dos laços sociais. Esse processo provoca e coloca em evidência “corpos catastróficos”, marcados por feridas, automutilações, escarificações, obstrução de orifícios, degradações progressivas e indiferença a partes do corpo que definham ou apodrecem. Além de identificar aí um processo de destituição do investimento libidinal do corpo e de desintricação pulsional, Douville (2012c) interpreta essas mutilações, degradações e ataques contra o corpo próprio como uma “última e desesperada tentativa de inscrever sobre si mesmo uma conjunção drástica” (p. 169, tradução minha^{co32}), um ponto vivo a partir do qual se experimenta que a dor não desertou totalmente o corpo.

Essa excitação do corpo próprio por meio da dor, segundo Douville (2012c), não equivale a uma regressão a um suposto masoquismo erótico, mas funciona como um “potente dispositivo antimelancólico, uma forma de resistência a essa morte do sujeito que é a melancolização anestésica da existência” (p. 172, tradução minha^{co33}). Nesse sentido, é importante ressaltar que, mesmo identificando esses processos de “retração psíquica” e “dessimbolização do corpo”, Douville (2012c) insiste em salientar que se trata de um corpo ainda dotado de capacidades subjetivas e de resistência, embora seja um corpo maltratado, definhado, não reconhecido e abandonado pelo Outro e, muitas vezes, pelo próprio sujeito. Douville (2012c) ressalta ainda que, frequentemente, diante da degradação dos laços sociais, da fragilização das referências simbólicas e das múltiplas violências, os sujeitos abandonam todo lugar psíquico que lhe era próprio e o corpo torna-se o único território do sujeito, seu único bem psíquico.

Por fim, Douville (2012c) destaca que, nas situações de precariedade, exclusão e laços sociais deficientes, pode ocorrer ainda um processo de autoexclusão. Diante das inúmeras decepções no encontro com o outro e com o contexto social e das inúmeras violências e abandonos sofridos, o próprio sujeito se exclui a si mesmo, como forma de recusa do Outro. Essa recusa do Outro pode se manifestar também sob a forma de ataques contra a

organização social, manifestações de cólera e ódio, reações agressivas e violentas. O escritor e dramaturgo francês Jean Genet, “órfão aos cuidados do Estado” (Genet, 2015/1949, p. 37), que cresceu em situação de precariedade, vivência de rua e institucionalizações múltiplas e, já adulto, passou a viver em errância pela Europa, sobrevivendo por meio de atividades ilícitas, roubos e prostituição, descreve com acuidade esse processo de recusa e autoexclusão no seu livro “Diário de um Ladrão” (2015/1949):

Abandonado pela minha família, já me parecia natural agravar isso pelo amor dos rapazes e por esse amor ao roubo, e o roubo pelo crime ou a complacência para com o crime. **Assim recusei decididamente um mundo que me havia recusado.** Essa precipitação quase alegre em direção às situações mais humilhadas talvez ainda tire a sua necessidade da minha imaginação de criança, que inventava, para que neles eu pudesse passear a pessoa miúda e altiva de um garotinho abandonado, castelos, parques (...) e mais tarde, (...) quando esses sonhos serão contrariados, até o extremo do esgotamento numa vida miserável, pelas penitenciárias, pelas prisões, pelos roubos, os insultos, as prostituições, esses enfeites (...) que ornavam meus hábitos mentais, (...) foi com eles que, muito naturalmente, não só enfeitei a minha real condição de homem, mas sobretudo a da criança por demais humilhada (p. 69, grifos meus).

Quesemand-Zucca (2012), psiquiatra que também tem uma experiência clínica com populações de rua em situação de extrema precariedade e vulnerabilidade social, levanta questões muito próximas às sugeridas por Douville e Benhaïm, como o engendramento de uma retração psíquica, a fragilização da dimensão da linguagem e a dessimbolização do corpo decorrentes da precarização da existência e do laço social. O ponto apresentado pela autora que considero relevante destacar e apresentar aqui concerne aos efeitos dessas

situações na dimensão da temporalidade. Segundo Quesemand-Zucca (2012), nas situações em que os principais laços sociais são fragilizados e em que os territórios e existências são esvaziados da linguagem e da palavra, os vínculos entre duração, pensamento, ato e decisão podem ser literalmente dissolvidos.

Dessa forma, a autora destaca que pessoas que passaram por experiências extremas e precárias, submetidas a intensas exigências de sobrevivência física e psíquica, escolhem, por falta de melhores opções, organizar o que lhe resta de pulsão de vida na gestão da imediatividade, de alguma forma renunciando a si mesmos e deixando em suspensão todos os imprevistos da subjetividade, as contradições, dúvidas, divisões e diálogo com as principais fundações do sujeito. Engendra-se, portanto, uma temporalidade organizada principalmente sobre o presente, uma sucessão contínua de “presentes” hiperinflacionados e pouco dialetizados com relação ao passado e ao futuro.

Destacando uma produção no âmbito do contexto brasileiro com relação à abordagem e intervenção psicanalítica em situações de precariedade e vulnerabilidade social, evoco o trabalho de Rosa (2016) sobre a “dimensão sociopolítica do sofrimento”. Em seu trabalho, fundamentado na pesquisa sobre a intervenção clínica com sujeitos submetidos a variadas formas de violência – exclusão, pobreza, racismo, indiferença, humilhação, imigração forçada e exílio – Rosa (2016) também destaca a fragilização das estruturas discursivas que sustentam o vínculo social e a fragilização da dimensão da linguagem e da simbolização como importantes consequências dessas situações. Nesse sentido, ressalta os efeitos subjetivos do desamparo discursivo que atinge os sujeitos: as situações de solidão, apatia, silenciamento ou emudecimento, a possibilidade de reações violentas e a emergência da repetição e do ato como principal dimensão do funcionamento psíquico.

Apoiando-se na noção de “contrato narcísico” de Aulagnier (1979), Rosa (2016) destaca ainda, como importante consequência da quebra dos fundamentos desse contrato

social que vincula o sujeito ao registro sociocultural, a irrupção do traumático: “a desestruturante incidência subjetiva daquilo que irrompe por fora de uma trama de saber” (p. 44), por fora do sentido e da significação. Rosa (2016) também destaca o lugar de dejetivo ou resto atribuído aos sujeitos em situações de exclusão e precariedade pelos discursos dominantes, lugar este com o qual o sujeito pode se identificar em maior ou menor medida. Segundo Rosa (2016), a identificação do sujeito com esse lugar de dejetivo pode dificultar seu posicionamento na “trama de saber”, caracterizando seu discurso pela marca do silenciamento.

A desqualificação do discurso e do lugar de fala dos sujeitos e o consequente desamparo discursivo podem engendrar, segundo Rosa (2016), uma desarticulação de um endereçamento possível ao Outro, que leva o sujeito a calar-se e silenciar, sendo submetido a uma dificuldade de construir sentidos e reconhecer seu próprio sofrimento, seu lugar no laço social e no discurso. Essa condição, ressalta a autora, “desarticula o sujeito de sua ficção fantasmática, afeta seu narcisismo e o remete à angústia ante o desamparo que perpetua a condição traumática” (p. 47).

Para finalizar esta discussão, retomo uma análise feita por Roussillon (2005) acerca das “situações extremas da subjetividade” e das estratégias de sobrevivência psíquica colocadas em ação para enfrentar a ameaça de aniquilação psíquica que elas comportam. A noção de “situações extremas da subjetividade” mostra-se bastante útil e produtiva para pensar tanto as incidências subjetivas decorrentes das situações de precariedade, vulnerabilidade e exclusão, quanto as situações de adicção ao crack em si (se é que é possível isolá-la dessa forma) e, portanto, mostra-se profícua também para refletir sobre a articulação dessas duas dimensões.

Com a expressão “situações extremas da subjetividade”, Roussillon (2005) não se refere a nenhuma situação em específico, mas busca um fundo relativamente unitário e

comum às mais diversas experiências nas quais a possibilidade de “continuar se sentindo ‘sujeito’, de continuar mantendo o sentimento de sua identidade, e de uma identidade inscrita no cerne da condição humana” (p. 221, tradução minha^{co34}), é levada ao seu extremo e colocada gravemente em risco. Suas reflexões e formulações se apoiam tanto sobre sua experiência clínica com sujeitos em situação de grande precariedade na periferia de Lyon, quanto sobre pesquisas que ele conduziu ou acompanhou, que se debruçam sobre variadas situações nas quais a questão das “situações extremas da subjetividade” se faz presente, tais como: os testemunhos dos campos de concentração; os sujeitos amputados de Serra Leoa, vítimas de lutas tribais e da guerrilha; pessoas vítimas de tortura; toxicomanias graves; pessoas em situação de rua, precariedade e marginalização; situações de exílio e encarceramentos em decorrência de crimes ligados à violência sexual, entre outras.

Como pode ser percebido a partir dos exemplos acima, as causas do desencadeamento das situações extremas podem ser de naturezas bem diferentes e Roussillon (2005) destaca que elas podem ter um caráter coletivo ou individual bem demarcado, estar entremeadas a fenômenos sociopolíticos consideráveis ou, ao contrário, estar relacionadas a uma psicopatologia singular. Contudo, o que é necessário reter é que, independentemente de sua causa, a situação extrema afeta um sujeito singular que vai demandar o tratamento de um sofrimento psíquico, o que não significa uma redução “psicologizante” ou “psiquiatrizante” e não representa a denegação das causalidades políticas e sociais.

Objetivando uma descrição clínica das características das situações extremas da subjetividade, Roussillon (2005) demarca, de início, a sua diferença com relação às experiências de impotência e desamparo, que são inevitáveis e constituem componentes essenciais da vida, condições necessárias para o próprio desenvolvimento psíquico. Segundo Roussillon (2005), as situações extremas confrontam os sujeitos a afetos que vão muito além

do desamparo e da impotência e que podem ser concebidos como formas “degeneradas” e desumanizadas destes últimos.

Em uma perspectiva bastante próxima à discussão apresentada anteriormente acerca da dor e do sofrimento no “Projeto para uma Psicologia Científica” de Freud, Roussillon (2005) ressalta que tampouco a noção frequentemente evocada de sofrimento psíquico é adequada para designar os afetos em jogo nas situações extremas. O sofrimento designa um afeto que possui um sentido, que pertence à condição humana, e que é socializado; já as situações extremas confrontam o sujeito com um afeto que, segundo Roussillon (2005), seria mais bem definido como uma “‘dor aguda’, dor corporal às vezes, mas sobretudo dor psíquica, dor sem ‘sentido’ aceitável, dor desumanizante” (p. 224, tradução minha^{co35}).

De forma articulada à dor, Roussillon (2005) evoca também o afeto do terror ou do pavor para caracterizar as situações extremas da subjetividade, salientando o caráter desorganizador desse terror e o fato de que ele é “sem nome”. Roussillon (2005) destaca ainda, como dado essencial para compreender a “coloração afetiva” própria das situações extremas, que a dor e/ou o terror têm como característica apresentar tamanha duração no tempo que a própria noção de tempo se perde e, portanto, eles se apresentam à subjetividade como experiências sem fim, sem limite.

Portanto, uma característica fundamental das situações extremas, que produz impactos traumáticos muito significativos, é o fato de que elas são irrepresentáveis e insignificáveis. Como destacado anteriormente, quando uma dor psíquica torna-se sofrimento, ganha um sentido e é tomada por um universo simbólico, ela pode ser habitada, suportada, enfrentada e elaborada. Mas quando ela é destituída de qualquer sentido possível e aceitável, a dor se torna extremamente desorganizadora:

As situações extremas não são “pensáveis”, não são “previsíveis”, não possuem uma “lógica” integrável, e é por isso que elas tendem a produzir

afetos de dor e terror “puro” (...). As situações extremas se apresentam como tal, sem diferenciação possível entre a coisa e a sua representação, o que é uma definição bastante boa do efeito da pulsão de morte (Roussillon, 2005, p. 224, tradução minha^{co36}).

Outra característica das situações extremas destacada por Roussillon (2005) é a produção de um impasse subjetivo. Em face de uma situação extrema, que não é passível de ser transformada ou simbolizada, tampouco resta a “solução” habitualmente engendrada pelo psiquismo nas situações em que a simbolização é inviável e em que está presente a ameaça de desorganização, a saber, a fuga, seja ela motriz e efetiva ou se dê como evacuação para fora do campo perceptivo. Segundo Roussillon (2005), em situações extremas, a fuga não é possível e o impasse produzido desorganiza as referências habituais do mundo da conflitualização e contribui com a impressão de que se trata de uma vivência sem sentido. A desorganização psíquica engendra a perda das “lógicas de escolha” e introduz o sujeito na lógica da coação, nas lógicas da compulsão e nas lógicas da repetição, esgotando toda possibilidade de se sentir satisfeito ou satisfatório.

Portanto, Roussillon (2005) ressalta que, de forma associada à ruptura do “contrato narcísico” (Aulagnier, 1979) que conecta de modo implícito o sujeito ao resto da humanidade e que o inscreve numa condição humana, instala-se, pouco a pouco, um estado de desespero absoluto e de perda de toda forma de esperança. Dessa forma, nas situações extremas está implicado um processo de desumanização, que não produz somente a “perda da dignidade humana”, mas uma forma de derrelicção que expulsa o sujeito para fora da própria condição humana. O sujeito é tomado por um sentimento de solidão inexorável, lançado para fora da comunidade humana, para fora da ordem simbólica que a organiza e funda. Roussillon (2005), corroborando Douville (2012c) e Jean Genet, destaca o estado paradoxal que é produzido nas situações extremas em que, ao mesmo tempo em que o sujeito é jogado para

fora da condição humana, essa dessocialização pode produzir consequências “antissociais” ou de autoexclusão, por meio das quais os sujeitos buscarão encontrar sua estratégia de sobrevivência.

O autor relembra que há mortes frequentes em decorrência de situações extremas – suicídios, mortes precoces, doenças somáticas, desmoronamento do impulso vital. Não obstante, mesmo quando a morte somática não acontece, Roussillon (2005) destaca que há sempre o risco premente da morte psíquica ou do engajamento em uma “agonia psíquica” (p. 226, tradução minha^{co37}), em uma luta contra a morte psíquica. Segundo Roussillon (2005), não se vence uma situação extrema, mas pode-se “sobreviver psiquicamente”, desencadear estratégias para sobreviver, “o que já não é viver, mas tampouco é morrer” (p. 226, tradução minha^{co38}).

Essas estratégias de sobrevivência são caracterizadas, conforme Roussillon (2005), por uma “defesa paradoxal”, em que o sujeito se retira dele mesmo, se retira de sua experiência subjetiva central, amputa-se de si mesmo, em decorrência da necessidade de não mais sentir, de não mais “se sentir”, de “neutralizar em si tudo que se conecta com a zona de dor ou terror insuportável” (p. 226, tradução minha^{co39}). Reside aí o paradoxo: o sujeito precisa se extirpar de si para sobreviver, se “matar” para sobreviver. Já que a fuga não é possível, o sujeito engendra uma tentativa de fuga interna, praticando uma política de “desertificação psíquica”, ou, se quisermos outras metáforas, de “petrificação do mundo interno” (segundo Roussillon, esta foi usada por Freud em “Delírios e Sonhos na Gradiva de Jensen” (1907 [1906])), de “desidratação afetiva intrapsíquica”.

Independentemente da metáfora utilizada para expressá-lo, Roussillon (2005) destaca que esse processo engendra uma rigidificação ou imobilização da vida pulsional por meio de um “congelamento afetivo”, pela repressão e decomposição dos afetos, podendo produzir um desengajamento da vida afetiva e relacional, uma perda da empatia pelo outro ou da

compaixão por si mesmo. Na medida em que a vida social e relacional implica um mínimo de engajamento afetivo e de aceitação da interdependência, Roussillon (2005) aponta que, de maneiras diversas, os sujeitos vão se organizar fora das margens da organização social, ou sobre suas bordas.

Outra consequência inevitável das estratégias de sobrevivência colocadas em funcionamento diante de situações extremas é que o registro do ato e da ação vem ocupar o lugar da linguagem e da comunicação com o outro: “o sujeito comunica por atos aquilo que ele não pode comunicar por expressão de seus afetos congelados” (Roussillon, 2005, p. 229, tradução minha^{co40}). Ademais, Roussillon (2005) ressalta que pode ocorrer o investimento em objetos inanimados que provocam certas sensações auto eróticas, no qual muitos sujeitos se refugiam, em substituição ao investimento em outros sujeitos; afinal, eles são muito menos perigosos e preservam o equilíbrio narcísico.

Outro aspecto que a ideia de congelamento ou petrificação psíquica torna evidente é a luta contra o tempo e contra a dimensão da temporalidade. Segundo Roussillon (2005), há uma tentativa de parar o tempo, de interromper seu fluxo e de excluir-se da temporalidade, assim como são excluídos do tempo os próprios traços traumáticos não integrados. Roussillon (2005) conclui, então, que as estratégias de sobrevivência são sempre fundadas sobre o sacrifício de um ou outro dos grandes processos da vida psíquica: sacrifício da pulsão, sacrifício da temporalidade ou sacrifício da vida afetiva. Esse sacrifício pode ser mais limitado e localizado ou, ao contrário, pode invadir a integralidade da vida psíquica ou relacional.

V. 2. Crack, vulnerabilidades e exclusão social: intrincamentos subjetivos, “estratégias de sobrevivência” e *pharmakon*

Visando a uma síntese e organização, destaco as principais incidências e efeitos subjetivos que podem decorrer das situações de precariedade e vulnerabilidade sociopoliticamente induzidas e discursivas que este percurso pelas elaborações e formulações dos diferentes autores citados acima permitiu identificar. Cumpre repetir que são formulações e indicações derivadas de experiências e constatações clínicas que não podem ser indiscriminadamente generalizadas, mas que podem constituir importantes referências para a reflexão quando cotejadas, nuançadas, ou até perturbadas pela análise de casos ou situações singulares. Também vale reiterar que elas não consistem em traços de estrutura, completamente rígidos e imutáveis. São elas:

- A fragilização das dimensões da linguagem, da simbolização, das condições de significação e colocação em narrativa e da capacidade de construção fantasmática;
- O “encurtamento” ou “retração” psíquica; a “desertificação das representações”; a “desertificação” ou “petrificação” psíquica; o “congelamento” afetivo e pulsional; a rigidificação das possibilidades de conflitualização e antecipação psíquica;
- O risco de aniquilação psíquica e autodestruição;
- O engendramento de novas articulações entre corpo, linguagem, ato e pensamento; desintrações pulsionais;
- A emergência do corpo como lugar privilegiado da expressão pulsional em pane de representações; a preponderância da dimensão corporal de forma articulada à fragilidade da linguagem e do trabalho psíquico; processos de degradação e destruição do corpo; dessimbolização do corpo;

- A solidão, a inibição, a apatia e o silenciamento, a autoexclusão e organizações marginais da existência;
- A emergência do ato, da repetição, da coação e da compulsão como dimensões privilegiadas do funcionamento psíquico;
- A rejeição e a perda do reconhecimento social; a possibilidade de identificação com o lugar de dejetos e expurgo; a deslegitimação e desestruturação da pertença à humanidade e à organização social; o esvaziamento dos lugares de endereçamento; a desconstrução da capacidade de sustentação e inscrição do psiquismo e da corporeidade no laço social;
- A derrelicção que expulsa o sujeito para fora da ordem simbólica; a “desumanização da vida cotidiana”;
- A desorganização da construção da identidade e a fragilização dos principais suportes e referências simbólicas;
- A organização da temporalidade primordialmente sobre o registro da imediatividade e do presente hiperinflacionado e pouco dialetizado com o passado e o futuro; a tentativa de parar ou suspender o fluxo do tempo;
- A preponderância dos afetos de dor e pavor, que não são passíveis de representação, significação e socialização, se apresentam como experiências sem limite e são extremamente desorganizadores.

Essas formulações revelam que os efeitos e os modos de organização subjetiva decorrentes das situações de precariedade, vulnerabilidade e exclusão social articulam-se intimamente com as características comumente veiculadas como efeitos do uso abusivo de crack. Os efeitos do uso prolongado de crack e as incidências do contexto sociopolítico se sobrepõem e se intrinsecam de tal maneira, constituindo uma montagem de inter-relações e potencializações mútuas, que eles podem se tornar indiscerníveis. Nesse sentido, clínica e analiticamente, não é possível conceber a desorganização do sujeito, a relação que ele

estabelece com a linguagem, com seu corpo e com a temporalidade e a forma como ele se inscreve e se sustenta no laço social unicamente como efeitos do uso da droga.

A deterioração e autodestrutividade do corpo; a temporalidade organizada sobre a imediaticidade, a urgência e a hiperinflação do instante presente; a passagem ao ato e a compulsão como dimensões privilegiadas do funcionamento psíquico; o isolamento, a autoexclusão e a organização marginal da existência; a desorganização da identidade e a fragilização dos principais suportes e referências simbólicas: todas estas são características e efeitos subjetivos frequentemente atribuídos ao uso abusivo de crack, tanto pela literatura especializada, quanto, muitas vezes e por meio de outros termos, pelos próprios usuários de crack. Todavia, como salientado pelos autores citados acima – que sequer se debruçaram sobre a questão específica do uso de crack –, elas também constituem importantes incidências subjetivas derivadas do contexto sociopolítico e das situações de marginalização, precariedade, desamparo e vulnerabilidade às quais determinados segmentos da sociedade são relegados.

Além disso, a partir da perspectiva aberta por Roussillon (2005), é possível inclusive propor a hipótese de que o uso de crack pode funcionar como um instrumento das estratégias de sobrevivência desencadeadas para enfrentar as “situações extremas da subjetividade” e paliar seus impactos, cuja causalidade pode estar relacionada ao contexto sociopolítico, a questões singulares ou, caso que acredito ser mais frequente, a uma mistura e enodamento dos dois. Como pode ser depreendido da análise de Roussillon (2005), essas estratégias de sobrevivência não são necessariamente saudáveis, bem adaptadas ou bem-sucedidas. As próprias estratégias deixam marcas e podem provocar efeitos devastadores. Contudo, a despeito de sua aparência desastrosa ou deletéria, é necessário compreender e partir do fato de que essa foi a melhor forma possível encontrada pelo sujeito – às vezes a única – para explorar, vivenciar e enfrentar determinadas situações e desenvolver suas estratégias de

sobrevivência psíquica e de “auto tratamento” diante do impacto traumático de situações extremas da subjetividade. Qualquer que seja o caráter paradoxal que a estratégia adotada pelo sujeito possa manifestar, é necessário compreender e persuadir-se de que o sujeito tem razões por ter se estruturado e organizado dessa maneira.

Nessa perspectiva de pensar o uso de crack como um instrumento ou como a própria estratégia de sobrevivência ecoa plenamente o sentido do *pharmakon* de Platão que, tal como destacado por Derrida (2005), aponta para essa ambivalência e reversibilidade entre remédio e veneno e, também, entre substância e não substância.

[O *Pharmakon* é] antes de toda discriminação, o que, dando-se como remédio, pode (se) corromper em veneno, ou o que se dando como veneno pode se verificar remédio, pode aparecer depois de administrado em sua verdade de remédio. A “essência” do *pharmakon* é que, não tendo essência estável, nem caráter “próprio”, não é, em nenhum sentido dessa palavra (metafísico, físico, químico, alquímico), uma *substância*. (...) Se o *pharmakon* é “ambivalente”, é, pois, por constituir o meio no qual se opõem os opostos, o movimento e o jogo que os relaciona mutuamente, os reverte e os faz passar um no outro (alma/corpo, bem/mal, dentro/fora, memória/esquecimento, fala/escritura etc.) (Derrida, 2005, p. 73-74).

O *pharmakon* emerge como figura fundamental para pensar o campo clínico das toxicomanias (e, por conseguinte, a clínica com usuários de crack), na medida em que coloca em questão a concepção da onipotência da droga como veneno, flagelo e mal a ser extirpado e descortina a possibilidade de pensar a droga em sua reversibilidade veneno-remédio, fundamentando a reflexão sobre o uso de drogas como uma “estratégia de sobrevivência”, um processo de automedicação ou tentativa de “auto cura”, com todos os riscos, falhas e efeitos prejudiciais implicados. Ao mesmo tempo, a figura do *pharmakon* traz uma contribuição de

suma importância para refletir sobre o contexto clínico e psicoterapêutico ao promover uma desqualificação da droga puramente como substância e requalificar a dimensão psíquica implicada na operação de intoxicação, requalificando também a fala e a subjetividade. Como apontado por Fédida:

O *pharmakon* de Platão dispõe, por assim dizer, desta afinidade tão estranha com o psíquico, de onde todo o seu poder de ilusão é tirado. A operação platônica, assim como a destaca Derrida, consiste nesta des-qualificação do *pharmakon* como substância (é uma substância, mas também uma não-substância) e em sua re-qualificação pela fala se esta é formada do interior e atribui a si uma memória que não poderia repousar no artifício de uma exterioridade (Fédida, 1998, p. 37).

PARTE III

DIÓGENES: UM PERSONAGEM

“É feia. Mas é uma flor. Furou o asfalto, o tédio, o nojo e o ódio” (Carlos Drummond de Andrade).

Ao longo deste estudo, tenho reiterado que, à considerável competência desorganizadora e prejudicial do crack, soma-se a complexa e imbricada articulação entre o uso dessa droga e as questões sociais, econômicas, políticas e culturais relacionadas ao fenômeno. Essas questões, como desenvolvido nos capítulos I e II, se “materializam” nas situações de acentuada precariedade, vulnerabilidade e exclusão social nas quais se encontra a maioria dos usuários de crack no Brasil e na constituição e funcionamento do que denominei “dispositivo do crack”.

Na parte II desta tese, dediquei-me a olhar para esse contexto sociopolítico e cultural e para os elementos, processos e recorrências estruturais que compõem o que em minha experiência clínica foi nomeado pelos usuários – com nuances de significação – de “*mesma história*”, a partir de um prisma psicanalítico, buscando articular o campo sociopolítico ao campo subjetivo. Nessa articulação, ancorada na concepção do intrincado enodamento entre a constituição do sujeito e o contexto sociopolítico e cultural no qual ele se inscreve (capítulo III), busquei na formulação freudiana de desamparo radical o ponto de partida para a reflexão clínica e psicanalítica sobre as situações de precariedade e vulnerabilidade nas quais se encontra a maioria dos usuários de crack no Brasil (capítulo IV.1). Como desenvolvido ao longo do capítulo IV, se a noção de desamparo radical conduziu à constatação de que todos os sujeitos sofrem de uma precariedade e vulnerabilidade estruturais e consubstanciais à condição humana, revelou-se que os usuários de crack, majoritariamente, além dessa vulnerabilidade essencial, estão sujeitos também à vulnerabilidade e às condições precárias sociopoliticamente induzidas e, ainda, a uma “vulnerabilidade linguística” ou desamparo discursivo.

Busquei identificar, no capítulo V, as principais incidências psíquicas e modos de subjetivação decorrentes dessas situações de exposição a precariedades e vulnerabilidades múltiplas e inter-relacionadas, com o objetivo de subsidiar a reflexão clínica e de

compreender também como esses efeitos se relacionam com o destino psíquico e cultural em que o crack ganha uma preponderância e centralidade problemática na vida dos sujeitos. Essa análise permitiu observar uma estreita articulação em que as lógicas de subjetivação e incidências psíquicas do contexto sociopolítico e as características correntemente veiculadas como efeitos do uso abusivo de crack se entrelaçam de tal maneira, sobrepondo-se e potencializando-se mutuamente, que elas podem se tornar indiscerníveis entre si.

Também foi possível delinear a hipótese, a ser confirmada em cada caso particular, de o uso de crack estar relacionado a “estratégias de sobrevivência” colocadas em ação para lidar com “situações extremas da subjetividade”, em que a própria existência psíquica, o sentimento de identidade e a inscrição no laço social e humano são ameaçados. Nessa hipótese, o sentido platônico do *pharmakon* em sua ambivalência e reversibilidade entre remédio e veneno emerge de forma significativa, o que aponta sua relevância para a clínica das toxicomanias.

Após ter percorrido essas sendas e caminhos, aos quais fui levada por uma indagação acerca da “mesma história” referida pelos usuários de crack em minha experiência clínica no CAPS-AD, acredito ter estabelecido os principais alicerces e referências que me permitem adentrar numa dimensão mais miúda e singular dessa clínica, a partir da construção e estudo de caso clínico de um dos *personagens* dessas *mesmas histórias*. Esse é o objetivo da Parte III desta tese, que é levado a cabo a partir da compreensão e sustentação da tensão necessária entre o estrutural e o singular, na tentativa de identificar e compreender as singularidades desse personagem em meio às construções homogeneizantes e generalizantes que prevalecem no campo do fenômeno do crack.

Acredito que o exercício de apreender o singular do caso clínico é, em alguma medida, um meio de fazer resistência aos processos estigmatizantes, perversos e excludentes colocados em curso no âmbito do que aqui denominei “dispositivo do crack”. E esse

exercício não se dá sem desafios, que se impõem na própria escrita do caso e que se manifestam nos riscos de incorrer na reprodução dos estereótipos e generalizações que imperam nas formações discursivas a respeito do crack. Ciente desses riscos e desafios, apresento a seguir algumas reflexões e discussões acerca do lugar e função que atribuo ao caso clínico nesta pesquisa e da maneira como ele é abordado, examinado e construído.

Capítulo VI: Lugar e função do caso clínico na pesquisa

VI. 1. O caso clínico na pesquisa: problematização, reflexão, resistência e política

De saída, é importante ressaltar que o caso clínico será constantemente cotejado com as elaborações e os desenvolvimentos feitos nas primeiras partes deste estudo, colocando em estreita correlação e comunicação as questões singulares do sujeito com a dimensão social, política, histórica e cultural na qual ele se inscreve. Dessa forma, a vinculação que esse sujeito estabelece com o crack, seus prazeres, sofrimentos, conflitos e impasses são abordados e examinados a partir de um agenciamento que relaciona tanto sua estruturação subjetiva e sua economia pulsional, quanto as diversas questões oriundas do plano sociopolítico, histórico e cultural.

Como já ressaltado anteriormente, a estruturação subjetiva, as formações do inconsciente, as formações sintomáticas e psicopatológicas e os impasses e sofrimentos que aparecem no plano dos casos clínicos singulares mobilizam também aquilo que se dá no plano da “psicologia social e das massas” e tornam manifesto, no próprio cerne da experiência analítica ou terapêutica, o “espírito do tempo” (Zafiropoulos, 2015) e a dimensão cultural e sociopolítica. Nesse sentido, se o plano sociopolítico, histórico e cultural deve ser mobilizado para o exame e compreensão do caso clínico singular, o caminho inverso também é verdadeiro, na medida em que, como aponta Zafiropoulos (2015) e como foi explicitado anteriormente no capítulo III, a clínica psicanalítica do caso é um caminho privilegiado para a análise da sociedade e da cultura.

Dessa forma, a partir dos sinuosos caminhos e das complexas tramas que levam da análise do caso à análise da cultura, faço a aposta de que esta construção e estudo de caso clínico também possibilitem trazer contribuições para a compreensão do fenômeno do crack

em sua dimensão sociopolítica e cultural e, principalmente, que a partir da apreensão da singularidade do caso, seja possível extrair aportes significativos à reflexão sobre a prática clínica com usuários de crack de forma ampla. Em outras palavras, faço a aposta de que as *mesmas histórias* contribuam para a compreensão e reflexão sobre o *personagem* e, a um só tempo, que o *personagem* também lance nova luz sobre as *mesmas histórias*, possibilitando compreendê-las, interrogá-las, perturbá-las e, quiçá, abrindo a possibilidade, em um plano clínico, da construção de *novas histórias*, de *histórias diferentes*.

Nessa perspectiva, se o que foi desenvolvido nas partes I e II desta tese constitui uma base e referências importantes para a construção e análise do caso e será frequentemente mobilizado e cotejado nas próximas elaborações, ressalto, todavia, que a função que atribuo ao caso clínico nesta pesquisa não é meramente ilustrativa ou exemplificadora. Portanto, a construção, o relato e a análise do caso não são intencionalmente utilizados para comprovar ou ilustrar a teoria psicanalítica e, tampouco, as discussões e elaborações tecidas sobre o fenômeno do crack e sobre as situações de vulnerabilidade e exclusão e suas incidências psíquicas. Ao contrário, embora em alguns pontos ele possa ter o efeito de corroborar elaborações prévias, o caso clínico assume aqui as funções de interrogar a teoria psicanalítica e as discussões apresentadas anteriormente, ampliar o debate e a reflexão, conduzir a investigação e acionar o trabalho teórico e metapsicológico que será feito doravante. Mais do que exemplificador ou demonstrativo, o caso clínico é tomado como um dispositivo problematizador no âmbito desta pesquisa.

É oportuno ressaltar, nesse sentido, que o caso clínico em questão é referente a um paciente cujo acompanhamento terapêutico foi encerrado antes das principais definições desta investigação e antes da redação desta tese. Além disso, convém informar que, apesar de ser apresentado somente na última parte da tese, o processo de construção e análise do caso ocorreu paralelamente à pesquisa e redação das partes I e II. Dessa forma, embora isso não

tenha sido pontualmente explicitado, é possível afirmar que as questões e elementos clínicos do caso, em certa medida, já vêm interferindo na elaboração da tese desde seu início, disparando questionamentos, apontando caminhos e conduzindo o trabalho de reflexão e redação.

Com esses posicionamentos descritos acima, acredito estar alinhada às “recomendações” de Freud (1912/2006) acerca da importância de não “trabalhar cientificamente” (p. 128) num caso enquanto seu tratamento ainda está em andamento, de forma a evitar que o desenvolvimento e interesses de pesquisa interfiram, influenciem ou prejudiquem o processo clínico. Além disso, o critério utilizado de realizar o estudo de caso de um paciente cujo tratamento já foi encerrado também segue o preceito psicanalítico fundamental de que a construção de sentidos, significações, elaborações teóricas e conhecimentos científicos oriundos da experiência clínica só se dão *a posteriori* (Dallazen et al., 2012). “Não se deve esquecer que o que se escuta, na maioria, são coisas cujo significado só é identificado posteriormente” (Freud, 1912/2006, p. 126).

Casos que são dedicados, desde o princípio, a propósitos científicos, e assim tratados, sofrem em seu resultado; enquanto os casos mais bem sucedidos são aqueles em que se avança, por assim dizer, sem qualquer intuito em vista, em que se permite ser tomado de surpresa por qualquer nova reviravolta neles, e sempre se o enfrenta com liberalidade, sem quaisquer pressuposições. A conduta correta para um analista reside em oscilar, de acordo com a necessidade, de uma atitude mental para outra, em evitar especulação ou meditação sobre os casos, enquanto eles estão em análise, e em somente submeter o material obtido a um processo sintético de pensamento após a análise ter sido concluída (Freud, 1912/2006, p. 128).

O excerto acima do texto de Freud “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” destaca uma das regras fundamentais do tratamento psicanalítico, aquela da “atenção livremente flutuante” (ou “uniformemente suspensa”, tal como é denominada nesse texto), que produz importantes ressonâncias para pensarmos também no lugar, função e maneira de abordar um caso clínico no âmbito de uma pesquisa. Assim, a ideia da “atenção livremente flutuante” desdobra-se no âmbito do processo investigativo demarcando a importância de não abordar ou fazer uso de um caso clínico simplesmente a partir de uma atenção e intenções propositais e direcionais, efetuando seleções em função de determinadas expectativas de pesquisa ou para comprovar determinados aspectos da teoria e o que já foi dito anteriormente sobre certos temas.

Assim como destacado por Freud (1912/2006) com relação ao processo analítico, essa atitude impõe o risco de nunca se descobrir nada além do que já se sabe ou de falsificar o que se apresenta à percepção. E, como salienta Vorcaro (2010), o uso de um caso e de suas manifestações clínicas para exemplificar, demonstrar ou atestar a psicanálise, longe da função de investigação, obtura o próprio método psicanalítico e configura um “ato de abandono do mais essencial à psicanálise” (p. 15).

É necessário, portanto, que a abordagem do caso clínico trabalhado em uma pesquisa reflita a regra fundamental do método clínico psicanalítico e abarque o elemento de surpresa pelo qual o analista é tomado, o “surpreendente enigmático que conduz à formulação de um problema” (Magtaz & Berlinck, 2012), as reviravoltas e impasses do processo e a ausência de quaisquer pressuposições. Como destacado por Magtaz e Berlinck (2012), o caso clínico pode ser abordado como o que possibilita “a coincidência entre tratamento e pesquisa – o fundamento mesmo do método clínico –, ou seja, **pensar o caso clínico como sendo o relato do que surpreendeu o clínico em seu estado de atenção flutuante**” (p. 74, grifos dos autores). Ou, nas palavras de Vorcaro (2010), a construção do caso clínico em uma pesquisa

consiste nessa “dobradiça em que se identifica, num só tempo, o clínico e o pesquisador” (p. 15).

Como o propõem Magtaz e Berlinck (2012), o caso clínico pode ser pensado como portador de um problema de investigação e dos fundamentos da pesquisa, seguindo a mesma lógica dos sonhos. Assim como o relato do sonho apresenta discrepâncias em relação ao sonho vivido, também há uma discrepância fundamental entre aquilo que é comunicado e vivenciado *em um* processo terapêutico e aquilo que é comunicado *sobre o* processo terapêutico. E assim, como os sonhos exigem um trabalho de interpretação, a construção de um caso clínico requer também um trabalho de interpretação do caso, e não somente o relato do processo terapêutico (Magtaz & Berlinck, 2012).

Nesse sentido, é possível propor, em linhas gerais e de forma bastante esquemática, dois momentos principais na construção e análise de um caso clínico. O primeiro momento consiste na transposição para o registro da escrita dos principais elementos clínicos: os dados e acontecimentos significativos da história de vida do paciente; suas queixas, conflitos, impasses e manifestações sintomáticas; o histórico do processo terapêutico; as falas e narrativas que convocaram a atenção do clínico de maneira particular; os elementos que o surpreenderam em sua atenção flutuante; as questões transferenciais; os questionamentos que emergiram; as intervenções e interpretações clínicas feitas ao longo do processo.

É importante que esse primeiro momento siga o princípio de uma atenção e associação relativamente livres e não intencionais – sem propósitos específicos ou pressuposições, sem destaques ou supressões – para que se inscreva nessa escrita a singularidade do caso, aquilo que o clínico/pesquisador desconhece ou um saber que se deposita a despeito de sua consciência (Vorcaro, 2010), aquilo que surpreende, interroga e delinea uma questão. Essa escrita clínica, segundo Vorcaro (2010), submete-se, queiramos

ou não, saibamos ou não, às mesmas regras estruturais do que faz “ato clínico” e mostra que o analista está submetido à clínica e é falado pelo seu escrito muito mais do que saberia dizer.

O segundo momento da construção e análise de um caso clínico pode ser descrito como o processo de análise e interpretação – a partir de um tensionamento com a teoria e conceitos metapsicológicos – dos posicionamentos subjetivos, conflitos e sintomas do sujeito, dos fenômenos clínicos e dos elementos discursivos que se destacam, insistem, interpelam, colocam questões, e incitam um trabalho de reflexão, análise e formulação. E é esse o ponto, na virada do momento 1 para o momento 2, que aciona o trabalho e referencia os caminhos da pesquisa, na medida em que ela vai se dedicar às interpretações e construções de sentidos sobre as surpresas, questões, enigmas, indagações, reviravoltas, impasses, inquietações e embaraços que se interpuseram ao analista ao longo do processo e que se depositaram na escrita inicial.

Nesse momento, coloca-se o desafio de articular a singularidade do caso e das manifestações de um sujeito com o geral da teoria e com a universalidade dos conceitos que enquadram sua observação, escuta e interpretação. Portanto, conforme Vorcaro (2010), é importante manter ativa essa tensão entre o singular do sujeito e o universal da teoria, de forma a não incorrer na obturação do desconhecido ou no apagamento das singularidades a partir de uma tentativa de adequação forçada ao universal das conceitualizações e à generalização necessária à teoria, “avessa à presença do singular surpreendente implicado no inconsciente” (p. 17). E é nesse processo que também se busca trazer à tona os sentidos inconscientes das formações sintomáticas e psicopatológicas, dos impasses, dos posicionamentos e produções do paciente, abordando-o a partir da noção psicanalítica de sujeito, que é dividido e atravessado pelo inconsciente, que “não é o senhor de sua própria casa”, tal como o afirma a célebre formulação freudiana.

Portanto, a construção e análise de um caso clínico não consistem em uma anamnese ou em um relato asséptico, compilado e exato dos fenômenos clínicos, acontecimentos, descrições sintomáticas, interpretações diagnósticas e procedimentos terapêuticos. Como observa Freud (1912/2006) em suas “Recomendações...”, “relatórios exatos de histórias clínicas analíticas são de menor valor do que se poderia esperar” e possuem tão somente a “exatidão ostensiva de que a psiquiatria ‘moderna’ fornece-nos alguns exemplos marcantes” (p. 127). Os relatos de caso feitos por Freud, ao contrário, mais parecem contos ou romances e lhes falta a “marca de seriedade da ciência”, como ele mesmo salienta nos “Estudos sobre a histeria” (1893-95/2006, p. 183), revelando o estilo literário que caracteriza a estrutura narrativa de seus estudos de caso clínico e que, desse modo, faz-se coerente à estrutura dos fenômenos pesquisados.

Como o destaca Figueiredo (2004), nunca é excessivo lembrar que o caso clínico não é o sujeito, mas uma construção com base no que foi recolhido de seu discurso, de suas produções, de seus posicionamentos subjetivos e de suas formações sintomáticas. Construção esta na qual o clínico se imiscui em larga medida, o que permite pensar que o caso clínico não é apenas do paciente, mas relaciona-se ao encontro do sujeito com o psicanalista, comportando os efeitos dessa relação transferencial, aquilo que o psicanalista coloca de si mesmo nessa relação, aquilo que o surpreendeu, aquilo que nele se fez ouvir.

Como enfatizado por Kristeva (1993), cada processo terapêutico é único, singular e idiossincrático à dupla “psicanalista-paciente” em questão. A autora mostra que as diferentes formas de representação psíquica orientadas para a linguagem (mas irreduzíveis à sua estrutura gramatical e lógica), a estrutura da “bipolaridade da transferência-contratransferência” por meio da qual é tomado o discurso interpretativo, a heterogeneidade e polivalência dos representantes psíquicos e a atenção que é dada à expressão linguística dos

determinantes psíquicos promovem uma subversão ou superação das principais estruturas psicopatológicas e o questionamento da validade das nosografias clássicas.

Dessa forma, essas especificidades do processo psicanalítico conduzem a uma individualização máxima de cada processo terapêutico: cada situação analítica concreta torna-se um “microcosmo específico” (Kristeva, 1993, p. 23, tradução minha^{co41}), “cada cura torna-se um idioleto, uma obra de arte, e a introdução provisória de uma nova criação teórica no interior do continente freudiano” (Kristeva, 1993, p. 14, tradução minha^{co42}). A partir dessa perspectiva, é possível pensar na construção e análise do caso clínico como uma construção discursiva singular, simultaneamente ficcional e verdadeira, que diz respeito tanto ao clínico quanto ao paciente, na medida em que versa sobre esse encontro que constitui um microcosmo específico, com seu idioleto próprio e que, portanto, expõe não apenas o paciente pesquisado, mas também o clínico-pesquisador que escutou e as características, tramas e meandros do campo no qual se inscreve esse microcosmo⁴⁴.

É essa constituição de um microcosmo singular, produtor de novas criações teóricas no “continente freudiano”, o que possibilita, segundo Herrmann (2004), que cada processo psicanalítico escape de ser uma repetição ao infinito do que já se sabe teoricamente. E é o exercício de construção e análise desse microcosmo, de seu idioleto específico e de suas criações o que faz do caso clínico esse dispositivo de interrogação, problematização, acionamento e reformulação no âmbito de uma pesquisa psicanalítica e constitui a sua função de exponenciar o saber adquirido nesse encontro singular (Vorcaro, 2010) e seu potencial de fazer a teoria e a clínica psicanalíticas estarem em contínuo desenvolvimento, problematização, reinvenção e reformulação.

⁴⁴ Com relação ao caso clínico desta pesquisa, pode-se afirmar que esse microcosmo é relativamente ampliado e não consiste apenas na dupla “psicanalista-paciente” referida por Kristeva, uma vez que, como será desenvolvido adiante, o acompanhamento se deu predominantemente em um contexto de grupo.

Com relação à importância que o estudo de caso clínico pode assumir especificamente no contexto da clínica com sujeitos situados precariamente no campo social, evoco algumas considerações de Rouzel (2009) sobre o lugar e função da escrita na “prática clínica associada ao trabalho social”, essa prática em que se desenvolve uma vinculação bastante próxima e íntima com sujeitos estigmatizados, segregados pelas representações sociais, marcados por injustiças sociopolíticas e em intenso sofrimento. Essa escrita, segundo o autor, constitui uma tentativa de dar sentido e forma (e, portanto, de informar) a esse encontro clínico, estruturalmente assimétrico, com pessoas mergulhadas em tormentos, sofrimentos e angústias relacionadas ao contexto sociopolítico. Um encontro que é volátil, cuja complexidade apresenta certa resistência à apreensão e à colocação em palavras e que, não fosse a escrita, restaria invisível.

Alinhado ao posicionamento epistemológico de Freud de restituir a importância e o sentido aos fenômenos e signos que comumente são relegados ao lixo semiológico e considerados insignificantes⁴⁵, Rouzel (2009) afirma que é a escrita que, em seus meandros e sinuosidades, permite com que os pequenos signos, os “pequenos nada” (p. 39, tradução minha^{co43}) do cotidiano que se espalham pela prática clínica no campo social – e apresentam grande relevância – sejam revelados e apreendidos. É necessário, portanto, que esses signos sejam escritos para que eles possam emergir e ser submetidos a uma leitura, decifração e interpretação e para que lhes sejam restituídos a importância e o sentido, enquanto signos de um sujeito e de sua vida, enquanto signos também de um tempo e de um contexto específicos.

⁴⁵ Freud, em seu processo epistemológico, sempre se voltou para fenômenos que até então eram considerados como dejetos, resíduos, fragmentos, coisas sem importância, absurdos ou contradições e soube deles descobrir o sentido. É isso que observamos, por exemplo, nos casos clínicos dos *Estudos*, em que Freud fez com que os sintomas, lacunas e absurdidades das histéricas deixassem de ser mudos e falassem como testemunhas de sua história psíquica. *Saxa loquuntur!* (Freud, 1896/2006, p. 190): as pedras falam! – afirma Freud em uma das recorrentes analogias que estabelece entre seu método terapêutico e a arqueologia, do início ao fim de sua obra. Assim como as pedras de um sítio arqueológico, todos esses fenômenos considerados dejetos semiológicos podem falar e revelar sentidos, desde que submetidos a uma leitura específica, decifração, interpretação e inserção numa cadeia de relações.

Portanto, a escrita da clínica abre uma dimensão de interpretação e, ao mesmo tempo, revela as brechas e fissuras das interpretações consolidadas, das certezas, das repetições, dos estereótipos, podendo constituir-se como um campo fértil de questionamentos, desconstrução, exploração, deslocamentos, descobertas. Além disso, no entrecruzamento entre o subjetivo e o coletivo, a escrita da experiência clínica possibilita ainda o compartilhamento, alimentando a discussão, a reflexão e a elaboração. É nesse sentido que, segundo Rouzel (2009), a escrita desemboca na construção de um verdadeiro saber, não apenas sobre a clínica, mas *da* clínica, no sentido de onde ele foi originado; construção jamais completada, sempre a ser reelaborada.

Por fim, resalto a função política da escrita no âmbito da clínica em situações de precariedade e vulnerabilidade. Como observado por Rouzel (2009), a escrita nesse campo tem o potencial de constituir-se como verdadeira “mola de resistência”, na medida em que os profissionais podem (ou devem, segundo o autor) revelar para a sociedade e instituições políticas aquilo que a clínica os ensina. Ou, no jogo de linguagem feito pelo autor, a função política da escrita consiste na conjugação entre “saber” e “saber-fazer” profissionais para “fazer saber”, a quem de direito, o que é testemunhado e aprendido nessas experiências clínicas (p. 44, tradução minha^{co44}). Há, portanto, uma importante função política de registro, visibilidade, resistência e memória implicada na escrita da clínica em contextos atravessados por conflitos, desigualdades e injustiças sociais. A construção e análise do caso clínico apresentado a seguir, apoiam-se, então, sobre a aposta na potencialidade da escrita da clínica em revelar-se um lugar político e de resistência, de problematização e de reflexão.

VI. 2. Diógenes⁴⁶: um caso de pesquisa portador de uma questão sobre o corpo

Acompanhei o caso de Diógenes no CAPS-AD ao longo de três anos, aproximadamente. Convém apresentar brevemente a metodologia clínica e o contexto em que se deu esse acompanhamento, pois isso traz implicações diretas para a própria construção e análise do caso clínico. Tratava-se de um grupo de psicoterapia semanal destinado a todos os usuários do serviço cuja problemática envolvesse o uso de diferentes drogas e que desejassem e tivessem disponibilidade de participar. Apesar de ser aberto a usuários de múltiplas drogas (com exceção para os usuários que faziam uso exclusivo de álcool, para os quais havia um grupo específico), esse grupo, desde o seu início até o momento em que interrompi minhas atividades no CAPS-AD, apresentava a característica marcante de ser composto predominantemente por sujeitos cuja problemática principal residia no uso abusivo de crack.

O grupo trabalhava com o material e conteúdos levantados pelos próprios participantes; não havia diretividade. Sem adentrar os efeitos e fenômenos da dinâmica grupal, ressalto que o contexto de grupo implicou algumas limitações no que diz respeito à anamnese clínica, restringindo o acesso a informações pormenorizadas sobre sua história infantil e familiar, mas, ao mesmo tempo, apresentou o potencial de permitir observar o indivíduo em sua interação com os outros, com ideias diferentes das suas, em suma, com a coletividade e com a alteridade.

A escolha de fazer desse paciente de minha prática clínica um caso de pesquisa e reflexão decorre das inquietações, interrogações, embaraços e desafios que ele suscita, conduzindo-me aos limites da reflexão clínica, ética e política. Diógenes exprimia – com oscilações, mas ao longo de todo o período do processo de tratamento que pude acompanhar

⁴⁶ Nome fictício, usado para proteger a privacidade e o anonimato do sujeito.

– um sofrimento muito intenso, que tangenciava a insuportabilidade de existir, de habitar seu corpo próprio. Uma existência absorvida pela vontade feroz de usar a droga, e pela vontade, também feroz, de interromper o uso e alcançar a almejada abstinência. Uma história marcada pela precariedade e pela marginalização, por violências sofridas e cometidas, pela fragilização de quase todos os seus vínculos familiares e sociais. Uma vida sentida e narrada pelo próprio Diógenes por meio do fracasso, descontrole e impotência, da degradação psíquica, corporal e moral, da “doença”, da “perda da dignidade e do caráter”⁴⁷.

Se a narrativa de Diógenes trazia à tona a força, os riscos e a potencialidade desorganizadora do crack, ela também revelava, principalmente, que sua vinculação estreita com a droga, bem como sua forma singular de vivenciá-la e significá-la, estavam profundamente relacionadas com seu contexto social e cultural e marcadas pela trama de discursos, interpretações dominantes, práticas e saberes construídos em torno do crack. A análise e interpretação de seu caso clínico mostram que há, certamente, uma capacidade prejudicial considerável intrínseca ao próprio crack, mas revelam igualmente que ela age sobre um terreno subjetivo e coletivo cuja estrutura e conjuntura devem ser interrogadas e examinadas.

Dessa forma, tanto a intervenção clínica, quanto a análise, construção e escrita do caso de Diógenes – um caso de relação extrema e destrutiva com o crack, que não pode ser generalizada a todos os outros, cumpre ressaltar – impuseram o importante desafio de narrar e examinar sua história de vida, seus sofrimentos, conflitos e perdas, sem reificar os próprios estereótipos construídos em torno do crack e sem incorrer nos consensos generalizantes que o erigem como mal absoluto, com poderes devastadores e trágicos. Proponho, portanto, examinar e interrogar o uso particular que Diógenes fazia do crack em sua imbricada articulação com o contexto sociopolítico e cultural e com a ideia aqui desenvolvida de

⁴⁷ Para identificar as falas, palavras e expressões próprias do paciente, elas serão grafadas entre aspas e em itálico.

“dispositivo do crack” como uma forma de enfrentar esse desafio e evitar tanto uma abordagem deficitária do sujeito, quanto interpretações apressadas, simplistas, deterministas e estigmatizantes.

Nesse sentido, meu objetivo é interrogar, a partir da psicanálise, os processos subjetivos ligados à vinculação extrema que Diógenes instaurou com o crack, em suas dimensões subjetivas, corporais, simbólicas e sociais. Além da intensidade explicitada acima, convocaram minha atenção de maneira particular no caso de Diógenes: a centralidade do corpo, regulado predominantemente pelo uso e pela fissura; uma circularidade fechada entre intoxicação, abstinência e retomadas do uso repetitivas, cujos ritmos determinavam e absorviam sua existência; um estado de pane e caos pulsional que conduzia ao irrepresentável, à violência, à destrutividade e aos limiares da morte; suas dificuldades extremas nas relações sociais e afetivas; o aprisionamento a uma identidade “craqueira” e “doente” e os movimentos e transformações em seu posicionamento subjetivo ao longo do tratamento.

Dentre as associações de Diógenes, duas falas ressoaram de forma particular e conduziram minha escuta clínica, delineando os eixos investigativos no processo de análise e construção do caso clínico. A primeira, *“eu não tô conseguindo nem malhar na comunidade [terapêutica]...meu coração acelera, me dá uma vontade ainda maior de fumar crack e eu fico nervoso e irritado”*, apontou para a preponderância das sensações e da dimensão do corpo. E a segunda, *“Tudo em mim vira droga ... Tudo que eu tomo vira droga dentro do meu corpo. Me dá vontade de mais, mais, mais...”*, enunciada logo após uma tentativa de suicídio, além de corroborar a centralidade do corpo, apontou para a ideia de apetência mórbida e desejo insaciável e emergiu como um traço singular e distintivo que revelou uma mudança significativa em sua posição subjetiva.

Portanto, além de possibilitar a ampliação das discussões e reflexões sobre questões que já vêm sendo desenvolvidas ao longo desta tese – como a relação entre o uso de crack e as situações de precariedade e exclusão, o “dispositivo do crack” e a prática clínica nesse campo –, o caso clínico de Diógenes é portador de um novo problema de investigação, que foi abordado até o momento de forma apenas tangencial, a saber, a dimensão do corpo e da sensorialidade nas dinâmicas subjetivas relacionadas ao uso abusivo de crack.

Assim, esse caso clínico introduz indagações e incita a pesquisa e elaborações sobre uma questão que se mostra fundamental na clínica com usuários de crack, em uma perspectiva mais ampla. O registro do corpo emerge de forma proeminente e central nesse campo clínico, fazendo-se presente em diferentes dimensões: na questão do aspecto físico e da visibilidade do corpo, uma vez que o crack é uma das drogas que mais atinge a corporeidade de forma evidente, visível e característica (Rui, 2014); na questão da destrutividade e definhamento corporais; nas queixas relacionadas à abstinência, à fissura e à urgência física pelo crack, que constituem uma constante entre os pacientes e dominam a cena terapêutica; e na construção de uma ideia de que a “mente” se torna impotente diante da força do desejo e fissura do corpo pelo crack, como destacado pela fala emblemática de outra paciente do CAPS-AD: *“Meu corpo quer [fumar crack], mas minha cabeça não. É ela que deveria mandar, mas não tá conseguindo”*. Ademais, a questão do corpo também se desdobra de forma significativa na clínica com usuários de crack em uma dimensão social e biopolítica, a partir da ideia de que o corpo está imerso num campo político e de que as relações de poder o afetam diretamente, investindo-o, marcando-o, direcionando-o, sujeitando-o ou supliciando-o (Foucault, 1987).

Dessa forma, o caso clínico de Diógenes constitui o eixo disparador e condutor para a investigação e reflexão sobre a questão da corporalidade relacionada ao fenômeno do crack. Algumas abordagens e formulações psicanalíticas sobre o corpo serão revisitadas a partir dos

elementos clínicos, com o objetivo de analisar o lugar e função do corpo nas dinâmicas de uso abusivo e problemático de crack e compreender como a ação desta droga sobre o corpo e seus múltiplos efeitos sobre as sensações corporais e dinâmicas pulsionais se ligam à experiência do sujeito, à sua relação com o outro, à sua inscrição no laço social e à realidade sociocultural. A partir disso, pretendo analisar e tecer articulações entre o estatuto do corpo que é engendrado pela operação de intoxicação pelo crack e o lugar e valor que são conferidos ao corpo pelo processo de produção da desigualdade social e marginalização na sociedade brasileira.

Impõe-se como postulado incontornável que atravessa toda a construção do caso clínico a dimensão de solução, de ganho subjetivo e de “remédio” no uso do crack, como o indicam a ambiguidade e a reversibilidade da figura platônica do *pharmakon*. Entre as inúmeras perdas que Diógenes não cessou de enumerar – materiais, financeiras, familiares e morais – quais foram os ganhos subjetivos do uso que ele fazia do crack e como eles se articulavam ao corpo, às sensações, às suas relações sociais e afetivas e à sua integração no tecido social? Trata-se de indagar o que o crack lhe proporcionava e, igualmente, como ele subjetivava a droga e sua vinculação com ela.

Apresento, a seguir, o resultado do primeiro momento da construção do caso, no qual procurei apresentar o material clínico antes de ter sido submetido ao trabalho de análise e interpretação. Esse material é proveniente de um olhar retrospectivo sobre o acompanhamento desse paciente no CAPS-AD, da análise documental pós-fato de seu prontuário, dos registros escritos dos grupos terapêuticos dos quais participou na instituição e dos meus registros pessoais. Obviamente, após um processo de escrita em que busquei suspender a crítica, as pressuposições, as intenções e as seleções, esse material, tal como está apresentado na redação final da tese, foi submetido a um processo de “elaboração secundária” e de organização e sistematização da escrita, de modo que pudesse ser apresentável e

compreensível e não coincide, portanto, com uma “escrita livremente associativa”. Após a **“Apresentação clínica”** de Diógenes, procedo à análise e à interpretação do caso a partir do tensionamento com a teoria psicanalítica e com os conceitos metapsicológicos, mobilizando, igualmente, as discussões e formulações desenvolvidas nas partes I e II deste estudo.

Capítulo VII: Diógenes e seu corpo fabricante de drogas

VII. 1. Apresentação clínica

Diógenes foi encaminhado ao CAPS-AD em 2012 por uma comunidade terapêutica (CT), na qual estava internado. À época, tinha 37 anos, informou que era divorciado e tinha quatro filhos. Interrompeu o processo de escolarização na 3ª série do ensino fundamental e contou que trabalhava como vendedor de rua, “*camelô*”. Relatou que iniciou o uso de maconha, merla, cola, loló e tabaco aos 13 anos de idade. Aos 18 anos começou a fazer uso de cocaína e bebida alcoólica e, aos 33, começou a usar crack. Desde então, fazia uso diário de crack, álcool e tabaco. Relatou que, esporadicamente, também fumava maconha.

Nos quatro anos anteriores à sua internação na CT, Diógenes consumia cotidianamente grandes quantidades de crack e de álcool de forma abusiva e destrutiva, chegando a apresentar crises convulsivas e desmaios. Seus principais vínculos familiares e sociais estavam rompidos ou fragilizados e passava a maior parte de seu tempo nas ruas, usando crack. Seu corpo estava emagrecido e marcado pelo uso abusivo da droga e pela vivência na rua. Sua linguagem empobrecida denunciava a defasagem no processo de escolarização e de aquisição da linguagem. Já nos seus primeiros contatos com o serviço, nos “avisou” que não gostava de falar de si e, principalmente, que não gostava de envolver-se com os outros e compartilhar em grupo sua história de vida.

Contudo, em sua primeira participação no grupo de psicoterapia, tomou a palavra e falou de sua trajetória de uso de drogas e das grandes perdas e prejuízos que ele relacionava unicamente ao crack. Depois de encerrado o grupo, nos procurou individualmente para dizer que ficou muito mexido depois de ter falado, “*com a cabeça atribulada*”, “*acuado*”, o que exprimia uma dificuldade de entrar em contato com sua própria história, narrá-la e ouvi-la.

Diógenes contou que na adolescência começou seu envolvimento no tráfico, inicialmente para poder comprar as drogas de uso próprio, e em atividades criminais, como roubo e assalto. Contou, em tom de confissão, a extrema violência com a qual se envolveu nesse contexto, tangenciando os limites da morte. No início de sua trajetória terapêutica, todas as falas de Diógenes relacionadas ao período em que traficava e roubava deixavam escapar sinais de um prazer e nostalgia em relação a essa fase de sua vida. Fase em que se sentia poderoso e reconhecido, tinha dinheiro, carro, “roupas de marca” e impressionava as mulheres.

Diógenes relatou que gostava de colocar-se em situações de risco, como andar com o carro desgovernado e em alta velocidade. Descrevia-se como “*arrogante*”, disse que gostava de “*aparecer*” e que não tolerava ser contrariado ou frustrado, não aceitava receber ordens e submeter-se a regras e tinha dificuldades no convívio e relacionamento com os outros. “*Não aguento ninguém perto de mim e se vier falar comigo eu me irrita*”.

Relatou que, enquanto esteve casado, seu relacionamento conjugal era marcado e dominado por conflitos extremos e violência física, verbal e psicológica perpetrada contra sua esposa, o que já o havia levado à prisão. Contou que seis meses antes de sua ida ao CAPS, sua ex-esposa havia saído de sua casa e, em suas palavras, “*desapareceu com seus filhos*”, sem deixar rastros e sem poder ser encontrada. Nos primeiros meses de seu acompanhamento, Diógenes interpretava isso como abandono e traição; colocava-se, a despeito de toda a violência por ele cometida, no lugar de vítima e era tomado por raiva intensa e rancor, revolta e “*desejos de vingança*”. Esses sentimentos eram direcionados não apenas à sua ex-esposa, mas também à sua mãe, que havia corroborado as denúncias feitas pela ex-nora e ajudava-a a “*esconder-se*” de Diógenes. Tomado pelo ódio contra as “*as mulheres de sua vida*”, irrompeu a única referência que fez sobre seu pai, a quem considerava seu único “*protetor*”, mas que já havia falecido. Relatou que seu pai também era dependente

de álcool. Quando falava de suas dificuldades nos relacionamentos afetivos, principalmente com sua ex-esposa e com seus familiares, Diógenes exprimia muita raiva, mágoa e rancor e dizia não querer nenhum contato com ninguém de sua família.

Contou que, pouco tempo antes de procurar a internação, comprou um quilo de crack, com a intenção explícita de usar até morrer, mas seu plano “falhou” e o quilo de crack “*só deu loucura*”. Relatou que já cometeu algumas tentativas pregressas de suicídio, por enforcamento e ingestão de medicação.

Em seus primeiros dias de internação – e de abstinência –, relatou que apresentava insônia, falta de apetite, irritabilidade e nervosismo intenso, impulsividade e heteroagressividade, persecutoriedade e alucinações auditivas e visuais. Referia que também sob efeito de crack apresentava sintomas persecutórios e paranoicos intensos. Depois de desintoxicado, os sintomas positivos cessavam, o que sugere que a persecutoriedade e a paranoia constituíam efeitos da intoxicação e as alucinações eram sintomas da síndrome de abstinência, provavelmente do álcool. Mas o medo – e não a paranoia –, segundo Diógenes, era um sentimento que o acompanhava há muito tempo – medo de “*ser abandonado*” e de “*não ter ninguém por mim*”.

Diógenes enfatizava sua vontade intensa de usar o crack, uma necessidade sentida como corporal, uma “*fissura*” tão intensa que ele não conseguia ativar seu corpo por meio de exercícios físicos: “*eu não tô conseguindo nem malhar na comunidade [terapêutica]...meu coração acelera, me dá uma vontade ainda maior de fumar crack e eu fico nervoso e irritado*”. Oscilava entre lembranças positivas do uso e as lembranças negativas. Dizia que era muito difícil renunciar aos prazeres que sentia com a droga, principalmente no campo dos relacionamentos amorosos e sexuais. Temia aquilo que ele (e também outros usuários atendidos no CAPS) chamava de “*recaída da calcinha*”: “*É muito mais difícil recusar [a droga] de uma mulher do que recusar de marmanjo...tem a sedução né...*”.

Ao mesmo tempo, contrapunha ao prazer que sentia e à sua enorme vontade de voltar a usar, o medo de apresentar novamente a intensidade persecutória e paranoica que a droga provocava e o medo de “*ficar doido*”, “*sem vergonha*”, como nas ocasiões em que chegou a tirar a roupa na rua sob o efeito de crack. Narrava com muito sofrimento as “*perdas*” em sua vida, que ele atribuía exclusivamente ao uso de crack. Dizia sentir-se muito perdido e com medo do “*monstro*” em que se transformou devido ao uso de crack.

As falas de Diógenes no início de seu acompanhamento no CAPS concentravam-se principalmente nos seus sintomas de abstinência e na intensa vontade que sentia de usar o crack. Os conflitos nos relacionamentos interpessoais e no seu casamento eram atribuídos unicamente aos outros ou ao crack, que havia destruído tudo e o transformava em um “*monstro*”, portador de uma “*doença incurável*”, conforme sua própria interpretação. Suas dificuldades no laço com o outro se manifestavam também na coletividade do CAPS-AD, e ele irritava-se e impacientava-se com frequência na interação com outros usuários ou com os profissionais.

Dois meses após o início de seu acompanhamento no CAPS-AD e de sua internação na CT, Diógenes interrompeu o tratamento, retornando sete meses depois. Relatou que teve de se ausentar do serviço devido aos seus problemas na Justiça. Nesse período, retomou o uso diário e abusivo de crack e álcool e estava vivendo em situação de rua. Bastante preso ao significante “*recaída*”, associava a retomada do uso ao seu medo de ser preso e ao envolvimento com uma mulher que fumava crack. Dizia que estava tentando interromper o uso, mas não conseguia ficar mais de sete dias abstinente e, por isso, solicitou à equipe encaminhamento para nova internação em CT. Iniciou-se, assim, o ciclo repetitivo “*internação-rua*”, “*intoxicação-abstinência*”. Ao longo dos três anos em que acompanhei seu caso, Diógenes internou-se quatro vezes, por períodos que variaram de dois a quatro meses para cada internação. Também sua vinculação com o CAPS era marcada por idas e vindas.

Progressivamente, Diógenes estabeleceu um importante vínculo com o CAPS-AD e começou a ficar bastante motivado e investido no processo terapêutico. Aos poucos, sua fala deslocou-se dos “poderes destruidores” do crack e dos outros e começou a contornar um “si mesmo”, uma postura mais crítica e implicada, de “*auto-avaliação*” e questionamento. Provavelmente influenciado pelas ideias do AA e NA, nas quais se inspirava o método de tratamento das CT’s em que foi internado, Diógenes contou que tinha descoberto a importância de fazer um “*relatório e inventário da sua vida*” para que pudesse compreender sua relação com o crack. Ele exprimia o desejo de trabalhar e ser produtivo, mas temia que a rotina e o dinheiro o induzissem a uma nova recaída. Chegou a fazer uma tentativa de trabalhar em um restaurante como auxiliar de cozinha, mas ao seu primeiro salário seguiu-se uma recaída grave. Além disso, Diógenes disse que teve problemas interpessoais com seus colegas de trabalho, o que o levava a “*pensar maldades*”, “*ter vontade de matar*”. “*Eu sou perigoso para a sociedade*”, concluía Diógenes.

Diógenes insistia bastante sobre um traço que, na sua compreensão, era o principal problema de sua vida e que marcava sua trajetória e sua vinculação com o crack: o fato de ser “*manipulador*” e “*ambicioso*”. Insistia também em suas dificuldades em aceitar limites e lidar com frustrações. Começou a questionar-se sobre o início de sua trajetória com as drogas e o associava com a necessidade de superar timidez e desinibir-se nos relacionamentos com mulheres. Dizia tratar-se também de “*vaidade*”, pois só conseguia considerar-se “*interessante*” e “*atraente*” para as mulheres se estivesse “*drogado*” e adereçado de objetos materiais, signos exteriores de dinheiro e capacidade de consumo, como óculos de sol, tênis e roupa da moda, motocicleta etc. Mulheres sempre apareciam em seus relatos como questão significativa na vinculação com o crack, o que apontava para uma dificuldade em relacionar-se sem a mediação da droga. Estabelecia uma associação em que dor e sofrimento

constituíam sentimentos que o auxiliavam a manter-se abstinente e bem-estar e tranquilidade o conduziam a uma recaída.

Após uma de suas recaídas mais graves, em que ficou, em suas palavras, muitos dias “*invernado*” – o que significa ficar vários dias consecutivos fazendo uso ininterrupto de crack, sem comer, sem beber outra coisa além de álcool e sem dormir –, Diógenes cometeu duas tentativas de suicídio. Uma por ingestão de medicações psicotrópicas e outra, após ter usado grande quantidade de crack, por ingestão de veneno para ratos (“*chumbinho*”), o que o levou a um estado grave de saúde e internação hospitalar. Depois de sair do hospital, procurou o CAPS e formulou a seguinte fala em uma reunião do grupo de psicoterapia:

- *“Tudo em mim vira droga”*

- Como assim?

- *“Tudo que eu tomo vira droga dentro do meu corpo. Me dá vontade de mais, mais, mais... se eu tomo uma dipirona, por exemplo, eu fico querendo mais dipirona, fico querendo sentir o gosto da dipirona na minha boca. Igual quando eu saí do hospital [após a tentativa de suicídio por ingestão “chumbinho”], tudo o que eu queria era sentir o gosto do chumbinho na minha boca”.*

VII. 2. Corpo e sensorialidade: dinâmicas pulsionais

O registro do corpo constituía o domínio mais eminente no qual se expressava o mal-estar de Diógenes. Suas falas no início de seu tratamento revelavam que, tal como proposto por Costa (2005) com relação a quadros psicopatológicos da contemporaneidade, seu corpo era colocado como objeto privilegiado de sua atenção, preocupações e sofrimentos conscientes, sendo explicitamente identificado como um dos principais componentes de seu conflito psíquico e não apenas como pano de fundo dos embates entre afetos, pulsões,

representações e instâncias psíquicas. Seu corpo tornou-se a fonte primordial de seu sofrimento e o “lugar privilegiado da expressão pulsional em pane de representações” (Douville, 2012c, tradução minha ^{co30}).

Percebe-se que o abuso da exploração das sensações do corpo próprio por meio do crack e das outras drogas instaurou uma nova relação com seu corpo, novos ritmos e regulações corporais, promovendo significativas alterações na sua economia pulsional, na sua condição erógena e na sua relação com a linguagem, com o outro e com o mundo externo. Desde o início de sua adolescência, seu corpo foi sendo constituído e configurado na interação com substâncias químicas, que afetaram os circuitos de excitação, prazer e dor, alteraram suas “condições de sensibilidade” (Freud, 1930/2010) e deixaram suas marcas nos arranjos e dinâmicas pulsionais na imbricação corpo-psiquismo. Essa exploração do corpo alcançou seu paroxismo durante os quatro anos anteriores ao início de seu tratamento, em que todos os seus dias foram predominantemente consagrados à ingestão de enormes quantidades de crack e álcool, até o limite da exaustão do corpo, com crises convulsivas e perda de consciência.

Sua narrativa, focada na ambiguidade sensorial de prazer e dor provocada pelo crack, nas lembranças de satisfação, nos sintomas de abstinência e na vontade intensa que sentia de voltar a usar, colocavam em cena, de forma onipresente, um corpo regulado predominantemente pelo uso e pela fissura. Um corpo que não suportava sequer sua estimulação por exercícios físicos, pois seus efeitos nos ritmos cardíacos traziam à memória corporal os efeitos do crack e atiçavam uma urgência sentida como “física” em relação à substância, intensificando o mal-estar provocado pela falta da droga: “*eu não tô conseguindo nem malhar na comunidade [terapêutica]...meu coração acelera, me dá uma vontade ainda maior de fumar crack e eu fico nervoso e irritado*”. Essa fala de Diógenes sobre o insuportável do exercício físico revela uma intolerância ao estado de excitação, ao aumento

das tensões somáticas e psíquicas, sem que elas fossem descarregadas por meio do crack. A intoxicação tornou-se a via única e exclusiva de extinção da excitação. A partir do momento em que Diógenes tentou não recorrer a essa via, qualquer estimulação de seu corpo tornou-se insuportável.

Podemos, então, apreender o regime de excitações específico produzido pela operação de intoxicação a partir do que Assoun (2015a) descreveu como uma “ditadura da excitação” – paradoxalmente, busca-se a extinção da excitação por meio de uma busca desenfreada pela excitação (Assoun, 2015a) promovida pela dinâmica de intoxicação. Há, portanto, no circuito tóxico, um movimento de provocar um aumento da excitação, ao mesmo tempo em que a droga e a intoxicação se estabelecem como a única via possível de descarga e extinção.

É possível identificar, no caso de Diógenes, o funcionamento do que McDougall (2004) descreveu como “economia psíquica da adicção”. Segundo a autora, a “economia aditiva” é centrada nos objetivos de se desfazer dos afetos e de operar uma descarga rápida de toda tensão psíquica (que não é necessariamente associada a estados afetivos penosos, mas pode estar igualmente relacionada a estados excitantes ou agradáveis), seja a sua fonte interna ou externa. McDougall (2004) descreve que, na economia psíquica da adicção, os afetos e os processos e “apelos” psíquicos são traduzidos pelo sujeito como “necessidades somáticas”, o que a leva a afirmar que a solução aditiva consiste em uma “solução somato-psíquica” aos conflitos e sofrimentos psíquicos. No caso de Diógenes, percebe-se que esse mecanismo aditivo tornou-se praticamente o único mecanismo que ele conseguia acionar para lidar com seus afetos e processos psíquicos e, também, para lidar com as tensões e excitações, não apenas psíquicas, como descreve McDougall, mas inclusive as tensões eminentemente corporais (pelo menos no que diz respeito à sua origem), como as que eram provocadas pela movimentação e exercício de seu corpo.

O uso que Diógenes fazia do crack como via praticamente exclusiva de extinção e descarga de toda excitação permite traçar um paralelo com o estado original do recém-nascido – descrito por Freud no “Projeto para uma Psicologia Científica” (1895/2006) –, cujo psiquismo, confrontado ao desamparo e à solidão, é centrado no mecanismo de evacuação, expulsão e descarga de todo e qualquer estímulo e excitação que o atingem. Nesse sentido, é possível compreender o recurso ao crack feito por Diógenes como uma estratégia que, diante de uma fragilidade da capacidade de conter, habitar, elaborar e significar as excitações, os afetos, o mal-estar e o sofrimento, regride a esse mecanismo originário centrado primordialmente sobre as operações de expulsão para fora de si, de evacuação e catarse, de descarga e extinção.

Nessa perspectiva, a operação de ingestão (da droga) visaria em última instância a uma operação com sentido inverso, a evacuação e a descarga expulsiva (das excitações, afetos e dores). E, assim como as estratégias do recém-nascido para lidar com as excitações, que se efetuam por uma via essencialmente somática (expressão de movimentos emocionais, gritos, agitações motoras, inervação vascular, choro), a operação de intoxicação pelo crack pode ser interpretada como uma tentativa de solução organizada primordialmente sobre o corpo, sobre a influência direta no próprio “organismo”, nas sensações e nas condições de sensibilidade.

A predominância do corpo e da exploração das sensações por meio do recurso ao crack – o hiperinvestimento na dimensão do corpo e da sensorialidade – aponta, portanto, para uma tentativa de agir sobre o mal-estar diretamente no corpo próprio, a partir da alteração das sensações e das “condições de sensibilidade” (Freud, 1930/2010). Observa-se uma prevalência da regulação química do mal-estar sobre o corpo e uma fragilidade das representações psíquicas e das formações simbólicas (Birman, 2014).

A urgência física pela droga apresentada por Diógenes – chancelada pelas concepções largamente estabelecidas de abstinência e fissura – e a intolerância psíquica ao aumento da excitação corporal evidenciam uma tentativa do sujeito de conceber o corpo como um simples epifenômeno de um jogo bio-químico-neuronal (Nogueira-Filho, 1999), um corpo vivenciado como pura sensação, desancorado da palavra, do simbólico e do social. O “corpo de sensações” prevalece sobre o “corpo falado” (Fernandes, 2011); faz-se um elogio do organismo em detrimento do corpo pulsional e simbólico; tem-se a emergência de um corpo que se aproxima muito mais do corpo extenso, anátomo-biológico (*Körper*), do que do corpo simbólico e permeado pela linguagem (*Leib*) (Assoun, 2015b; Fernandes, 2011).

Assim como o hipocondríaco, que, segundo Freud (1914/2010), tem sua alma confinada no estreito “buraco de seu molar” (p. 26), Diógenes apresentava, inicialmente, sua existência absorvida seja pela vivência de satisfação provocada no registro do corpo pela intoxicação, seja pela urgência corporal, pelo estado de fissura, por uma espécie de dano corporal que a falta do crack lhe provocava. Se, como destacado por Le Poulichet (1990), a droga dá corpo ao sujeito, a sua ausência evoca uma forma de mutilação, deixando uma espécie de membro fantasma que, embora ausente, produz dor. Opera-se uma significativa modificação na organização do aparelho psíquico, cuja energia fica exclusivamente concentrada no ponto doloroso.

O modelo pulsional do narcisismo mostra-se pertinente para a compreensão metapsicológica da questão do corpo no uso de crack: o retorno da libido retirada do mundo externo e dos investimentos objetivos sobre o Eu, que, como Freud chegou a destacar (1923/2006), é “primeiro e acima de tudo, um Eu corporal” (p. 39), fundamentalmente derivado das sensações corporais. Esse investimento narcísico em ação no uso de crack relaciona-se com uma tentativa de reconstituir e refazer o corpo, forjar um corpo novo, um corpo outro, orgânico e quimicamente regulado que, a partir de um curto-circuito pulsional,

busca situar-se às margens da linguagem, do laço social, da divisão e do conflito psíquico, das dependências mais radicais e dos limites⁴⁸. Por meio do recurso ao crack, observamos uma tentativa de silenciar e dessubjetivar o corpo, subtraindo-o de sua dimensão simbólica e cultural.

A centralidade e preponderância que o corpo ganha na dinâmica de uso do crack apontam, portanto, para um retraimento da capacidade de elaboração e trabalho psíquico, para uma fragilidade das representações e das formações simbólicas e, como destacado por Assoun (2015a), para um retraimento do sujeito da fala e da linguagem. Diógenes nos “avisou” claramente: não queria falar, não gostava de falar de si. E quando, pela primeira vez no grupo de psicoterapia, se entregou à fala e se percebeu atravessado por sua narrativa e associações, procurou-nos individualmente para expressar seu incômodo: sua cabeça ficou “*atribulada*”, se sentiu “*acuado*”. “O toxicômano se droga, bebe ou fuma para não falar e porque ele não pôde dizer” (Assoun, 2015a, p. 87, tradução minha^{co45}).

Antes de prosseguir, impõe-se uma ressalva com relação à questão da imbricação corpo-psiquismo, para evitar possíveis interpretações equivocadas no sentido de uma separação radical entre a corporalidade e o psiquismo. Se afirmo que é possível identificar, no caso de Diógenes, uma preponderância da dimensão corporal e da exploração das sensações e uma estratégia subjetiva que busca agir diretamente sobre o terreno corporal, renunciando, de certa forma, às mediações e vias psíquicas da representação e do sentido, é importante ressaltar que corpo e psiquismo jamais se encontram completamente desintegrados.

Como destacado por Celes (2016), nem mesmo as estratégias e operações que são primordialmente ancoradas sobre a corporalidade e que se destacam das representações, do sentido e da linguagem prescindem do psiquismo em sua composição. Mesmo nos

⁴⁸ Essa formulação teórico-clínica dialoga e vai de acordo com muitos dos autores que se dedicaram a uma compreensão psicanalítica da toxicomania (Assoun, 2015a; Bucher, 1992; Gurfinkel, 2011; Le Poulichet, 1990; Nogueira Filho, 1999; Santiago, 2001).

sofrimentos corporais, a participação do psiquismo está sempre presente de forma intensa. O corpo, segundo Celes (2016), é “colonizado pelo psiquismo” (p. 61), e inclusive quando se aliena psiquicamente e permanece em um funcionamento autoerótico – como parece ser o caso de Diógenes – ele é profundamente qualificado, condicionado e submetido ao psiquismo. E, no limite, pensando nas estratégias terapêuticas, mesmo as manifestações mais corporais exigem operações psíquicas para sua elucidação, que é o que se espera de um processo terapêutico fundado na psicanálise (Celes, 2016).

VII. 3. Apetência insaciável: “*Tudo que eu tomo vira droga dentro do meu corpo. Me dá vontade de mais, mais, mais...*”

A fala de Diógenes enunciada após sua tentativa de suicídio por ingestão de “*chumbinho*” torna patente a dimensão de apetência e insaciabilidade, que o termo alemão usado por Freud para referir-se à toxicomania acentua – *Suchtigkeit*. A palavra *Sucht* designa a apetência, uma necessidade que busca satisfazer-se intensamente, voltando a buscar incessantemente o objeto suscetível de satisfazer essa necessidade e crescendo em potência de tal maneira que adquire uma dimensão invasiva e patológica (Assoun, 2015a).

Essa necessidade de que se trata na economia psíquica da toxicomania é descrita por McDougall (2004), como uma neo-necessidade. E os objetos aditivos, a despeito de satisfazerem essa nova necessidade, falham inevitavelmente em algum momento e proporcionam apenas um alívio temporário para o sofrimento psíquico, uma vez que, como o destaca McDougall (2004), eles configuram uma tentativa de solução muito mais somática do que psíquica para enfrentar a angústia e a dor psíquica. E é dessa incongruência entre o problema e a tentativa de solução – articulada ao fato de que, conforme ressaltado pela autora, nenhum objeto pertencente ao mundo real pode reparar as faltas do mundo psíquico

interno – que pode resultar a dimensão compulsiva e insaciável na relação com os objetos aditivos, como no caso de Diógenes.

Ao sair do hospital e sentir uma vontade intensa e exclusiva de voltar a sentir o gosto de veneno (“*chumbinho*”) em sua boca, Diógenes não a identificou com uma vontade de morrer e de tentar novamente o suicídio. Associando-a com a mesma vontade que sentia de repetir de forma incessante o uso de dipirona, de álcool ou de crack, Diógenes deslocou a questão do “potencial aditivo” dos objetos-droga e apreendeu no seu próprio “corpo fabricante de drogas”, na sua própria dinâmica pulsional, essa dimensão de apetência patológica. Com a ingestão desses produtos – droga, veneno ou remédio –, ao mesmo tempo em que ele objetivava a descarga de determinadas tensões e a expulsão de afetos e sofrimentos, produzia-se uma excitação que se fixava como apetência devoradora e insaciável, que pedia *mais, mais, mais*.

Nessa fala, Diógenes sublinhava as dimensões do sabor e da boca, a vontade de sentir o “gosto” na “boca”, o que me leva a refletir sobre a excitação produzida na mucosa bucal e sobre o modo de gratificação pulsional originário, referente à fase oral da libido, da qual a operação toxicômana é, em certa medida, herdeira. *Sücht*, essa “necessidade patologicamente crescente”, consiste em uma apetência pulsional patológica “que vem parodiar o apetite instintivamente orientado” (Assoun, 2015a, p. 54, tradução minha^{co46}). “O vazio da boca, apelando palavras introjetáveis, para se encher, mas em vão, torna-se outra vez a boca vazia de alimento de *antes da palavra*” (Lins, 2004, p. 197). Segundo Lins (2004), essa é a *démarche* do toxicômano, assimilável aos momentos iniciais da experiência do bebê com o vazio e com os processos de introjeção: o vazio da boca é apenas preenchível com o leite materno, ele ainda não é vivido como possibilidade de apelo, meio de fazer aparecer a linguagem, e não é preenchido e saciável por meio de palavras.

Essa forma errática de oralidade que estava em jogo no caso de Diógenes, essa apetência devoradora e insaciável que se expressava em sua relação com a droga, com o risco e com o consumo em geral, remete às figuras platônicas para representar o desejo humano: a tarambola, ave de corpo tubo, pelo qual o alimento passa sem parar, que esgota por baixo tudo o que come por cima, que come e defeca permanentemente; o homem que versa azeite na jarra rachada, sem nunca conseguir enchê-la. Segundo Sissa (1999), essas imagens metaforizam a estrutura do desejo para Platão: sem limite, impossível de conter, insaciável, despótico, ávido e tirânico. Além disso, os objetos particulares que satisfazem os desejos, não apenas não os aplacam, mas excitam-nos. Nas falas de Diógenes, ecoava essa teoria platônica sobre o desejo, um querer mais, mais, mais, que se agigantava em sua vida e que remete à ideia de um corpo esburacado e abissal, incapaz de reter, *fissurado e rachado* (o que nos envia à fissura referida pelos usuários e ao sentido da palavra inglesa *crack* que onomatopeicamente nomeia a droga e que literalmente significa “rachadura”, “quebra”). Diógenes conseguia identificar com acuidade esse traço quando dizia que um dos seus principais problemas, sobre o qual se estruturava sua relação com o crack, era o fato de ser muito ambicioso: ele queria “*mais, mais e mais*”.

É essencial ressaltar que essa apetência devoradora, insaciável e compulsiva, como bem o revela a fala de Diógenes sobre seu “corpo fabricante de drogas”, não está relacionada unicamente ao potencial aditivo da droga, mas também se articula estreitamente com as incidências subjetivas do contexto sociopolítico no qual ele se inscreve. Como desenvolvido no capítulo V, as situações de vulnerabilidade, precariedade e exclusão social podem engendrar tamanha desorganização psíquica e fragilidade da linguagem e da capacidade de elaboração e significação que o sujeito resta destituído das lógicas de escolha, antecipação e conflitualização psíquica (Benhaïm, 2012; Roussillon, 2005; Rosa, 2016). A lógica do ato, da coação, da repetição e da compulsão emerge então como forma privilegiada do

funcionamento psíquico, minando a possibilidade de o sujeito se sentir satisfeito ou satisfatório (Roussillon, 2005).

VII. 4. Função do corpo e da exploração das sensações corporais no uso de crack

Segundo a formulação freudiana sobre as drogas enunciada em “O Mal-Estar na Civilização (1930/2010)⁴⁹, podemos compreender que Diógenes, por meio do método mais cru e grosseiro, mas também mais eficaz (Freud, 1930/2010), buscava influenciar diretamente seu organismo e modificar suas sensações e as condições de sua sensibilidade, redesenhando, em certa medida, os contornos do corpo próprio e colocando à prova seus limites. Também as situações de risco em que se envolvia podem ser compreendidas nesse sentido: por meio de jogos circulares entre a vida e a morte provocava a própria “química de seu corpo” (Cf. Freud, 1930, p. 33⁵⁰) a produzir substâncias com ações análogas ao tóxico. Diante dessa constatação clínica, impõe-se um questionamento sobre qual é a função da primazia do investimento sobre o corpo próprio e do recurso ao sensorial na vida de Diógenes. Mais precisamente, cabe interrogar como a ação do crack sobre o corpo e seus múltiplos efeitos sobre as sensações e dinâmicas pulsionais se ligam à história e à experiência de Diógenes, à sua relação com o outro, à sua inscrição na coletividade e no contexto sociocultural.

Em primeiro lugar, seguindo ainda a tese freudiana sobre as drogas presente em “O Mal-Estar na Civilização” (1930/2010), podemos compreender que a auto exploração e estimulação abusiva de seu corpo, por meio da modificação das sensações, adquiria uma

⁴⁹ “...há substâncias de fora do corpo que, uma vez presente no sangue e nos tecidos, produzem em nós sensações imediatas de prazer, e também mudam de tal forma as condições de nossa sensibilidade que nos tornamos incapazes de acolher impulsos desprazerosos” (Freud, 1930/2010, p. 33).

⁵⁰ “Mas deve haver, na química de nosso corpo, substâncias que realizam algo semelhante [aos efeitos da intoxicação], pois conhecemos ao menos um estado patológico, a mania, em que se produz esse comportamento análogo à embriaguez, sem ter havido ingestão de estupefaciente” (Freud, 1930/2010, p. 33).

função de dessensibilização ao sofrimento e à dor. Segundo Freud (1930/2010), os métodos mais interessantes para a prevenção do sofrimento são aqueles que buscam influenciar o próprio organismo: “todo sofrimento é apenas sensação; existe somente na medida em que o sentimos, e nós o sentimos em virtude de certos arranjos de nosso organismo” (p. 32). E o método químico, a intoxicação, é a maneira mais eficaz para exercer tal influência, provocar sensações de prazer imediatas, mas também modificar as próprias condições de nossa sensibilidade, de tal forma que nos torna inaptos à recepção de impulsos desprazerosos (Freud, 1930/2010).

Ainda que ela fosse insondável ou que Diógenes não soubesse nomeá-la, uma vez que sua dimensão subjetiva encontrava-se capturada pela dor da falta da droga ou dos pesados prejuízos secundários, cabe supor uma dor psíquica radical para a qual o crack e as outras drogas – operando por meio da supressão tóxica – constituíam um remédio, um *pharmakon*, e não simplesmente a causa. Nas falas de Diógenes, o prazer não vinha separado da dor, como também identificado por Rui (2014) em relatos autobiográficos acerca de trajetórias atravessadas pelo uso de crack. Mesmo na perspectiva da fenomenologia dos efeitos momentâneos do crack, destacava-se em suas falas a ambiguidade sensorial, em que se misturavam, de um lado, a estimulação e o prazer no próprio corpo – prescindindo do outro, da palavra e do simbólico – e, de outro lado, a paranoia, a persecutoriedade, o medo arrebatador, a “*loucura*”. Tem-se a impressão de que o prazer se transformou e se tornou eminentemente negativo: não mais a provocação de estimulação, volúpia, alegria e bem-estar, mas também a cessação – ou a “*evacuação*” – de uma dor radical.

Em segundo lugar, para compreender a função da busca de sensações corporais, da provocação sensorial do corpo, remeto à formulação freudiana segundo a qual o método de intoxicação química produz também o ganho de um elemento de independência intensamente desejado em relação ao mundo externo. A vinculação com as drogas – esses “*amortecedores*

de preocupações” ou “afasta-tristeza” (*Sorgenbrecher*)⁵¹ – desengaja o sujeito parcialmente do mundo que lhe é tóxico e nocivo, permitindo-lhe “encontrar refúgio num mundo próprio que tenha melhores condições de sensibilidade” (Freud, 1930/2010, p. 33). As elaborações do artista Jean Cocteau⁵² quando passava por um período de desintoxicação atingem com acuidade essa dimensão da droga:

Certos organismos nascem para se tornar presa das drogas. Exigem um corretivo sem o qual não conseguem entrar em contato com o exterior. Flutuam. Vegetam à meia-luz. O mundo permanece um fantasma até que uma substância lhes dê corpo. Acontece desses infelizes viverem sem encontrar jamais remédio algum. Acontece também de encontrarem um remédio que os mata. É uma sorte quando encontram equilíbrio no ópio, que oferece a essas almas de cortiça um traje de escafandrista. Isso porque o mal causado pelo ópio será menor que o de outras substâncias e menor que o da enfermidade que tentam curar (Cocteau, 1985, p. 26).

Retomando a expressão de Cocteau, é possível afirmar que a droga dava corpo a Diógenes, um corpo com novas condições de sensibilidade, sustentado e protegido por um costume de escafandrista que, ao isolá-lo, possibilitava que ele mantivesse contato com o exterior e continuasse habitando o mundo, que para ele era tóxico e nocivo. Como destacado por Assoun (2015a), se o toxicômano se intoxica, é porque ele ressentido o cotidiano dos “não-dependentes” como tóxico e, levando ao extremo o paradoxo que corresponde à sua posição subjetiva, porque ele tenta se desintoxicar. Parte-se do pressuposto de que a vida o

⁵¹ Na tradução da Imago, *Sorgenbrecher* é traduzido por “amortecedores de preocupações”. Já Paulo César de Souza verte o termo alemão (que, segundo o mesmo, literalmente quer dizer “quebrador de preocupações”) para a expressão “afasta-tristeza”.

⁵² Jean Cocteau, artista francês nascido em 1889, transitou e produziu nos campos do cinema, do teatro, da poesia, do romance e das artes visuais. Em 1929, internou-se na clínica de Saint-Cloud para submeter-se a um período de desintoxicação de ópio – uma “ferida em câmera lenta” (Cocteau, 1985, p. 13) – do qual resultou seu livro de notas e desenhos “Ópio: Diário de uma desintoxicação”.

“envenena” o bastante para que ele se envenene a si mesmo, por conta própria, preferindo um antídoto, por mais desastroso que ele seja, a seu incurável mal-estar.

O paradoxo da posição subjetiva de Diógenes, portanto, era o seguinte: por meio de sua dependência ao crack, ele buscava alcançar uma independência radical em relação ao mundo externo, mirando uma satisfação contínua que se dava no próprio terreno corporal, uma satisfação em curto-circuito e dessimbolizada, que prescindia do outro (ainda que ele estivesse presente nas fantasias subjacentes, como ressaltado por Assoun (2015a)) e pouco caso fazia das representações, da linguagem, da realidade, dos limites.

VII. 5. “Fumar um quilo de crack até morrer”: luta de morte contra a morte

A partir do que foi apresentado até aqui, é possível enunciar a ambivalência e reversibilidade da relação de Diógenes com o crack: se o episódio em que ele diz ter comprado um quilo de crack para fumar até morrer emerge como expressão radical de um processo de mortificação, as funções destacadas do uso de crack como técnica para tratar uma dor radical e para tornar-se independente de um mundo que o intoxicava apontam para um processo paradoxal de autoconservação (Le Poulichet, 1990). Uma destruição dos órgãos pode proteger o eu, como destacado por Le Poulichet (1990). Para se defender de um perigo vital insondável, Diógenes corria o risco de morrer.

Recorro à concepção de “pulsão anarquista” desenvolvida por Zaltzman (2015), pois ela amplia as possibilidades de compreensão do destrutivo processo de autoconservação em jogo no caso de Diógenes, bem como de suas tentativas de suicídio. Zaltzman (2015) propõe a ideia de uma “pulsão anarquista”, derivada da própria pulsão de morte, que vai permitir ao indivíduo continuar vivo, apesar da compulsão de confrontação à morte. A pulsão anarquista trabalha no sentido de abrir uma saída lá onde uma situação crítica se fecha sobre um sujeito

e o condena à morte, não necessariamente biológica, mas morte simbólica, morte política, morte social, morte do sujeito, exclusão.

Nessas situações-limite, quando todas as tentativas de solução libidinal são impotentes, somente uma resistência nascida de suas próprias fontes pulsionais de morte pode enfrentar a colocação em perigo mortal:

Na experiência limite, relação entre *fragilidade das razões de viver e sua indestrutibilidade*, a vontade individual de viver, a saída da destruição, encontram sua força de luta na ameaça de morte. Somente a energia dissociativa da pulsão de morte pode propulsar o impulso libertário (Zaltzman, 2015, p. 46, grifos da autora, tradução minha^{co47}).

Essa pulsão anarquista imprime uma atividade antissocial, como é antissocial a pulsão de morte. Daí o seu halo destrutivo e trágico (Zaltzman, 2015).

Comprar um quilo de crack para fumar ininterruptamente até morrer dificilmente pode ser compreendido como simples busca ilimitada de prazer ou atribuído às moções libidinais. Mas tampouco o compreendo como pura cultura da pulsão de morte. Na perspectiva proposta por Zaltzman (2015), esse episódio pode ser compreendido como uma formação que se originava das pulsões mortíferas e dissociativas, mas que tinha uma força de luta contra a morte e por meio da qual Diógenes tentava superar a experiência limite na qual se encontrava encurralado – e onde as escapatórias libidinais não tinham êxito – e encontrar suas razões de viver. Não por acaso, foi logo após esse episódio que Diógenes buscou o CAPS pela primeira vez. Mesmo sua tentativa de suicídio com veneno de rato pode ser compreendida nessa direção, se pensarmos (como será desenvolvido adiante) que esse confronto com a morte permitiu uma mudança em sua posição subjetiva, ainda que ínfima ou insuficiente, e o desencadeamento de novas interpretações e sentidos sobre si mesmo.

Diante do desenvolvido até aqui, faz-se necessário interrogar e procurar apreender alguns elementos desse “mundo que envenenava” Diógenes, do qual ele buscava tornar-se independente. Percebe-se que a relação de Diógenes com esse “mundo tóxico” configurava-se como uma experiência extrema da subjetividade (Roussillon, 2005), atravessada por intensa dor e ameaça de aniquilação psíquica, diante da qual ele desenvolveu defesas paradoxais e estratégias de sobrevivência psíquica destrutivas. A partir do que foi dado a ouvir, ver e sentir no seu acompanhamento clínico, serão analisadas a seguir as dimensões da instância do outro e do contexto de precariedade e marginalização social.

VII. 6. A instância do outro: toxicidade, decepção e virilidade

Quando Diógenes iniciou o tratamento no CAPS, seus vínculos familiares e sociais estavam rompidos ou gravemente fragilizados, tendo alcançado conflitos que esbarraram nos limites da morte. Sem nenhum contato com sua família e sem nenhum laço de amizade ou integração social, Diógenes apresentava-se eminentemente solitário e fechado numa relação dual e quase exclusiva com o crack e o álcool. Como destacado por Assoun (2015a), só podemos compreender a dimensão desse isolamento se o apreendermos como uma versão da relação inconsciente a uma determinada instância do outro.

Conforme descrito na apresentação clínica, Diógenes apresentava graves dificuldades relacionadas à conviviabilidade e aos laços afetivos e sociais. Devido às limitações com relação a uma anamnese pormenorizada colocadas pelo acompanhamento em situação de grupo terapêutico, não disponho de informações detalhadas sobre a gênese dessa situação e sobre a sua relação com os outros originários em sua vida. Mas as falas e as relações que Diógenes estabelecia na coletividade do CAPS apontam para a suposição de uma certa toxicidade dos outros de sua história e do Outro de referência (Assoun, 2015a). Eram nítidas

as suas dificuldades interpessoais com os outros usuários do CAPS-AD e os conflitos que surgiam, explícitos ou não, abalavam-no de uma maneira desmesurada. E em sua primeira tentativa de retomar um trabalho como auxiliar de cozinha em um restaurante, a necessária socialização que o emprego demandava colocou-se como obstáculo: Diógenes não conseguiu suportar a relação com os outros, que se deu sob a forma de conflitos e desentendimentos que o levaram ao extremo de sentir “*vontade de matar*” e “*pensar maldades*”.

O recurso a uma dedicação quase exclusiva ao crack e ao álcool emerge, então, como uma tentativa de desembaraçar-se desses outros e buscar uma independência radical. Uma relação com o outro que não era sentida como segura e confiável levava Diógenes a tentar existir unicamente pela via da sensorialidade e do hiperinvestimento da zona oral e do corpo. Nesse sentido, a apetência insaciável discutida anteriormente, que toma a forma de uma necessidade física, exacerbada, imperiosa e tirânica da droga, pode ser compreendida como uma forma de destruir a demanda endereçada aos outros. Diógenes queria “*mais, mais e mais*” do seu tóxico, porém, não demandava mais nada a ninguém. Contudo, como destacado por Assoun (2015a), de forma subjacente a essa apetência voraz, deve-se supor uma figura encriptada de uma demanda das mais virulentas em sua dimensão inconsciente.

Além disso, os sentimentos intensos de mágoa e rancor e o lugar de vítima em que Diógenes se colocava inicialmente quando falava dos seus conflitos com sua ex-esposa e com seus familiares revelam uma posição subjetiva inconsciente articulada a um sentimento de danos e prejuízos originários de ordem afetiva que lhe foram impingidos (Assoun, 2015a). Diógenes interpretava explicitamente o afastamento de sua ex-esposa e de seus familiares, apesar de toda a violência por ele cometida, como abandono e traição. Em sua posição inconsciente, ele era a vítima e o violentado. Mostra-se pertinente aqui a ideia desenvolvida por Assoun (2015a) segundo a qual a intoxicação pode seguir uma lógica de aplicação de um direito de indenização imaginário. O endividamento do Outro em relação a si mesmo aparecia

de forma consistente no caso de Diógenes e podemos compreender a satisfação tóxica como esse “direito a ser indenizado”, uma tentativa de reembolsar-se por conta própria, diante de um Outro (familiar e social) prejudicial. E, com efeito, é possível identificar um Outro social – mas não necessariamente um Outro familiar – prejudicial no caso de Diógenes, e não apenas em sua posição inconsciente.

É interessante notar que, na medida em que a montagem tóxica foi sendo desmantelada e que Diógenes tentava abandonar a estratégia de satisfação tóxica, essa posição subjetiva passou a assumir uma inversão e reversibilidade. Sem necessariamente excluir a toxicidade que o outro representava para ele, aparecia em sua narrativa, de forma bastante explícita, a ideia de que ele mesmo era tóxico para o outro e para a sociedade: Diógenes entrou num processo feroz de autoacusação e autodepreciação, exprimia fortes sentimentos de culpa e vergonha, afirmava recorrente e insistentemente que seu maior problema era o fato de ser manipulador e dizia que era “*perigoso para a sociedade*”.

A ideia da toxicidade da instância do outro e da dependência ao crack como a busca de uma independência radical conduz à suposição de uma decepção também radical nos encontros ou desencontros de Diógenes com a instância do outro. Ou, como observa Assoun (2015a), “não é apenas da dor ou de separações traumatogênicas que o toxicômano se protege, mas *de uma série de traumas (des) organizadores na relação com o outro*” (p. 44, grifos do autor, tradução minha^{co48}). Pode-se pensar, então, que essas decepções e traumas, (des) organizando suas relações com a alteridade, com seu corpo, com a linguagem e com o campo social, reatualizavam constantemente o estado originário de desamparo radical e derrelicção no qual, como desenvolvido anteriormente, o psiquismo é confrontado à solidão, à evacuação e expulsão de toda excitação que o assalta e a uma dor e mal-estar que não são vivenciados como sofrimento habitável e elaborável, mas como um estado de pane das estratégias defensivas.

O uso da droga emerge então como uma tentativa de enfrentar esse desamparo, paliando-o por meio da evacuação e expulsão do mal-estar e da dor, que é o modo de funcionamento psíquico que caracteriza esse estado. No limite, e revelando sua estrutura paradoxalmente organizada sobre a dependência-independência – ao mesmo tempo em que Diógenes dizia “não aguentar ninguém perto dele”, exprimia também o sentimento que o acompanhava há muito tempo de medo de “*ser abandonado*” e de “*não ter ninguém*” por ele – , essa estratégia de intoxicação diante do desamparo radical pode ser interpretada como uma busca inconsciente do outro originário, de uma “ajuda estrangeira”. Uma busca desse “outro próximo” (*Nebenmensch*), que é a única via capaz de injetar vida no psiquismo em desamparo, retirá-lo da solidão e da evacuação e constituir um espaço de ressonância subjetiva em que a dor e o sofrimento possam ganhar contornos, ser habitados e elaborados e recobertos de sentido. Todavia, a estratégia de intoxicação também conduzia inevitavelmente à decepção no encontro com a droga (e com o outro buscado de forma subjacente), o que instaurava o ciclo repetitivo e compulsivo e o aprisionamento no modo de funcionamento expulsivo e na satisfação autoerótica no terreno sensório-corporal, que destrói a demanda ao outro.

Irrompe dessas elaborações uma importante indicação para pensarmos a clínica com usuários de drogas. Se o recurso à droga está relacionado a um estado de desamparo e a uma busca inconsciente de um outro próximo e de uma “ajuda estrangeira”, é necessário que a operação de intoxicação encontre um arrimo em uma alteridade que possa interpretá-la como um apelo e que, como o *Nebenmensch*, seja portadora de uma dimensão de socialização que possibilite romper com o isolamento, o silenciamento e a derrelicção e reinstaure uma estrutura de endereçamento ao outro, que não seja apreendido como fundamentalmente tóxico.

Mais uma vez, é fundamental salientar que não é possível discriminar essa dimensão do isolamento, derrelicção e toxicidade da instância do outro apresentados por Diógenes exclusivamente como consequência de sua vinculação com o crack. Como desenvolvido no capítulo V, os efeitos psíquicos e as lógicas de subjetivação resultantes de contextos de precariedade e exclusão podem engendrar, igualmente, graves dificuldades na vida relacional e afetiva; uma “desertificação psíquica” e “congelamento dos afetos” (Roussillon, 2005) que fragilizam a capacidade de engajamento afetivo e de aceitação da interdependência; o isolamento e a solidão; a autoexclusão e organizações marginais da existência.

Não acredito ser possível discernir com clareza e exatidão uma lógica de causalidades específicas: quais aspectos decorrem especificamente do contexto sociopolítico? Quais elementos são resultantes da vinculação com o crack? O que está relacionado estritamente à estruturação subjetiva ou à psicopatologia singular de Diógenes? Não creio serem essas as perguntas pertinentes ou relevantes. A meu ver, todos esses elementos se entrelaçam, se transformam e se potencializam mutuamente, constituindo essa montagem final apresentada pelo sujeito. Todavia, se insisto recorrentemente em apontar a dimensão sociopolítica e cultural da relação de Diógenes com o crack, de seu posicionamento subjetivo, de suas manifestações sintomáticas, impasses e conflitos, é por acreditar que essa dimensão, que resta obliterada e denegada nos discursos e interpretações dominantes sobre o crack, deve, incontornavelmente, ser resgatada e revelada se quisermos romper com a lógica reducionista, simplista e estigmatizante que impera nesse campo.

Outro ponto que emerge de forma significativa nas falas de Diógenes é a função da droga como mediadora de seus relacionamentos sexuais e amorosos. Ele associava o início de seu envolvimento estreito com as drogas com a necessidade de superar sua timidez e desinibir-se nos relacionamentos afetivos e sexuais com as mulheres e dizia apenas sentir-se atraente e interessante quando estava drogado. As mulheres sempre apareciam como questão

significativa em sua vinculação com o crack e o fantasma da “*recaída da calcinha*” era constante em suas falas. Essa expressão usada por ele com bastante frequência – “*recaída da calcinha*” – exprime a função do uso de crack na ruptura de inibição e como objeto contrafóbico para que conseguisse manter uma relação sexual. Contudo, a droga tornou-se, ela mesma, um objeto sexual indispensável.

A expressão “*recaída da calcinha*” revela também o uso do *crack* como uma forma de afirmação da virilidade sexual: “*É muito mais difícil recusar (a droga) de uma mulher do que recusar de marmanjo...tem a sedução né...*” Diógenes, além de se encontrar numa trajetória de mobilidade social descendente e de exclusão, enfrentava a impossibilidade de responder ao modelo hegemônico de masculinidade. Observa-se, em sua trajetória, a perda ou a degradação dos principais atributos socialmente reconhecidos pelos ideais e estereótipos normativos de masculinidade: dever, trabalho, excelência de desempenho e sua comprovação, dinheiro, papel de provedor, honra, dignidade, sucesso, poder, controle (Badinter, 1992; Bourdieu, 1998; Welzer-Lang, 2008). Diante de uma inadequação ao ideal de masculinidade socialmente construído sobre um paradigma binário e patriarcal, o uso de crack emergia – somente quando pensado na perspectiva de seus efeitos momentâneos e pontuais, e não de seus efeitos na vida em extensão – como uma possibilidade de reafirmação de sua virilidade. “*Eu só me vejo interessante para uma mulher se eu estiver drogado*”.

Sem a intenção de esgotar a reflexão sobre situação tão grave e complexa e sem atribuir relações de causalidade simplistas, aponto que essa dimensão de “refúgio” diante da “perturbação das certezas viris” (Welzer-Lang, 2008) pode oferecer pistas interessantes também para a compreensão da violência cometida contra sua ex-esposa: se Diógenes não conseguia provar sua masculinidade (e a masculinidade é algo que deve ser constantemente comprovado, como o mostram Badinter (1992) e Bourdieu (1998)) por meio dos atributos e papéis mais valorados socialmente – ser um provedor, ter dinheiro, sucesso e poder,

demonstrar força, controle, coragem e honra –, ele tentava fazê-lo pela via da violência e agressividade, atributos também (e infelizmente) associados às representações hegemônicas de virilidade e masculinidade.

VII. 7. O contexto de precariedade e marginalização social: dissidência tóxica e resistência

A maioria dos psicanalistas que se debruçaram sobre a questão da toxicomania ressalta o fato de que ela repousa sobre essa forma de isolamento psíquico radical e impõe práticas solitárias, trajetórias de exclusão e rompimentos com a instância do outro. Apesar de concordar que essa afirmativa pode ser pertinente para vários casos com os quais me deparei em minha prática clínica, inclusive o caso de Diógenes, considero relevante apontar que sua simplificação e generalização são bastante questionáveis.

Diversos estudos sociais, ao contrário, mostram que o uso de drogas pode favorecer uma importante tessitura de redes de sociabilidade (Vargas, 2001). Inclusive no caso específico do crack – droga publicizada como a grande detonadora dos laços sociais –, pesquisas etnográficas revelam que o uso da droga em diferentes cenas abertas é feito predominantemente de modo coletivo e possibilita a vivência de uma sociabilidade comunitária entre os usuários (Alves, 2014; Malheiro, 2013; Rui, 2014). Além disso, algumas dessas pesquisas mostram ainda que as territorialidades engendradas em torno do uso de crack podem constituir-se como espaços de pertencimento para os sujeitos, nos quais eles se sentem mais “iguais” e menos fracassados, excluídos e aberrantes, e revelam que essas cenas não são unicamente atravessadas pela violência, brigas, desconfiança ou isolamento (que de fato podem estar presentes), mas também por contratos de apoio e ajuda mútua (mesmo que fugazes), sociabilidades amigáveis e até festivas (Cf., por exemplo, Rui, 2014).

Não obstante, o que venho destacando ao longo de todo este trabalho – e que já foi explicitado por Freud em “O Mal-Estar na Civilização” – é que a toxicomania, mesmo quando implica essa forma de isolamento que é possível identificar no caso de Diógenes, se inscreve ativamente na realidade social onde ela irrompe. Não é possível apreender a toxicomania sem interrogar seu lado coletivo e social e a questão do crack é um dos sintomas mais visíveis e eloquentes do “mal-estar na civilização” do Brasil contemporâneo.

Dessa forma, observa-se que a história de Diógenes e sua vinculação com o crack é inextricável do processo de produção e reprodução estruturais da desigualdade social, precariedade e marginalização crônicas da sociedade brasileira. Proveniente de uma família que pertencia a uma classe social destituída de capital econômico e cultural e marcada pela precariedade e vulnerabilidade social, Diógenes seguiu um determinado “roteiro” que – embora seja delicado afirmar que ele consiste em um “destino inexorável” – se repete à exaustão entre seus membros: abandono escolar precoce, inserção precária no mercado de trabalho, enfraquecimento e precarização dos laços com a maioria das esferas e instituições sociais, estigmatização e marginalização e, pela via mais extrema, desenvolvimento de um modo de vida violento e autodestrutivo.

Nas territorialidades e circuitos periféricos destinados às classes desfavorecidas, muito cedo Diógenes entrou em contato com as drogas e também com o tráfico e o “mundo do crime”. Como destacado por Feltran (2008), nas periferias brasileiras, é praticamente a mesma coisa dizer “o mundo das drogas”, “o mundo do crime”, ou “a violência”. O consumo de drogas ilícitas, nesse contexto, aproxima o indivíduo a uma rede de relações sociais que passa diretamente por pessoas relacionadas ao mercado de drogas e que é marcada pela violência intrínseca ao tráfico, às relações com a polícia e ao “mundo do crime”. É necessário ressaltar, contudo, que essa estreita associação entre drogas, crime e violência não significa que seja o uso da droga em si o responsável absoluto pelo envolvimento com a criminalidade

e a violência. Trata-se, antes, do contexto de desigualdade e marginalização social – uma pessoa da classe média ou alta, por exemplo, pode isolar-se completamente das redes do tráfico e violência ao adquirir e usar sua droga – e, sobretudo, do contexto de proibicionismo que impõe que a comercialização das drogas seja feita de forma ilegal, por meio do tráfico, uma verdadeira economia regulada predominantemente pela violência e pela morte.

Compreendo, portanto, que a situação de precariedade e o progressivo processo de enfraquecimento da participação de Diógenes no pacto social e sua desvinculação crescente com os laços sociais e institucionais – cuja origem é anterior ao início do uso de drogas – promoveram uma mutilação social e degradação subjetiva que dificultaram o seu reconhecimento como sujeito. Como apontado no capítulo V, as situações de precariedade, vulnerabilidade e exclusão podem ensejar a deslegitimação e desestruturação do sentimento de pertença à humanidade e à organização social; a desconstrução da capacidade de sustentação e inscrição do psiquismo e da corporeidade no laço social; a identificação com o lugar de resto; a rejeição e a fragilização do reconhecimento social e da legitimação da existência.

Assim, diante das variadas decepções no encontro com o outro e com a organização social, da situação de acentuada violência social e simbólica e do processo de exclusão e desumanização ao qual estava submetido, pode-se afirmar que Diógenes engendrou uma organização marginal de sua existência. Organização esta estruturada sobre processos de autoexclusão e recusa de um mundo que também o recusava e permeada de manifestações agressivas e violentas.

Essa possibilidade de reconhecimento social e legitimação de sua existência que lhe foi dificultada pelo contexto sociopolítico, Diógenes encontrou-a no tráfico e no crime, que lhe ofereceram uma mínima garantia de pertencimento e lhe conferiram poder e prestígio, a capacidade de se sentir desejado, forte e potente, a conquista de dinheiro e bens materiais que

constituem a chancela do reconhecimento e da virilidade em nossa sociedade. Mas que também ensejaram o seu envolvimento num contexto de agressividade e violência extrema, esbarrando nos limites da morte.

Quando deu início ao seu tratamento no CAPS-AD, ao contrário do momento em que estava “ativo” no “mundo do crime”, Diógenes encontrava-se em situação de rua, identificado ao lugar de dejetos e interpretado pela ampla maioria da sociedade – e por ele mesmo – como um noia, cracudo, zumbi, sem “*caráter e dignidade*”, sem controle e autodeterminação, transformado em um “*monstro*” pelo crack, segundo suas próprias palavras. Compreende-se, assim – para além da busca simplista e reducionista de diagnósticos sociopatológicos – o prazer e nostalgia que escutamos nas falas de Diógenes quando se referia a essa época em que estava “ativo” na vida do tráfico e do crime, em que ele encontrava uma forma de reconhecimento, ainda que marginal, e sentia que tinha poder e prestígio.

Esse ponto de sua violência e destrutividade no contexto do tráfico e do crime, somado à acentuada violência virilista contra sua ex-esposa, remete ao que Bourgois e Schonberg (2009) descreveram como a constituição, em situações de adicção associada à extrema precariedade e à repressão, de um “espaço moralmente ambíguo que borra as linhas de delimitação entre vítimas e perpetradores” (p. 108, tradução minha^{co49}). No que diz respeito à minha escuta e à escrita do caso, este ponto constitui um importante desafio ético e analítico. O exame da dimensão social e do processo de produção estrutural da precariedade e marginalização ao qual recorro para compreender a vinculação que Diógenes estabelecia com o crack torna-se suscetível de ser lido como justificativa histórica e estrutural para seus atos violentos e sofrimentos impingidos contra sua ex-esposa e pessoas próximas, o que definitivamente não é o meu objetivo. Tanto no acompanhamento clínico quanto na construção do caso, foi buscando interrogar a posição subjetiva de Diógenes e sua

singularidade nos modos de habitar o corpo e a palavra, nas relações com o outro, com o coletivo e o comunitário, que esse desafio e as possíveis contradições foram enfrentados.

Dessa forma, se busco elucidar o progressivo processo estrutural de marginalização, vulnerabilização e subintegração no tecido social ao qual Diógenes foi submetido e suas incidências e efeitos na subjetividade, cabe igualmente um questionamento sobre os modos pelos quais ele se fez afetar, como ele se posicionou subjetivamente e como esse posicionamento se relaciona com um lugar fixo que ele atribuiu ao crack em sua economia pulsional.

A vinculação extrema que Diógenes estabeleceu com o crack pode ser compreendida, então, como uma forma de recusa e resistência a uma “certa modalidade de vida e de morte que lhe é imposta” (Rosa & Poli, 2009). Por meio da vinculação exclusiva com o crack e desvinculação e desinvestimento de outras relações e objetos, Diógenes organizou uma “dissidência tóxica” (Assoun, 2015a), para fazer apelo a essa recusa e reembolsar-se por conta própria. Essa dissidência tóxica acentuou ainda mais o processo de anomia social ao qual estava exposto, o enfraquecimento de sua participação nas principais esferas e instituições sociais. Contudo, é necessário sublinhar mais uma vez que esse processo de subintegração no tecido coletivo e social é intrínseco à sua própria posição na estrutura de classes brasileira e, portanto, já estava presente antes de seu encontro com as drogas em geral e, particularmente, com o crack, que se deu quando Diógenes tinha 33 anos de idade.

As possibilidades de inserção na vida laboral e produtiva emergem aqui como dimensão fundamental de análise. Freud diz claramente em “O Mal-estar na Civilização” (1930/2010) que uma das estratégias de busca de felicidade e defesa contra o sofrimento, praticamente oposta ao método mais grosseiro e eficaz da intoxicação química, é a sublimação por meio do trabalho psíquico e intelectual, técnicas “mais finas e elevadas” (p. 35), que não enfraquecem ou destroem a corporeidade (“não nos abala fisicamente”, p. 35).

Freud reconhece que o ganho de prazer decorrente da criação artística e do trabalho intelectual e de pesquisa é privilégio de poucos. Mas afirma igualmente que o trabalho profissional mais acessível a todos tem um lugar significativo na economia libidinal, enquanto possibilidade de deslocamento de grande proporção de componentes libidinais, componentes narcísicos, agressivos e mesmo eróticos, o que lhe confere um valor indispensável na afirmação e justificação da existência de cada indivíduo na sociedade. Nenhuma outra técnica de conduzir a vida, afirma Freud (1930/2010), liga o indivíduo tão solidamente à realidade quanto o investimento no trabalho, que o insere pelo menos em uma parte da realidade, na comunidade humana.

Diante de sua posição de classe marginalizada e destituída de capital econômico e cultural, do choque cultural e simbólico entre a sociabilidade familiar e as habilidades e pressupostos exigidos no mercado competitivo e do seu processo de escolarização falho e interrompido precocemente, restavam a Diógenes, como possibilidades de inserção no mercado de trabalho, ocupações e atividades precárias e desqualificadas. Ou a inserção no “mundo do crime”, via que de fato tomou em determinado período de sua vida, mas que foi abandonada posteriormente.

É possível afirmar que essas ocupações precarizadas são diametralmente opostas à ideia de atividades profissionais à qual Freud se refere, que, principalmente quando livremente escolhidas, rendem uma satisfação particular ao possibilitarem um destino sublimatório às inclinações e moções pulsionais existentes e constituem importante fonte de afirmação e reconhecimento social. Ao contrário, como destacado por Souza (2009), por meio desses trabalhos precarizados, o sujeito é reconhecido – ou desprezado – unicamente enquanto corpo, “sem alma ou mente”, dispêndio de energia muscular, explorado e mal remunerado pelas classes média e alta. Portanto, esses trabalhos precarizados destinados às classes mais desfavorecidas da sociedade são reveladores do lugar e valor atribuídos aos seus

membros na organização social, em que os sujeitos são submetidos a uma espécie de dessubjetivação, não importando as suas capacidades psíquicas, reflexivas, cognitivas ou afetivas, mas tão somente a sua “força bruta” e corporal.

Como já abordado anteriormente, não se trata aqui de buscar apreender o contexto de precariedade e reprodução da desigualdade social no qual Diógenes estava imerso para concebê-lo como o “protótipo do *sujeito sem*” (Douville, 2012a) ou como uma vítima absoluta. Busco interrogar, portanto, como os modos de habitar o corpo, o espaço e a palavra ainda presentes e em funcionamento se articulam com o uso de crack e, para além das forças e instâncias que o negam, rejeitam e segregam, compreender igualmente aquilo que o próprio Diógenes nega, aquilo que ele recusa, aquilo ao qual ele objeta.

Nessa perspectiva, podemos interpretar a dissidência tóxica à qual Diógenes se entregou como uma forma de resistência e de recusa – por mais desastrosa que ela possa se mostrar – a essa trajetória e lugar que lhe foram reservados. Como desenvolvido anteriormente, Diógenes exprimia de maneira radical o excesso de corpo e de sensações e a fragilidade do simbólico e da palavra que se manifestam na toxicomania – a colocação do corpo em primeiro plano que aponta para a retração do sujeito da linguagem. Mas, se ele encarnava ao extremo a condenação que, segundo Souza (2009), recai sobre as classes marginalizadas e estigmatizadas – ser corpo, sem alma ou mente – ele não se deixava capturar passivamente nesse aproveitamento alheio do seu corpo, não reconhecido em sua dignidade de corpo simbólico. Ao contrário, em sua posição subjetiva, era ele mesmo quem explorava e abusava de seu corpo, fazendo dele o lugar primordial de excitação, satisfação, prazer e desejo (e, igualmente, de dor e sofrimento) e prescindindo – ainda que temporária e ilusoriamente – do outro, da palavra, do social e da cultura.

A dissidência tóxica de Diógenes pode ser interpretada, então, como uma estratégia de subjetivação em um contexto em que domina um processo estrutural de dessubjetivação dos

indivíduos – ser corpo, músculo, organismo, sem mente, sem psiquismo. Retomando a observação de Douville (2014), não é em todo contexto que importa ter uma vida psíquica, ser atribuído de conteúdos psíquicos. E se é certo que essa estratégia de subjetivação adotada por Diógenes se organizava primordialmente em torno do corpo, ela subverte a ideia de um corpo dócil a ser explorado (e desprezado) por outros e constrói um corpo de prazer – o que suscita reações moralizantes –, mas também de dor e sofrimento. E, ainda que essa estratégia tenha provocado graves prejuízos e resultado em uma situação de intenso sofrimento psíquico e na constituição de um corpo marcado pela destrutividade, é necessário lembrar, com Roussillon (2015), que essa foi a forma possível encontrada por Diógenes para resistir e organizar sua existência. Ou, retomando Cocteau (1985), que viveu essa experiência de uma estratégia tóxica em sua própria carne e ao escrevê-la legou-nos elaborações preciosas, o remédio encontrado pode destruir ou até matar, mas o mal que ele causa pode se apresentar menor do que o da “enfermidade” que com ele se tenta curar.

VII. 8. Percursos do tratamento e posições subjetivas no contexto do “dispositivo do crack”

O caso clínico de Diógenes revela de forma radical a complexidade da clínica com usuários de crack no contexto brasileiro atual. Os seus percursos no tratamento refletem o cenário de paradoxos e disputas terapêuticas conformado em torno do crack na contemporaneidade: ao mesmo tempo em que estava internado em uma comunidade terapêutica cujas estratégias de atenção e cuidado eram fundamentadas em pressupostos morais e religiosos e que colocava a abstinência como o ideal terapêutico absoluto, Diógenes

era acompanhado pelo CAPS-AD⁵³, cuja estratégia de tratamento era baseada na política ampliada de redução de danos e nos princípios da reforma psiquiátrica. Suas posições subjetivas, assim como as sucessivas desterritorializações de uma posição a outra, revelam os efeitos desse campo paradoxal e, também, as incidências das tramas de discursos e interpretações dominantes sobre o crack na subjetividade, colocando à mostra os mecanismos de subjetivação e dessubjetivação em jogo no que denominei aqui de “dispositivo do crack”.

Em um período de três anos, Diógenes passou por quatro internações em comunidade terapêutica, tendo feito, ainda, várias outras solicitações de internação, que não foram respondidas de imediato pela equipe, na tentativa de promover a construção conjunta de outras estratégias. Aos intervalos em que estava internado, intercalavam-se períodos em que passava a maior parte do tempo na rua, fazendo uso intensivo e cotidiano de crack e álcool. Quando o uso alcançava um nível muito crítico e sua saúde física e psíquica estava gravemente degradada e fragilizada – normalmente depois de períodos denominados pelos usuários de crack de “*inverno*”⁵⁴, em que passam vários dias consecutivos usando ininterruptamente, sem beber nada além de álcool, sem comer e sem dormir – Diógenes procurava o CAPS-AD solicitando nova internação. A internação era a única possibilidade que ele conseguia vislumbrar, o que, além de uma busca de contenção, limites e controle externos e um refúgio de si mesmo, exprime também a introjeção da ideia amplamente difundida de que, para usuário de crack, somente internação funciona.

Depois de alguns meses internado em um contexto de privação de liberdade, precariedade das condições de habitabilidade, isolamento e tédio⁵⁵, quando minimamente

⁵³ É importante ressaltar que, à época, havia um entendimento em nível local de que, como condição para que as comunidades terapêuticas recebessem o financiamento do poder público, elas deveriam encaminhar os residentes para que realizassem o acompanhamento biopsicossocial nos CAPS-AD.

⁵⁴ Rui (2014), em sua etnografia com usuários de crack em São Paulo, também identificou a descrição desses períodos como “*inverno*” ou “*hibernação*”.

⁵⁵ As comunidades terapêuticas em que Diógenes internou-se não organizavam nenhuma atividade terapêutica, social ou cultural, além das reuniões de oração e a “*laborterapia*” (que consistia muito mais em uma “*exploração do trabalho*” do que em uma “*terapia pelo trabalho*”).

recuperada sua saúde física, Diógenes voltava para a rua e o ciclo se repetia. Seu período máximo de internação não passou de quatro meses. Nesse retorno, a retomada do uso se dava de forma ainda mais intensa e destrutiva do que antes, agravada também pelos efeitos dos discursos veiculados na comunidade terapêutica, predominantemente moralistas e culpabilizadores, que apregoavam a total falta de controle e autodeterminação dos sujeitos e a abstinência absoluta como único ideal terapêutico, acompanhado das ideias de fracasso e de impotência que constituem o avesso desse ideal, nem sempre fácil de alcançar.

Destacava-se, assim, na vida de Diógenes, o predomínio de uma circulação fechada entre intoxicação, abstinência e recaídas repetitivas. Sua existência via-se reduzida a esses ritmos, seu corpo controlado primordialmente pelo uso e pela urgência da fissura e seus territórios geográficos e existenciais resumiam-se a zonas de uso/vivência de rua, cadeia e comunidade terapêutica. Diógenes encontrava-se preso numa polaridade extremada entre abstinência absoluta e uso intenso – ou tudo ou nada, ou internação ou “inverno” – e a cada “recaída”, essa palavra impunha com mais força o seu sentido de fracasso e impotência, levando a retomadas do uso muito mais graves, destrutivas e suicidárias.

Por um lado, é possível afirmar, com Assoun (2015a), que essa polaridade exprime uma ideologia intrínseca tanto à experiência da adicção quanto ao que se revela à sua saída, na “cura”: o caráter binário e maniqueísta – ou trevas, ou luz; ou derrelicção ou redenção –, que aponta para a “falta de um elo intermediário dialético – traço de insuficiência fantasmática” (p. 96, tradução minha^{co50}). Por outro lado, na perspectiva da inscrição social e coletiva da questão do crack no Brasil, essa polaridade e ritimicidade da vida imposta pela abstinência absoluta ou uso destrutivo revelam as incidências subjetivas das estratégias de tratamento intensificadas e potencializadas pelo pânico moral e social associados à questão do crack: tratamentos morais e higienistas e estratégias reducionistas centradas na

abstinência, na elisão da subjetividade, dos corpos e da cidadania das pessoas que usam o crack.

Além dos sintomas de abstinência e da intensa fissura, as falas de Diógenes no início de seu tratamento também tinham como objeto privilegiado as perdas e prejuízos relacionados à sua trajetória de uso de drogas: perdas financeiras e materiais; perda da capacidade laborativa e produtiva; fragilização ou destruição dos vínculos familiares e afetivos; perdas morais, perda da “*dignidade e do caráter*”; impotência, fraqueza e falta de controle e autodeterminação. Em suas narrativas, todas essas perdas e prejuízos eram atribuídos unicamente aos “poderes” absolutos e destrutivos do crack. É importante ressaltar que, apesar de seu consumo de álcool ser tão massivo quanto o de crack, ele passava despercebido em suas narrativas e interpretações – e, muitas vezes, também nas da equipe do CAPS –, sendo o crack colocado como o protagonista responsável por sua trajetória de perdas, conflitos, degradações e sofrimentos. Diógenes via-se como um doente, “*impotente perante o crack*”, que o havia transformado em um “*monstro*”.

Podemos compreender a posição de Diógenes no início de seu acompanhamento no CAPS como uma desimplicação subjetiva que exprime uma tendência a conferir à própria droga um poder de decidir em seu lugar sua relação com a vida, com o outro, com a morte etc. (Assoun, 2015a). E, ao mesmo tempo, sua posição revela as incidências subjetivas do “dispositivo do crack” e a constituição de determinada “subjetividade craqueira”, fazendo eco às interpretações e narrativas dominantes que erigem o crack como o responsável por inúmeras tragédias individuais, familiares e sociais, pela perda do controle, da dignidade e do caráter, pela transformação de homens em zumbis e monstros, desprovidos de qualquer rastro de humanidade. Percebe-se em suas falas a influência direta da estratégia de tratamento das comunidades terapêuticas, que privilegiam a acentuação dos sofrimentos e aspectos dolorosos da experiência com as drogas (o que fica patente em sua fala na qual explicitou que a dor e o

sofrimento auxiliavam-no a manter-se abstinente, enquanto a alegria e o bem-estar incitavam a recaída), o reconhecimento da perda do controle sobre o uso e o desenvolvimento de uma identidade de “adicto em recuperação”.

Como desenvolvido anteriormente, destacava-se no caso clínico de Diógenes um processo de engendramento, por meio do recurso ao tóxico, de um corpo desancorado da linguagem, de um distanciamento entre corpo e palavra. Diante disso, clinicamente, impunha-se a urgência de reaproximar corpo e palavra, de favorecer o restabelecimento da coalizão entre corpo e linguagem, de introduzir ou reintroduzir um fio que conectasse pensamento, corpo e ato. Na clínica da exclusão, da precariedade e da toxicomania, a posição clínica consiste em apostar na ideia de que o corpo possa se deixar atingir pelo discurso, consiste no engendramento de queixas e narrativas ali onde o corpo invadiu a totalidade do espaço da fala e na construção de um vínculo pacificado entre corpo e linguagem, uma espécie de reapropriação do íntimo pelo sujeito (Benhaïm, 2012).

Podemos considerar que a sociabilidade gerada na comunidade terapêutica, a partilha de experiências e a filosofia dos Alcoólicos Anônimos, a partir do método dos doze passos, em certo sentido, visa favorecer ao usuário de drogas o encontro com a palavra e promover esse reencontro entre corpo e linguagem. Contudo, por essa via, quando o sujeito encontra alguma palavra é sob a forma de um enunciado cristalizado nas fórmulas “sofro de uma doença incurável”, “sou toxicômano”, “sou impotente perante a droga”, “sou adicto em recuperação” (Nogueira Filho, 1999). Como destacado por Rosa (2006), o toxicômano paga sua dívida com a vida ou com o sacrifício do nome. Sua reinserção social

passa pela submissão degradante, pelo fato de se dar por morto ao renomear-se: “sou e sempre serei toxicômano e darei passos pré-determinados”, evidência de sua servidão. Nomeado por seu modo de gozo e submetido ainda

a seu objeto de adoração, eis aí o sacrifício com que o toxicômano se alinha (Rosa, 2006, p. 109).

Paralelamente ao “tratamento” levado a cabo na comunidade terapêutica, a equipe do CAPS procurou disponibilizar para Diógenes um campo de criação permanente do coletivo e de novas sociabilidades, em um contexto não submetido à moral e à “contrafissura” – pelo menos não completamente – que se constituísse como espaço de pertencimento e de novas possibilidades de laços e vivências com o outro. Apesar de todas as falhas, problemas, e deficiências que ela também apresenta, é possível afirmar que, assim como um *Nebenmensch*, a instituição CAPS, com uma atitude “atenciosa”⁵⁶ em relação a Diógenes – e não “portadora de todas as soluções” –, possibilitou alguma forma de ruptura com a trajetória de isolamento e derrelicção na qual ele se encontrava (que também foi ofertada pelas comunidades terapêuticas, é importante lembrar). Possibilitou outra forma de experiência com a linguagem, resgatando sua potência e vitalidade (neste ponto, acredito que as experiências ofertadas pelas CTs aproximam-se mais de uma captura e encapsulamento por meio da linguagem). Possibilitou um outro modo de acesso a si mesmo e de ressonância interna. Ofertou a possibilidade de ressignificar sua experiência com a alteridade e desvinculá-la da “toxicidade” identificada, na tentativa de reconstituir sua estrutura de endereçamento ao outro. Disponibilizou, por fim, a possibilidade de habitar e experienciar seu sofrimento, sem estar completamente sozinho, sem necessariamente ter de recorrer à droga para expulsá-lo de si.

Nesse espaço que ofertava a escuta e a palavra, o estabelecimento de laços, a possibilidade de compartilhamento das experiências e de seu amparo pelo grupo e a possibilidade de elaboração de sua trajetória e sofrimentos, procurou-se desencadear movimentos associativos, relançar as representações e significações engessadas e promover a

⁵⁶ Vale aqui lembrar a importância da carga semântica do termo “atenção” na psicanálise, como desenvolvido na primeira seção do capítulo V.

desconstrução desses enunciados cristalizados, rompendo a consistência das tramas discursivas hegemônicas que referenciavam – e restringiam – a sua pertença e suas possibilidades identificatórias. Em suma, procurou-se trabalhar não com o objetivo de remoção dos hábitos de uso e com o ideal da abstinência, mas com o estabelecimento das condições que permitissem um reposicionamento subjetivo que levasse a uma maior implicação, à experimentação de sucessivas desterritorializações de uma posição subjetiva a outra, para permitir a emergência do sujeito e a tomada da palavra. Para permitir a emergência de Diógenes, e não do “adicto em recuperação”, o “drogado”, o “noia”, o “cracudo”, o “*monstro*”.

Também nesse processo, percebo que a dimensão do corpo foi central para Diógenes: *“Não deixei de lutar e vir ao CAPS, mesmo recaído, mesmo com marcas no meu corpo. Eu briguei e tava ferido e com o olho roxo e vim pro grupo. Tava com marcas no pescoço e vim pro grupo. Fiquei todo roxo porque tive alergia do diazepam e vim pro grupo. Estava sujo, com roupas acabadas e vim pro grupo”*.

Essa fala de Diógenes, enunciada no final do período em que pude acompanhá-lo, revela a importância do vínculo que ele estabeleceu com o CAPS. Ao mesmo tempo, ela revela uma consciência de que seu corpo fala e de que sua visibilidade é interpretada e valorada. Essa fala mostra ainda que, onde a palavra simbólica é destituída, há uma gramática que se escreve na própria pele, por meio das lesões, das feridas, das marcas, da sujeira, do emagrecimento, do definhamento. Como destacado por Lins (2004), o corpo se apresenta ao clínico como um dos primeiros e mais privilegiados elementos semiológicos no qual se inscrevem e se exibem os signos. Trata-se de uma pele-pergaminho que narra sua história através das lesões orgânicas, tecidos mutilados, tatuagens, marcas, sujeira, ressecamento, tremores, emagrecimento. E, não importando o que estava escrito a partir desses signos que

Diógenes enunciou, ele nos disse que se sentia seguro para ir ao CAPS e continuar seu tratamento, sem moralizações, julgamentos ou decepções.

Se a problemática de Diógenes repousava predominantemente no nível do corpo e da sensorialidade, ao serem observadas as movimentações em suas narrativas, percebe-se que também foi pela dimensão do corpo que se operou um deslocamento em sua posição subjetiva. Inicialmente, vemos um corpo que invade completamente o espaço da fala, que só diz das sensações de urgência, da abstinência e da fissura. Pouco a pouco, emerge uma fala que começa a contornar, atingir, dizer e habitar o corpo, simbolizando-o.

Diógenes nos disse “*Tudo que eu tomo vira droga no meu corpo*”. Com essa fala ele deslocou a sua problemática dos “poderes” destrutivos e diabólicos do crack, do seu grande potencial aditivo e desorganizador – posição esta que lhe tornava impotente – e a conduziu para o seu corpo próprio, simbolizado e metaforizado como uma “máquina produtora de drogas”, percebido em sua apetência insaciável e tirana. Não importando a substância que ele introduzisse, fosse o crack, a dipirona ou o veneno com o qual tentou se matar, ela era transformada por seu corpo, que pedia *mais, mais, mais*. Há aqui uma importante mudança na forma como Diógenes se apropriava da droga, nos significados e interpretações que construiu sobre sua relação com o crack. Ora, equiparar a potência do crack à potência da dipirona – ainda que seja uma equiparação simbólica sem correspondência com a realidade farmacológica dessas substâncias – revela, a meu ver, um importante ato subversivo em um contexto marcado pelo “dispositivo do crack”, que alça essa droga a um lugar de substância superpoderosa, diante da qual a potência dos sujeitos é completamente minada. Essa equiparação rompe com o determinismo farmacológico que marca os discursos dominantes sobre o crack e pode ser interpretada como um passo inicial para o resgate de uma potência própria.

Percebe-se, assim, que foi por meio da dimensão de seu corpo e da possibilidade ofertada pelo processo terapêutico de colocá-lo em palavras, de metaforizá-lo e simbolizá-lo, que ele conseguiu atravessar a superfície discursiva dominante sobre o crack, perceber, de forma implicada, sua relação com a droga como um ato singular e introduzir mudanças, ainda que insuficientes, nos fluxos e circuitos de sua vida e em sua maneira de vivenciá-los. Sua boca vazia que pedia mais, mais e mais substância, pouco a pouco pôde se encher de palavras. Foi no período subsequente que Diógenes começou a desenraizar-se de uma posição subjetiva fixa e entrou em um processo genuíno e delicado de reflexão, elaboração e implicação e iniciou um trabalho de rearranjo de representações e afetos, construindo novos sentidos sobre si mesmo, sobre seu corpo, sobre a droga, sobre sua vida, sobre sua relação com sua família, com a alteridade e com os limites, questionou sua necessidade de internações repetidas, adquiriu maior mobilidade física e psíquica.

Contudo, é necessário ressaltar que, ainda que um trabalho terapêutico tenha se efetivado e promovido ganhos e reposicionamentos subjetivos, seus efeitos se mantêm de forma muito frágil, uma vez que não há sustentação pelo campo sociopolítico⁵⁷. A situação de precariedade, marginalização e estigmatização permaneceu a mesma na vida de Diógenes, assim como sua dificuldade de inserir-se no mercado de trabalho e estabelecer vínculos com as principais instituições sociais. Não tenho muitos detalhes sobre sua trajetória a partir de 2015, mas soube por colegas do CAPS que o seu ciclo “uso, abstinência, recaídas repetitivas” havia reiniciado. Mas, acredito eu, tratam-se de repetições que introduzem alguma diferença, algumas linhas de mudança, ainda que aparentemente insignificantes ou imperceptíveis, principalmente se nosso olhar estiver balizado unicamente pelo uso/não uso, abstinência/recaída.

⁵⁷ Esta formulação foi desenvolvida a partir de uma ideia da Profª. Dra. Miriam Debieux Rosa, apresentada em comunicação pessoal.

Capítulo VIII: Corporalidade, crack e processos sociopolíticos

A centralidade e preponderância com que o registro do corpo emergiu no caso clínico de Diógenes impõem-se como um importante problema desta investigação e conduzem-me a dedicar maior atenção e aprofundamento sobre a dimensão da corporalidade e da sensorialidade nas dinâmicas de uso abusivo de crack, a partir de uma interrogação sobre a dimensão sociopolítica do corpo. Os desenvolvimentos e elaborações feitos até o momento permitem observar que se destacou, no caso de Diógenes, certa confluência entre o corpo que é colocado em cena pela operação de intoxicação pelo crack e o estatuto e valor conferidos ao corpo pelo processo sociopolítico de produção da desigualdade social e das situações de precariedade, vulnerabilidade e marginalização.

Diante disso, pretendo analisar de forma mais detida essa articulação revelada pelo caso clínico, examinando as correlações, interações e implicações mútuas entre o corpo e sua pulsionalidade e os processos sociopolíticos que caracterizam os contextos em que o uso de crack irrompe de forma prevalente na sociedade brasileira. Para tal, faço uma incursão nas discussões e conceitualizações do corpo pela teoria psicanalítica e uma rápida passagem pelos debates e teorizações sobre o corpo a partir de algumas perspectivas das ciências sociais. Em seguida, examino a questão do corpo no caso de Diógenes de forma articulada com as incidências subjetivas decorrentes das situações de precariedade e exclusão e discuto a construção social e política de sua corporalidade, destacando os mecanismos de poder, dominação e segregação que nela se inscrevem. Por fim, termino com uma breve reflexão – ensejada pela análise da questão do corpo no caso de Diógenes – sobre o uso de crack e a corporalidade, a partir de uma perspectiva mais ampla e pautada por uma abordagem biopolítica.

VIII. 1. O corpo na psicanálise: alteridade constitutiva e dimensão sociopolítica

A concepção de corpo introduzida por Freud é fundamental para a proposta aqui empreendida e faz-se necessário, neste ponto, resgatar algumas discussões e formulações a esse respeito. Como destacado por Lindenmeyer (2012), o corpo tem uma posição central na construção teórica freudiana sobre o aparelho psíquico, declinando-se sob diferentes formas: o corpo na conversão histérica, o corpo pulsional, o corpo do narcisismo, o Eu-corporal. Ressalto que minha intenção não é apresentar uma revisão exaustiva sobre o vasto campo de debates e produções teóricas que envolvem a abordagem do corpo pela teoria psicanalítica⁵⁸. Ao contrário, meu objetivo é desenvolver alguns pontos levantados pelo caso clínico que, a meu ver, merecem maior atenção – como a relação corpo/linguagem – e, principalmente, pontuar algumas questões que me parecem essenciais para o objetivo aqui proposto de analisar a dimensão do corpo no uso abusivo de crack – partindo das problemáticas acionadas pelo caso clínico – em sua relação com os processos sociopolíticos e com o lugar e valor que são atribuídos ao corpo nas situações de vulnerabilidade.

Nessa perspectiva, além de tangenciar questões incontornáveis para a compreensão do corpo a partir da psicanálise – como a imbricação corpo-psiquismo, o problema dos dualismos, o intrincamento corpo-linguagem – meu principal objetivo ao debruçar-me sobre as concepções psicanalíticas acerca do corpo é encontrar fundamentos e referências que me permitam compreender, a partir das formulações freudianas, a alteridade constitutiva do corpo e sua dimensão sociopolítica. Acredito que o exame da dimensão da alteridade e socialização em jogo no processo constitutivo do corpo tal como o concebe a psicanálise, de forma articulada com algumas concepções de corpo das ciências sociais, abre as

⁵⁸ Se, como destacado por Birman (1998), durante um longo período o corpo na psicanálise passou por uma espécie de esquecimento ou recalçamento pelos modelos teóricos que privilegiavam a tentativa de logificar o sujeito do inconsciente pela via do pensamento ou pela via da linguagem, as publicações psicanalíticas das últimas décadas revelam que o corpo vem ocupando o cenário da teorização psicanalítica de forma central (Fernandes, 2011), conformando um largo campo de discussões, reflexões, debates e querelas.

possibilidades de compreensão da questão da corporeidade no uso de crack em sua intrincada relação com o contexto sociopolítico e cultural.

A psicanálise é inaugurada quando Freud faz os corpos das histéricas “falarem”⁵⁹, quando promove a superação de uma concepção do corpo unicamente anátomo-fisiológica e direciona-se para a compreensão do corpo simbólico, erógeno, fantasmático, corpo da linguagem, da história, do sonho. Como observa Le Breton (2016a), no início do século XX, na medida em que a psicanálise pouco a pouco foi ganhando espaço, ela veio romper algumas das correntes que mantinham o corpo preso sob a égide do pensamento organicista. Segundo o autor, ao revelar a maleabilidade do corpo e o jogo sutil do inconsciente sobre a carne dos sujeitos, Freud operou uma verdadeira ruptura epistemológica que retirou a corporeidade humana da ressaca do positivismo do século XIX.

Desde os “Estudos sobre a histeria” (1893-95/2006), Freud faz do corpo uma linguagem onde se expressam de forma corrompida e distorcida as relações individuais e sociais do sujeito, seus protestos, seus conflitos, seus sofrimentos e seus desejos. Esse é o sentido dos sintomas conversivos histéricos, sintomas simbólicos, expressão dos conflitos psíquicos – atravessados, como venho destacando, pelo meio social e cultural – cuja gramática se expressa predominantemente por meio do corpo. Um corpo mitopoético (Birman, 1998) que subverte o corpo tal como entendido pela anatomia, pela fisiologia ou pela medicina, posto que talhado pelo imaginário popular, de onde são extraídas as imagens e representações do corpo próprio, como bem observou Freud com relação aos sintomas histéricos. Portanto, Freud torna a corporeidade pensável enquanto matéria engendrada e “modelada”, até certo ponto, pelas conjunturas da história pessoal do sujeito, por suas relações familiares e sociais (Le Breton, 2016a) e por sua inscrição na realidade sociopolítica

⁵⁹ No caso da Srta. Elizabeth Von R., ele chega a afirmar que “suas pernas doloridas começaram a ‘participar da conversa’ durante nossas sessões de análise” (Freud, 1893-95/2006, p. 172.) e relata que utilizava suas dores na perna como uma “bússola” para sua orientação no tratamento.

e cultural. Embora Freud não fosse sociólogo, ele apresentou uma sociologia do corpo subjacente à sua teoria, como observa Le Breton (2016a), este sim, cientista social dedicado a abordagens sociológicas e antropológicas sobre o corpo.

Esse aspecto da concepção freudiana da corporalidade pode ser observado se olharmos com atenção, por exemplo, para as dores nas pernas e dificuldades na marcha apresentadas pela paciente de Freud, a Srta. Elizabeth Von R, cujo caso clínico foi apresentado nos “Estudos sobre a histeria” (1893-95/2006). Esses sintomas conversivos, após serem colocados em análise e associação, revelaram uma série de conflitos e desejos inconscientes da paciente: sua íntima relação com o pai e seu papel de principal cuidadora junto ao leito deste, quando ele caíra enfermo (a zona histerogênica foi conformada no local onde ele costumava apoiar a perna ao fazer o curativo); um amor recalçado por seu cunhado e pensamentos sobre a morte de sua irmã, esposa do mesmo; entre outras questões apresentadas por Freud nesse caso clínico.

Se esses conflitos e impasses explicitados acima podem ser considerados mais afeitos às dinâmicas e relações domésticas e familiares, Freud também relaciona os sintomas conversivos da Srta. Elizabeth Von R. a uma problemática – intimamente intrincada às demais – que revela inequivocamente sua articulação com o momento e contexto sociopolítico e cultural: seus conflitos decorrentes de sua “inadequação” aos valores, representações e estereótipos hegemonicamente construídos de feminilidade – era ‘insolente e convencida’, segundo seu pai; seu descontentamento em ser mulher e ter de sacrificar suas inclinações, suas ambições e liberdades; e seus conflitos com a ideia de matrimônio. Problemática e conflitos estes, portanto, fundamentalmente derivados das relações e valores de gênero constituídos social e culturalmente e do paradigma binário e patriarcal da superioridade, ascendência e dominação masculina.

Portanto, desde as primeiras formulações de Freud em que a questão do corpo emerge em suas construções teórico-clínicas – a saber, suas formulações acerca dos sintomas corporais na histeria – é possível apreender que a abordagem do corpo por ele inaugurada torna possível introduzir no cerne da corporeidade as dimensões psíquicas, relacionais, sociais, simbólicas e, inclusive, políticas. E essa concepção engendra reverberações fundamentais para pensarmos sobre a questão da corporalidade com relação ao fenômeno do crack na cena social brasileira, como será discutido adiante.

O corpo como objeto de interesse, apreensão e pesquisa parece constituir um campo epistemológico que nos conduz inevitavelmente a enfrentar, em maior ou menor medida, a questão dos dualismos e antinomias “corpo-mente”, “soma-psiquismo”, “corpo-linguagem”, “abordagens naturalistas - abordagens culturalistas”. A herança filosófica dualista que marca sua caracterização ocidental (Le Breton, 2016b) e a maneira como o corpo foi e é apreendido e abordado por diferentes campos do conhecimento nos enveredam por esses caminhos e nos convidam a problematizar as cisões e polaridades. A cena social e cultural contemporânea igualmente e, quiçá, o corpo ele mesmo como objeto de análise incite essas reflexões e parece resistir a uma apreensão isolada, desvinculada do psiquismo, do social e do cultural, o que em si já é revelador.

Freud também enfrentou e elaborou essas questões e convém apresentar brevemente seu posicionamento no debate sobre o dualismo corpo-psiquismo. Como destacado anteriormente, a partir de suas formulações acerca da histeria e dos sintomas conversivos, Freud mostra que o psiquismo está inextricavelmente imbricado no corpo e nas diferentes manifestações corporais. Todavia, Freud jamais cedeu à ideia de amalgamá-los e de fazer de dois, um (Lindenmeyer, 2012), como o atesta seu debate com Groddeck a respeito da questão corpo-psiquismo (Coblence, 2010; Lindenmeyer, 2012).

Como apontado por Coblenz (2010), Freud recusou terminantemente o monismo proposto por Groddeck, que defendia a ideia de que a distinção entre “espírito” (*âme*) e “corpo” era tão somente uma distinção de palavras, e não de essência. Freud afirma em sua carta a Groddeck que essa abordagem monista é tão mística e arbitrária quanto a ideia de um dualismo dicotômico (Coblenz, 2010). Portanto, embora Freud recuse ou tente superar um determinado dualismo entre corpo e psiquismo que coloca um dos termos na sujeição do outro, a polaridade ou a distinção entre as duas instâncias – corpo e psiquismo – é necessária às suas construções teórico-clínicas e, em certo sentido, é por ele mantida. Como observa Coblenz (2010), Freud não é dualista nem monista, mas propõe “trabalhar em todos os níveis ao mesmo tempo”, como ele afirma em sua correspondência com Pfister, mantendo a tensão entre monismo e dualismo para garantir igualmente certa tensão entre corpo e psiquismo. Não se trata, como destaca a autora, de uma posição intermediária entre os extremos do idealismo filosófico, de um lado, e o reducionismo da medicina fisicalista, de outro, mas de uma posição que coloca em evidência as múltiplas conexões, correlações e processos de ação e transformação entre o psíquico e o somático.

Psiquismo e corpo, portanto, estão indissociavelmente imbricados na concepção psicanalítica, mas não são passíveis de serem tomados um pelo outro ou como uma mesma entidade. Como destacado por Celes (2016), constituem instâncias que devem ser consideradas não como definitivamente separadas, mas “numa continuidade e diferenciação mútua, mas hesitante” (p. 71). Entre o corpo e o psiquismo, há movimentos de interdependência, interação e influências mútuas que se dão nos dois sentidos. É oportuno resgatar aqui a diferenciação desde cedo estabelecida por Freud entre as psiconeuroses e as neuroses atuais. A distinção entre a histeria de conversão e a neurose atual, por exemplo, evidencia com clareza esse trânsito em sentido duplo entre corpo e psiquismo: se a primeira testemunha um “salto misterioso” do psiquismo ao corpo, na neurose atual a mesma fronteira

invisível é atravessada em sentido inverso, a partir de um salto do somático ao psíquico (McDougall, 1974, citada por Coblenz, 2010).

É necessário sublinhar que embora a concepção freudiana não reduza o corpo ao puramente orgânico e anatômico, ela tampouco se desfaz de seus engajamentos, tal como proposto pelas teorias psicossomáticas (Lindenmeyer, 2012). Como propõe Fernandes (2011), se o corpo anunciado pela construção teórica de Freud não se confunde com o organismo biológico, ele se apresenta simultaneamente como “palco onde se desenrola o complexo jogo das relações entre o psíquico e o somático, e como personagem integrante da trama dessas relações” (p. 38). O corpo, portanto, pode ser concebido psicanaliticamente como um lugar: lugar de inscrição do psíquico e do somático (Fernandes, 2011); lugar do qual emerge o pulsional e o próprio meio de alcançar a satisfação; lugar das inscrições fantasmáticas; lugar do infantil (Lindenmeyer, 2006); lugar de expressão e simbolização, lugar de manifestação sintomática e de conflito; lugar erógeno, de prazer e também de sofrimento; lugar de encontro entre Eros e Tânatos (Fernandes, 2011); lugar, por fim, de um teatro em que são encenados diversos conflitos inconscientes, como afirma McDougall (1996), e, igualmente, em que são inscritos diversos processos, conflitos e injunções sociais e políticas – acrescento eu –, mecanismos de poder e dominação, acrescentaria Foucault (1987).

O dualismo corpo-psiquismo desdobra-se em outro dualismo que, por sua vez, também exige problematização, reflexão e análise: a relação entre o corpo, de um lado, e a linguagem, o sentido e a representação, de outro. Como já sublinhado, Freud revelou que o corpo é um lugar de simbolização ou, como apontado por Fernandes (2011), que o corpo adquire um valor simbólico quando sua realidade biológica é colocada em um sistema significante. O corpo em psicanálise, portanto, é revestido de uma operação de linguagem, de representação e de sentido; ele é habitado pela pulsão e pela linguagem e é da relação da

palavra com o corpo que o psicanalista se ocupa principalmente, como observa Fernandes (2011). Não obstante, impõe-se a questão: a simbolização, o sentido, a linguagem e a representação esgotariam o problema do corpo em psicanálise? Ou, como questionado por Celes (2016): a concepção do corpo na psicanálise é limitada ao corpo simbólico ou simbolizado, restrita ao corpo como suporte de sentidos e significações? Retomando o caso clínico de Diógenes, não é justamente uma problemática do corpo para além da linguagem e da simbolização, que desafia ou escapa à lógica da linguagem e do sentido, que ele coloca em cena a partir do uso abusivo de crack e álcool?

É inquestionável que o corpo é compreendido, na psicanálise, como um corpo recoberto e atravessado pela linguagem, pelo sentido, pelo simbólico, pela fantasia, pela imagem psíquica que dele se faz (Celes, 2016) e pelo trabalho psíquico que ele exige (Fernandes, 2011; Celes, 2016). E essa é uma das grandes contribuições da psicanálise, que promoveu, inclusive, uma importante ruptura epistemológica na concepção de corpo, como já sublinhado.

Igualmente inquestionável é a relevância desse atravessamento e tomada do corpo pela linguagem, fundamentando a confiança e o otimismo da psicanálise com relação à linguagem, como destaca Celes (2016), apoiando-se em Kristeva. Como apontado por Celes (2016), a linguagem socializa o corpo e possibilita sua presença discursiva diante do outro, dando sentido, viabilizando a comunicação e o direcionamento à alteridade. Ela engendra a erótica do corpo dirigida ao outro, mas também sua autoerótica, ao mesmo tempo que a limita e contém. A linguagem nomeia o corpo segundo uma gramática que abusa dele mesmo. Constitui-se, por fim, como recobrimento e revestimento, como “pele significante”. Ademais, ressalta o autor, a linguagem também se impõe ao corpo negativamente, em sua forma limitadora. Ela impede a livre disposição do corpo pela pulsão; desfaz a vivência em sentido; controla e dá vias de representação ou vias de satisfação em fantasia ao livre

desenvolvimento da pulsão sexual em busca de prazer; transforma a satisfação pulsional em desejo pelo prazer que falta, “rompe a linha do gozo e até mesmo este, além do prazer, torna-se ou se faz palavras” (Celes, 2016, p. 9). E, “no limite, porque socializa e faz circular, a linguagem bloqueia a morte – num entendimento ligeiro da pulsão de morte” (Celes, 2016, p. 9).

Todavia, a despeito da importância e centralidade da linguagem para a concepção psicanalítica do corpo, faz-se necessário examinar também as possibilidades de compreensão do corpo para além – ou aquém – da lógica da linguagem, da representação e do simbólico, se não quisermos negligenciar determinadas dimensões da corporalidade que escapam à apreensão por essa lógica. Principalmente no campo clínico sobre o qual esta tese se debruça, em que a dimensão do corpo se faz presente de forma pregnante e destacável e em que a operação tóxica de recurso ao crack vem problematizar essa relação corpo-linguagem, colocando em cena dimensões da corporalidade não necessariamente vinculadas a um sistema de representação e significação, como evidenciado pelo caso clínico de Diógenes.

É importante ressaltar que, mesmo tendo privilegiado o corpo da representação e da linguagem, Freud nunca o submeteu exclusivamente ao reinado da pura representação e sentido (Fernandes, 2011). Desde o início de suas construções teóricas, quando enfatiza a distinção entre as psiconeuroses e as neuroses atuais, Freud abre a possibilidade de se pensar o corpo não somente na lógica da simbolização e da representação – lógica esta evidenciada pela histeria – mas igualmente na “lógica do transbordamento”, colocada em evidência pelas neuroses atuais, em que o sintoma corporal pode ser compreendido como uma descarga, um excesso que, atravessando o aparelho psíquico, não se organiza necessariamente a partir da lógica da representação, como apontado por Fernandes (2011).

Outro ponto no movimento de construção do pensamento freudiano que se mostra central para a compreensão do corpo pela psicanálise diz respeito à introdução do conceito de

narcisismo, que sustenta a ideia de que o sujeito toma seu próprio corpo como objeto de investimento libidinal e propõe a noção de um corpo unificado e identificado ao lugar de “si mesmo”. Deriva daí a célebre frase de Freud, enunciada em “O Ego e o Id” (1923/2006), que afirma que o Eu é “primeiro e acima de tudo, um Eu corporal” (p. 39), o que evidencia a articulação cerrada entre corporeidade e subjetividade e nos permite pensar, seguindo Birman (1998), que o sujeito é fundamentalmente corpóreo; ele não *tem* um corpo, mas *é* um corpo. Não obstante, faz-se necessário evocar uma advertência metodológica colocada por Celes (2016) sobre a importância de assumirmos o cuidado em evitar qualquer confusão que conduza a tomar o Eu no lugar do corpo – sob o risco de perder o próprio corpo de vista –, mesmo que as fronteiras que os distinguem e separam sejam tênues e imprecisas, mesmo partindo da ideia de que Eu e corpo não podem ser definitivamente separados.

Como destaca Celes (2016), o estágio descrito por Freud como narcisismo possibilita alcançar a questão do corpo, não somente pelo Eu-corporal que aí se anuncia, mas pelo próprio narcisismo enquanto estágio do desenvolvimento libidinal, na medida em que ele revela a integração do corpo como “organismo total” de prazer, como “vivência corporal de prazer” e revela, também, que é no corpo que o investimento libidinal primeiro se faz presente (Celes, 2016). Além disso, a hipocondria, uma das três manifestações que, segundo Freud (1914/2006), permitem o acesso ao narcisismo (a doença orgânica, a hipocondria e a vida amorosa) – pois opera um retorno da libido ao corpo próprio –, coloca em evidência de forma clara a presença do corpo erótico, não submetido completamente aos sistemas de linguagem e representação. Como apontado por Celes (2016), na hipocondria, o excesso de excitação acumulada se manifesta diretamente como sofrimento, sem utilizar-se das vias psíquicas de escoamento da excitação; há uma renúncia ao psiquismo como meio mais adequado de descarga pulsional e o circuito de extinção permanece eminentemente corporal, precipitando-se sobre um órgão.

Mesmo que pareça um tanto evidente, é fundamental deixar ainda mais claro que, embora se constate – teórica e clinicamente, como o mostra o caso de Diógenes – que o corpo em psicanálise não se esgota na lógica da linguagem e do simbólico e que ele se faz presente para além ou para aquém da representação, com menor mediação psíquica, não é possível mutilá-lo da dimensão da palavra e do sentido ou cindi-lo de sua ligação essencial com o psiquismo. Assim como o psiquismo não pode ser apreendido se excluído de sua vinculação com o corpo. Cabe aqui a sugestão de Celes (2016) de que “o corpo é psíquico” e o “psiquismo é corporal”.

Por fim, para concluir este percurso sobre a concepção psicanalítica acerca do corpo, destaco a dimensão fundamental de alteridade e socialização na qual o corpo está inscrito, desde os primórdios de sua constituição. Como sugerem Birman (1998) e Fernandes (2011), cada um a seu modo, a alteridade é um elemento central na abordagem específica do corpo enunciada pelo discurso freudiano, que se desenvolveu a partir da histeria e do sonho em uma complexidade que vai da pulsão ao ego corporal.

A ideia de que “do corpo nasce o psiquismo” (Celes, 2016) ou, nas palavras de outra autora, de que “o psiquismo é corporal, pois seu nascimento e o que o anima o são” (Coblence, 2010, p. 1289, tradução minha^{co51}), conduz, mais uma vez, à situação original do desamparo radical que marca a entrada do sujeito no mundo de forma inacabada e prematura. Essa situação revela que, não somente a constituição do sujeito psíquico, mas a própria constituição do corpo (e não do organismo), só se efetiva a partir da relação com o outro, a partir desse encontro com o *Nebenmensch*, nomeado por Laplanche de “situação antropológica fundamental” (conforme citado por Coblence, 2010).

Nesse estado originário de desamparo, o recém-nascido é referido por Freud como um “organismo humano”, mergulhado em sensações corporais, em excitações que o assaltam e provocam desprazer e diante das quais só consegue reagir por vias de descarga

eminentemente corporais e motoras – choro, gritos, movimentos, agitações motoras, inervações vasculares. Não é possível, portanto, identificar essa experiência originária a uma vivência propriamente psíquica, mas a funções somáticas, vivências sensoriais e táteis, ritmicidades sonoras e experiências motrizes. Vivências fundamentalmente corporais que marcam a origem de todo sujeito, embora tampouco se possa falar ainda propriamente de corpo como uma entidade unificada, delimitada e diferenciada. Portanto, o psiquismo se constitui a partir de um estado primordialmente corporal, ele “nasce do corpo” ou, mais precisamente, ele se constitui a partir de dois corpos: o do recém-nascido e o do outro maternal (ou *Nebenmensch*) sem distinções, inicialmente, entre um e outro (Coblence, 2010).

Portanto, é o *Nebenmensch*, com seu corpo e o prazer que nele pode experimentar em contato com o corpo do bebê (Aulagnier, 1979), que desencadeia os processos fundadores para a constituição do corpo, do psiquismo, do sujeito em sua inextricável imbricação corpo-psiquismo. E, como já sublinhado, esse papel fundador e constitutivo do *Nebenmensch* não se deve somente ao fato de ele promover as ações necessárias para a garantia da conservação da vida. Considero que já foi devidamente explicitado na parte II desta tese que é o encontro com o *Nebenmensch* que possibilita ao recém-nascido a saída da solidão, a estrutura de um endereçamento ao outro, o processo de constituição de uma intimidade própria, a entrada na linguagem e no campo simbólico.

Entretanto, resta ressaltar um aspecto fundamental para a compreensão da importância do outro no processo constitutivo do corpo: é o investimento libidinal do *Nebenmensch* – ou do outro maternal – nesse “organismo humano” desamparado que, interpretando os sinais do corpo do bebê e nomeando suas partes numa relação de prazer, instaura as possibilidades de que este conheça a existência do próprio corpo e nele experimente os prazeres parciais, o que, mais tarde, vai possibilitar que ele conceba o seu corpo como espaço unificado (Aulagnier, 1979). Portanto, esse outro próximo constitui, como destacado por Fernandes (2011), o polo

investidor que transforma o corpo biológico em um corpo erógeno e estabelece as condições para que o corpo ainda não delimitado do recém-nascido – o “organismo humano em sua origem”, nas palavras de Freud (1895/2006) – se torne um corpo próprio e unificado, habitado pela linguagem e pelo sentido, um corpo simbolizado.

Portanto, é possível afirmar que o corpo, tal como o concebe a psicanálise, é um corpo fundamentalmente constituído pela alteridade, construído a partir de um “laborioso trabalho resultante do encontro essencial com o outro”, derivado dos “riscos do confronto entre a alteridade e a ausência” (Fernandes, 2011, p. 125). É essencial destacar que, como muitos dos processos e estágios da constituição subjetiva descritos por Freud, essa situação originária de desamparo radical que marca a inexorável dimensão de alteridade do corpo não deve ser compreendida como um momento circunscrito no tempo que se finda e é absolutamente superado. Ao contrário, trata-se de uma condição que deixa marcas e restos, que perdura e é continuamente reatualizada, ainda que de modo deslocado ou transformado. E o corpo, tampouco de uma vez por todas constituído e acabado, carrega essa inscrição da alteridade em seu contínuo processo de constituição e engendramento ao longo da vida dos sujeitos.

VIII. 2. A materialidade discursiva, social, simbólica e política do corpo

Essa concepção psicanalítica do corpo que possibilita pensá-lo como fundamentalmente determinado e marcado pela alteridade e como um lugar no qual se inscrevem a história do sujeito, seus desejos, impasses, fantasias, relações familiares e sociais e, igualmente, diferentes determinações, conflitos e injunções sociopolíticas, abre-se para uma aproximação e conjugação com algumas considerações e debates sobre o corpo oriundos de teorias sociais e da filosofia política, que se mostram bastante produtivas para pensarmos

na questão da corporalidade no uso abusivo de crack a partir da perspectiva proposta neste estudo.

Assim como na teoria psicanalítica, a apreensão, compreensão e esforços de teorização sobre o corpo no campo das ciências sociais se mostram complexas e problemáticas e produzem uma série de desafios, debates e controvérsias, revelando que o corpo é um objeto ou um referente ambíguo, evanescente, indeciso (Le Breton, 2016b) e evasivo (Butler, 2002). Como afirma Butler (2009) ao falar de seu processo de pesquisa e teorização sobre o corpo, este parece resistir em ser apreendido e fixado como um objeto de um pensamento simples e, invariavelmente, envia em direção a outros domínios e aponta para além de suas próprias fronteiras, o que, segundo a autora, mostra ser uma característica essencial do próprio “objeto corpo”.

No mesmo sentido, Le Breton (2016b) sugere que o corpo, embora pareça evidente, constitui um objeto de complexa apreensão: “ele nunca é um dado indiscutível, mas o efeito de uma construção social e cultural” (p. 16); o corpo “é uma construção simbólica, não uma realidade em si” (p. 15). Como apontado por Vargas (2001), essa compreensão alinha-se às “perspectivas culturalistas” dos esforços de apreensão e teorização sobre o corpo nas ciências sociais, marcadas pela ênfase dada à leitura dos corpos como construções sociais e pela mobilização de diferentes codificações simbólicas. Vargas (2001) destaca que, na organização dicotômica que marca o campo de abordagens e teorizações sobre o corpo nas ciências sociais, além das “perspectivas elusivas” – que obliteram o corpo e sequer o tomam como uma questão problematizável –, essas “perspectivas culturalistas” opõem-se às “perspectivas naturalistas”, que privilegiam a materialidade dos corpos e compreendem os processos sociais a partir de sua submissão a imperativos universais e determinados pela natureza.

Segundo o mesmo autor, as “perspectivas culturalistas” apresentam o inquestionável mérito de recusar qualquer reducionismo materialista do corpo a objetos naturais biologicamente determinados e de enfatizar que os corpos são o resultado de construções sociais e são tributários do plano imaterial do simbolismo. Contudo, em sua pesquisa sobre corporalidade e uso de drogas, Vargas (2001) chama a atenção para alguns riscos e inconvenientes implicados nessas abordagens que evidenciam a dimensão simbólica e social da questão da corporalidade, na medida em que podem reproduzir uma partição dicotômica entre “natureza” e “cultura” e podem resultar na obliteração de muitos processos que se desenvolvem com a materialidade dos corpos e que, embora também sejam simbólicos, não se esgotam exclusivamente de um lado ou de outro dessa divisão, como é o caso do consumo de drogas, segundo o autor.

Dessa forma, alinho-me aqui à sugestão de Vargas (2001) ao enfatizar que, para restituir a complexidade à questão do corpo e evitar reducionismos ou elisões, faz-se necessário desembaraçar-se das partições dicotômicas que tendem, de um lado, a reduzir os corpos a um organismo material e individual e, de outro lado, a reduzi-lo a representações mentais, “suportes de símbolos” ou “portador de significações sociais”, “como se o corpo, sendo também uma ideia, também fosse apenas uma ideia” (p. 539). Portanto, segundo Vargas (2001), um posicionamento mais produtivo e adequado à problemática do corpo – e, notadamente, em sua articulação com o consumo de drogas – consiste em considerar de forma estreitamente enodada os processos de “incorporação e subjetivação” relacionados ao uso de drogas, colocar em questionamento as partilhas dicotômicas e levar em consideração tanto a dita “materialidade” quanto a dimensão simbólica e social da corporalidade. Nesse sentido, Vargas (2001) ressalta a importância de atentar-se para o que se passa *entre* essas diferentes dimensões, nas “zonas intersticiais”, onde o “sujeito é incorporado” e o “corpo é

subjetivado”, onde as demarcações entre “corpos” e “sujeitos” e entre “material” e “simbólico” tornam-se tênues e pouco nítidas (p. 539).

Além disso, convém evocar algumas considerações de Butler (2004) que também vêm problematizar a separação e oposição entre “corpo e matéria”, “corpo e linguagem”, “corpo e psiquismo”, mostrando que a relação entre esses dois termos em seus diferentes desdobramentos é, a um só tempo, de discordância e inseparabilidade. Apesar de desmoronar qualquer distinção absoluta e opositiva entre “corpo e linguagem” – bem como entre “corpo e psiquismo” e “corpo e matéria” – Butler (2004) não propõe a ideia de que essas dimensões formam uma unidade simples, mas, tomando de empréstimo a concepção de Shoshana Felman, sugere que elas estabelecem uma correlação discordante e inseparável.

Embora sustente que a própria materialidade dos corpos é social, cultural, simbólica e discursivamente construída, Butler (2002) afirma igualmente que isso não equivale a dizer que ele é apenas e sempre construído; “há um limite à construtividade, um lugar, por assim dizer, onde a construção necessariamente encontra esse limite” (p. 158). A complexidade do corpo, portanto, não é passível de ser reduzida à simples construção, mas, como aponta Butler (2009), pensar o corpo como construído exige repensar a própria significação de construção. Não obstante, o mais importante para os propósitos deste estudo é sublinhar, com Butler (2002), que os discursos habitam e se acomodam em corpos, significando-os e materializando-os; “os corpos na verdade carregam discursos como parte de seu próprio sangue” (p. 163) e ninguém pode viver sem ser, de algum modo, carregado pelo discurso. Por conseguinte, como sugerido pela mesma autora, não é possível distinguir, de um lado, uma construção discursiva e, de outro, um corpo vivido.

Explicitados os imbrólios, controvérsias, paradoxos, desafios e dificuldades que atravessam a problemática da corporalidade, reitero que se mostra essencial para a compreensão do fenômeno contemporâneo relacionado ao uso de crack no Brasil a concepção

de que o corpo é também (e não apenas) uma construção discursiva, simbólica, cultural e social, que constitui uma materialidade na qual se inscrevem múltiplos conflitos sociais e políticos e diversos mecanismos de poder e dominação. Se é fundamental, como sugere Vargas (2001), assumir o cuidado de não elidir determinados aspectos da corporalidade e atentar-se para os movimentos intersticiais que se dão entre suas diferentes dimensões, observa-se que nos discursos e narrativas dominantes sobre o crack é exatamente essa dimensão simbólica, sociopolítica e cultural que é sistematicamente negada, obliterada ou invisibilizada em face da hipervisibilização ou hiperdimensionamento da ação da substância química sobre o “organismo” humano, da concepção de sua rápida e potente ação sobre o sistema nervoso central que comprometeria a “materialidade cerebral” e produziria uma doença crônica.

Portanto, as narrativas hegemônicas, reducionistas e estigmatizantes a respeito do crack, chanceladas amplamente pelo discurso médico e psiquiátrico, alicerçam seus argumentos morais e desvalorativos na potência da substância química e em seus “efeitos materiais” sobre um organismo mutilado de qualquer dimensão simbólica e social. Para romper com essas narrativas, considero que é de fundamental importância resgatar e reafirmar essa dimensão da corporalidade enquanto uma construção social e simbólica, e lembrar, com Butler (2016), que mesmo a própria materialidade e ontologia do corpo são discursivas, sociais e políticas:

Não é possível definir primeiro a ontologia do corpo e depois as significações sociais que o corpo assume. Antes, ser um corpo é estar exposto a uma modelagem e a uma forma social, e isso é o que faz da ontologia do corpo uma ontologia social. Em outras palavras, o corpo está exposto a forças articuladas social e politicamente, bem como a exigências de sociabilidade – incluindo a

linguagem, o trabalho e o desejo –, que tornam a subsistência e a prosperidade do corpo possíveis (Butler, 2016, p. 16).

VIII. 3. O corpo de Diógenes: crack, exclusões, vulnerabilidades, violências e discursos

Esse modo de abordar o corpo e sua materialidade como uma produção discursiva, simbólica, social e política, conjugada à concepção psicanalítica de corpo desenvolvida anteriormente, que introduz em seu cerne uma dimensão constitutiva da alteridade e da inscrição sociopolítica e cultural, possibilita corroborar a ideia já esboçada de que a corporalidade específica evidenciada no caso clínico de Diógenes não é consequência exclusiva, simples e direta do uso massivo e contínuo de crack e álcool. Tampouco se trata aqui de negar os efeitos da ingestão continuada dessas substâncias sobre a corporalidade, mas articulá-los com outros fatores que se mostram igualmente relevantes. Portanto, é possível afirmar que, de forma associada aos efeitos do uso intensivo e prolongado da substância química sobre o corpo e sobre as dinâmicas pulsionais, inscrevem-se também as incidências subjetivas e os efeitos sobre as formas de vivenciar e habitar o corpo – e, portanto, constituí-lo e reconstruí-lo continuamente – decorrentes das situações de marginalização e vulnerabilidade, em que os sujeitos são lançados aos confins do laço social e não são reconhecidos em sua dignidade de corpo simbólico.

É importante destacar que não suponho ou pretendo encontrar relações de causalidade ou de temporalidade (o que vem antes?) entre, de um lado, as particularidades do corpo que é engendrado a partir do uso abusivo e prolongado de crack e, de outro lado, o estatuto e valor atribuídos ao corpo nos contextos sociopolíticos marcados pela precariedade e exclusão, bem

como as incidências sobre a corporalidade decorrentes dessas situações. Interessa-me, antes, apontar suas complexas articulações, imbricações e potencializações mútuas.

Como explicitado pela análise do caso clínico, Diógenes apresentava uma pregnância da dimensão corporal e um hiperinvestimento na exploração da sensorialidade por meio do recurso à operação tóxica, que instaurou novos ritmos e regulações corporais e promoveu alterações significativas em sua economia somática e pulsional, na sua condição erógena e na sua relação com a linguagem, com a alteridade e com o mundo externo. Também o seu mal-estar, conflitos, sofrimentos e impasses eram expressados de forma preponderante por uma urgência física pela droga que, em sua própria compreensão, era determinada por seu corpo, regulado pelo uso e pela fissura. Foi desenvolvido que sua estratégia tóxica repousava predominantemente sobre a dimensão da corporalidade e da sensorialidade, sobre uma certa forma de regulação química do mal-estar diretamente sobre o corpo próprio, apontando para uma menor mediação psíquica, para uma renúncia das vias psíquicas como meio adequado de descarga pulsional e de elaboração e para uma fragilidade das representações, das formações simbólicas e da linguagem. Destaquei a constituição e emergência de um corpo marcado pela tentativa, através de um curto-circuito pulsional, de ser vivenciado como pura sensação e desancorar-se do simbólico, da linguagem, do laço social, dos conflitos, dependências e limites.

Como desenvolvido no capítulo V, a precariedade, a exclusão e o enfraquecimento da participação no laço social podem engendrar uma retração psíquica e uma “desertificação das representações”, um enrijecimento gradual das possibilidades de conflitualização, antecipação e elaboração psíquica, estabelecendo outras formas de enodamento entre corpo e palavra e uma nova relação do sujeito com sua economia somática. Foi destacado também que a dessimbolização do corpo dos indivíduos radicalmente excluídos da troca e do pacto social pode produzir uma degradação progressiva do corpo, corpos catastróficos, cortados por

feridas e automutilações, marcados pela destrutividade. Também sublinhei que, nessas situações, o corpo pode tornar-se o lugar privilegiado da expressão pulsional em pane de representações (Douville, 2012c) e pode haver uma preponderância da dimensão sensorial e corporal de forma associada a uma fragilidade da linguagem e do trabalho psíquico. Em suma, faz-se evidente que, nas especificidades apresentadas por Diógenes com relação à dimensão corporal, aos efeitos do uso prolongado de crack articulam-se e emaranham-se as incidências sobre o corpo e sobre a subjetividade decorrentes das situações de vulnerabilidade e exclusão.

Portanto, percebe-se de forma cada vez mais consistente com relação ao caso de Diógenes que a organização de sua subjetividade primordialmente em torno da corporalidade e as particularidades engendradas em relação à imbricação corpo-psiquismo estão articuladas de forma cerrada e inextricável à sua posição social e ao lugar e valor atribuídos aos corpos e aos sujeitos precariamente situados no campo social. Se, como afirma Butler (2002), a constituição dos corpos depende das forças sociais e políticas às quais estão expostos, das condições em que eles são apreendidos e das possibilidades de serem reconhecidos e legitimados socialmente, destaca-se que a ancoragem maciça da existência de Diógenes sobre o corpo converge com a forma com que os sujeitos das classes mais desfavorecidas são apreendidos de forma dominante no Brasil, reconhecidos ou desprezados unicamente como corpo-organismo, força muscular, sem afeto, sem desejo, sem capacidades psíquicas.

Como apontado por Tiburi e Dias (2013), retomando afirmativa de Le Breton, em face da precariedade e do empobrecimento dos sistemas sociais, o corpo é o que resta ao sujeito, ao qual ele pode agarrar-se como fonte de certeza. Ou ainda, com Douville (2012c), o corpo torna-se um dos poucos territórios do sujeito, seu único “bem psíquico”. Ademais, se Diógenes operava certa dessimbolização de seu corpo por meio da estratégia tóxica, é necessário lembrar que, no estatuto e valor que são socialmente atribuídos ao seu corpo,

tampouco há o reconhecimento de um corpo simbólico e legítimo, mas de um corpo-organismo, um corpo-força muscular e, no limite, um corpo-resto, ou um corpo-abjeto, como propõem Butler (2002 e 2009) e Rui (2014).

Compreende-se, assim, que essa pregnância ou “excesso” da dimensão corporal apresentada por Diógenes não se restringe aos efeitos da ingestão continuada de crack e álcool, mas está intimamente articulada ao contexto sociopolítico no qual ele se inscreve. Compreende-se igualmente que seu corpo foi constituído e talhado por uma história atravessada por vulnerabilidades, pela fragilização de sua inscrição no campo social, por violências (cometidas e sofridas) e marginalizações, por vivências de rua e por sucessivas passagens por situações em que teve sua liberdade restringida, seja em prisões ou nas internações em comunidades terapêuticas. Como o mostra Le Breton (2016b), em situações extremas como essas e nas experiências-limite das prisões, privações de liberdade, confinamentos, deportações, campos de concentração – às quais podemos acrescentar a vida nas ruas e as situações de precariedade acentuada e exclusão –, o corpo se dá a sentir com uma insistência e exigência que diferem acentuadamente da vivência corporal no cotidiano dos sujeitos ocidentais.

Segundo Le Breton (2016b), na vida cotidiana, o corpo se mostra de forma mais silenciosa e circunspecta, a partir da lógica do claro-escuro, da presença-ausência, a não ser que uma doença, acidente ou outro evento insólito venha perturbar essas condições. Já nessas situações extremas, ao contrário, o corpo torna-se ruidoso e muito presente, suas incessantes pulsações não passam em silêncio e a consciência dos sujeitos concentra-se em sua carne e em suas condições corporais, tal como no caso de Diógenes. Nas palavras de Le Breton (2016b), o corpo fica “submetido a uma espécie de autonomia, lugar geométrico de todas as servidões e de todos os sofrimentos” (p. 117); “a vida do corpo invade toda a vida” (p. 120).

Portanto, mais uma vez com Butler (2016), é possível afirmar que o corpo engendrado e colocado em cena por Diógenes relaciona-se com o não reconhecimento de sua vulnerabilidade constitutiva e com sua exposição a condições precárias sociopoliticamente induzidas. A constituição e a materialidade do corpo de Diógenes foram condicionadas pela exclusão desse mesmo corpo, operada pelos enquadramentos normativos que endossam a ideia dos corpos e vidas que são dignos de proteção, amparo, subsistência e luto e estabelecem de antemão qual tipo de vida é digna de ser vivida, qual vida é digna de ser preservada e qual vida é digna de ser lamentada. O corpo de Diógenes, posto de fora desse enquadramento, aparece como a exterioridade constitutiva, como o resto e o excluído que persegue e assombra a própria constituição dos “corpos que contam”, dignos de vida, cuidado e lamentação (Butler, 2009). Talvez seja esse um dos motivos pelos quais os corpos dos “craqueiros” provocam tanto incômodo e repulsa.

O caso clínico de Diógenes revela, então, que a organização sociopolítica, seus conflitos e desigualdades, as violências, segregações e abandonos com relação a determinados segmentos da sociedade e seus variados mecanismos de poder e dominação se infiltram através da espessura viva dos sujeitos (Le Breton, 2016b) e literalmente incorporam-se, tornam-se corpo, sangue, carne, sensações, pulsionalidade, “técnicas corporais” e usos diversos do corpo. Contudo, é necessário ressaltar que os corpos dos sujeitos não são simples objetos passivos sem nenhuma ação ou poder, não são meras superfícies lisas nas quais se inscrevem as forças, injunções e significados sociais.

A análise da dissidência tóxica organizada por Diógenes como uma estratégia de resistência à trajetória e lugar que lhe foram socialmente atribuídos, como uma recusa ao aproveitamento alheio de seu corpo e como uma estratégia de subjetivação – organizada em torno do corpo – diante de um contexto em que impera um processo estrutural de dessubjetivação dos indivíduos revela, ao contrário, que o corpo sofre, é exposto, marcado,

materializado e condicionado pelos processos sociopolíticos e pelas dinâmicas de poder, mas, ao mesmo tempo, responde, interage, resiste e desafia. Como destacado por Butler (2009), a materialização dos corpos não é jamais completamente estável e acabada e os corpos nunca se conformam completamente às normas que lhe impõem sua materialização. A construção social e política dos corpos se desenvolve no tempo pela reiteração das normas e processos e, nessa própria reiteração, há instabilidades, falhas, fissuras, algo que escapa ou excede e que abre a possibilidade de desconstrução e de crises potencialmente produtivas no cerne dos contínuos processos de rematerialização dos corpos (Butler, 2009).

Por fim, se os discursos habitam corpos e se a materialidade dos corpos é marcada e constituída por práticas discursivas, que os objetivam numa escala de valores e atributos, é importante interrogar os efeitos sobre os corpos decorrentes dos efusivos e consistentes discursos em torno do crack na sociedade brasileira contemporânea, bem como da trama de estratégias, intervenções, práticas e políticas que a eles se relacionam, como desenvolvido pela ideia de “dispositivo do crack”. Dentre várias outras, destaco algumas perguntas que me parecem incontornáveis para esta reflexão, mais do que as próprias respostas, que só podem ser tecidas no caso a caso: quais os efeitos produzidos sobre os corpos de sujeitos que são alvo de um discurso que os desumaniza e descreve como zumbis? Quais as incidências sobre a imagem e vivência corporais de sujeitos que são narrados de forma predominante como lixo, doença e degradação humana? Como se materializam e se presentificam corpos que são alvo de extrema hostilidade e desejos de morte e eliminação? Quais são os efeitos produzidos na dimensão corporal pelos discursos que veiculam a superpotência imediata e avassaladora do crack e a impotência dos sujeitos?

No caso específico de Diógenes, restringindo-me apenas aos efeitos mais diretos e evidentes, percebe-se que o ideal terapêutico da completa abstinência e a ideia de que “para usuário de crack somente internação funciona” relacionam-se com processos destrutivos e

suicidários voltados contra seu corpo ao deparar-se com o contínuo fracasso em alcançar esse ideal e com uma necessidade de sucessivamente prender seu corpo em comunidades terapêuticas, com todos os efeitos desse confinamento sobre a vivência corporal já sublinhados anteriormente. Também foi possível identificar os efeitos dos discursos hegemônicos sobre o crack na ritmicidade de seu corpo organizada sobre a polaridade “abstinência total – uso intenso e abusivo”, bem como sobre o circuito de seus territórios geográficos e existenciais reduzidos à vivência de rua, cadeia ou comunidade terapêutica. Além disso, é possível afirmar igualmente que os discursos dominantes sobre o crack têm participação direta na concepção que ele fazia de seu corpo como um corpo adoecido e completamente “fissurado”, que o transformava em um monstro e diante do qual seu psiquismo, sua vontade e seu controle se mostravam impotentes. Ao mesmo tempo, destaca-se também que foi por meio de um processo delicado e paciente de colocação do seu corpo em palavras, de associação do seu corpo a um sistema simbólico e a possibilidades metafóricas, que Diógenes começou a operar uma ressignificação de sua relação com o crack, que foi destituído do lugar ao qual ele é alçado pelos discursos dominantes e perdeu algo de sua onipotência destrutiva e demoníaca.

VIII. 4. Crack, corpos e biopolítica: mesmas histórias?

Analisar a dimensão corporal de Diógenes em sua estreita conexão com o contexto sociopolítico convida-me a fazer uma reflexão sobre a problemática do corpo em relação ao uso abusivo de crack, a partir de uma perspectiva mais ampla, estendendo-a para as “mesmas histórias”. Considero que o mais interessante para essa reflexão – e para a finalização desta tese – é analisar a questão da corporalidade a partir de uma perspectiva biopolítica, a partir da ideia de que o corpo está “diretamente mergulhado num campo político” e de que as relações

de poder e dominação “têm alcance imediato sobre ele; elas o investem, o marcam, o dirigem, o supliciam, sujeitam-no a trabalhos, obrigam-no a cerimônias, exigem-lhe sinais” (Foucault, 1987, p. 29).

Como sugere Rui (2014), a relação extrema e radical estabelecida com o crack é, ao mesmo tempo, produto e produtora de uma corporalidade em que ganha destaque a abjeção, que não é interpretada pela autora como um atributo dos próprios sujeitos, mas como percepções controversas, simbólicas e morais lançadas sobre eles por outras pessoas e, acentuadamente, acrescento eu, pelos discursos dominantes que caracterizam o “dispositivo do crack”. É essa corporalidade abjeta que, segundo Rui (2014), radicaliza a alteridade, materializa um tipo social fundado a partir da exclusão e evoca limites corporais, sociais, espaciais, simbólicos e morais, impulsionando, igualmente, gestões assistenciais e policialescas que objetivam recuperá-lo ou eliminá-lo. Portanto, Rui (2014) sublinha que a corporalidade abjeta é a materialização e o lócus em que se condensam as imbricadas relações entre o uso da substância química, as percepções corporais, a construção da pessoa, as ações assistenciais e repressivas, as intervenções políticas, os esforços normativos e disciplinadores, a violência e as territorialidades, tidas igualmente como abjetas.

Percebe-se, portanto, que vários dos discursos, representações, estratégias, intervenções e medidas que compõem a trama do “dispositivo do crack” rebaixam os usuários não apenas a simples corpos, mas a corpos abjetos e repulsivos. E, convivendo (ou ameaçando?) com as estratégias fundamentadas nos princípios da reforma psiquiátrica, no modelo psicossocial de atenção e cuidado e na política ampliada de redução de danos, vemos que as estratégias morais, repressivas e higienistas para lidar com o fenômeno do crack no Brasil – que vêm ganhando cada vez mais terreno e pujança – visam e intervêm primordialmente sobre os corpos, sobre sujeitos reduzidos a corpos. Em uma dinâmica de poder, conflitos e interesses diversos e complexos, investem, marcam, dirigem, supliciam e

sujeitam os corpos (Foucault, 1987). Corpos não reconhecidos como corpos simbólicos, sensíveis, subjetivados e tampouco reconhecidos como corpos legítimos. Esses alvos e intervenções se dão seja na perspectiva de um corpo que deve simplesmente ser isolado, afastado do alcance do crack e desintoxicado (o que se manifesta no ideal terapêutico fundado unicamente na abstinência e nas lógicas de internação), seja na perspectiva mais radical de sua expulsão, segregação ou eliminação.

É isso que se observa de forma nítida e inequívoca nas intervenções repressivas, policiaescas e violentas direcionadas aos usuários de crack, o que não quer dizer que não esteja presente também, de forma mais sutil, em outras estratégias com intencionalidades terapêuticas e de cuidado. Foi isso que se observou em 2012, quando a cracolândia de São Paulo – lugar emblemático para pensarmos sobre o fenômeno do crack no Brasil, uma vez que radicaliza os processos envolvidos – foi alvo de violenta ação policial contra os usuários de crack, reduzidos a corpos que foram golpeados, detidos, coagidos, “sufocados” – como indica a denominação da intervenção: “Operação Sufoco” – e tocados como bois para serem vencidos pelo cansaço corporal. É o corpo, portanto, que se torna alvo privilegiado e efeito importante do “dispositivo do crack”. É o corpo, em última instância, que sofre a violência da política, da moral (Tiburi & Dias, 2013), dos interesses do mercado, dos conflitos, marginalizações e desigualdades sociais. “É o corpo-drogado que surge como um resto histórico na derrocada do sujeito – corpo-fissurado – enquanto ao mesmo tempo permanece sendo sujeito: um paradoxal sujeito dessubjetivado que é o portador da fissura” (Tiburi & Dias, 2013, p. 99).

E, infelizmente, foi isso que se observou mais uma vez em 21 de maio de 2017, há poucos dias do momento em que redijo estas elaborações, quando uma enorme, truculenta e espetacularizada operação policial, composta por mais de 900 policiais e fortemente armada e paramentada com veículos blindados, helicópteros, atiradores de elite e cães, tomou a

cracolândia de São Paulo e expulsou de forma extremamente violenta as pessoas do local, sem proporcionar abrigo alternativo e coagindo-os à errância. O objetivo declarado pelas gestões municipal e estadual era acabar com a “feira livre da droga” e prender traficantes da região⁶⁰. Contudo, não é de hoje que esse espaço é alvo de projetos de gentrificação⁶¹ e é mirado pelo mercado e interesses imobiliários. Meros corpos “espanados”⁶² da região por meio de bombas de gás lacrimogêneo, cassetetes e tiros de bala de borracha.

A afoita megaoperação de 2017 prosseguiu nos dias seguintes com rondas policiais e demolição de imóveis e chegou a derrubar com escavadeiras uma pensão ainda ocupada, deixando três pessoas feridas. Meros corpos que ainda se encontravam no local; corpos não legítimos, corpos da miséria, corpos não dignos de proteção e cuidado diante dos dentes de uma escavadeira e da derrubada de um muro, corpos não dignos de lamentação, corpos indesejáveis.

Além disso, foi definitivamente desmontado o Programa De Braços Abertos, fundado no princípio da redução de danos, no “pacote de direitos” e no *Housing First*. O prefeito João Dória classificou a operação como um sucesso e afirma ter acabado de vez com a cracolândia⁶³, como se ela não fosse composta por pessoas. Ou como se, mesmo assumindo que a cracolândia é composta por pessoas, estas não passassem de meros corpos que estorvam e que devem ser ainda mais segregados ou eliminados. O prefeito disse ainda que vai destruir todas as pensões e hotéis sociais da região⁶⁴. Também pediu na Justiça

⁶⁰ <http://coletivodar.org/cracolandia-acabou-5-perguntas-para-entender-questao/>

⁶¹ <http://coletivodar.org/cracolandia-acabou-5-perguntas-para-entender-questao/>

⁶² A expressão é de Dênis Petuco, em entrevista dada à EPSJV/Fiocruz: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/o-usuario-de-crack-talvez-seja-a-mais-brutal-face-da-miseria-urbana-na>

⁶³ http://brasil.elpais.com/brasil/2017/05/24/politica/1495579264_276005.html

⁶⁴ <http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/doria-quer-ocupar-pensoes-abandonadas-da-cracolandia-e-revitalizar-area-ate-2019.ghtml>

autorização em massa para o calamitoso e temerário expediente de internação forçada dos dependentes de drogas⁶⁵.

Sem me aprofundar nessa operação que ainda está em pleno acontecimento – e, portanto, não é passível de ser adequadamente analisada e compreendida – ressalto que esses episódios recentes na cracolândia de São Paulo levam-me a pensar que há sim “mesmas histórias” que se repetem. Mas talvez elas não consistam simplesmente nas trajetórias e histórias de vida dos personagens, como me afirmaram muitos pacientes do CAPS, mas nos arraigados processos de violência física, simbólica e social contra determinados segmentos da sociedade; no profundo descaso, abandono, hostilidade, desprezo e abjeção lançados contra os usuários de crack, na negação de suas existências ou no desejo de sua eliminação.

<https://www.cartacapital.com.br/sociedade/a-destruicao-da-cracolandia>

⁶⁵<http://www1.folha.uol.com.br/paywall/login.shtml?http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/05/1886928-doria-pede-autorizacao-da-justica-para-internar-a-forca-dependentes-de-drogas.shtml?cmpid=facefolha>

CONCLUSÕES: contornos e especificidades da escuta, posicionamento e intervenções na clínica com usuários de crack

Chegado o momento de lançar um olhar retrospectivo para os caminhos e trajetórias percorridos nesta pesquisa e deles sacar algumas conclusões, retomo sinteticamente as principais elaborações e discussões apresentadas ao longo da tese e, em seguida, opto por focar e privilegiar a reflexão sobre as possíveis contribuições com relação aos contornos e especificidades fundamentais da escuta, posicionamento e intervenções psicanalíticas na prática clínica com usuários de crack.

Procurei evidenciar que a minha escolha de situar o recorte e a circunscrição desta pesquisa sobre o crack se fundamentou não em um foco no produto e em sua especificidade farmacológica, mas na necessidade de apreender e problematizar o destaque e a centralidade conferidos a essa droga na sociedade brasileira contemporânea, que engendram uma série de ações e efeitos na coletividade e nas subjetividades. Fez-se claro que há, em pleno funcionamento na atual cena social brasileira, um processo que diferencia acentuadamente o crack em relação a outras drogas e, principalmente, que destaca e distancia os usuários de crack em relação à população em geral e em relação a usuários de outras substâncias, constituindo uma população específica. A análise dessa constituição de uma *população usuária de crack* a partir das formulações de Foucault sobre a biopolítica evidenciou que o fenômeno do crack não se impõe somente como um “problema de saúde pública”, mas também, e significativamente, como um “problema de poder”, um problema político.

Diante de um questionamento principal sobre a prática psicanalítica com usuários de crack em um contexto clínico-institucional, foi necessário, inicialmente, submeter o próprio fenômeno do crack a um processo de decomposição, desconstrução, análise e interpretação, com o objetivo de compreender sua história e modos de constituição, as entidades e discursos relacionados e seus determinantes sociais, políticos e culturais. A estreita relação que eu

observava em minha experiência clínica entre o uso problemático de crack e as situações de vulnerabilidade, precariedade e exclusão revelou-se, a partir da análise da pesquisa da Fiocruz (2014) e de outros estudos sociais, uma característica constitutiva do próprio fenômeno, cuja elucidação exige incontornavelmente uma articulação com os arraigados processos de desigualdade, segregação, injustiças e violências físicas, sociais, discursivas e simbólicas que atingem a maioria dos usuários de crack no Brasil.

O desenvolvimento da noção de “dispositivo do crack” descortinou importantes discussões e elaborações sobre o fenômeno do crack no Brasil e possibilitou o destaque do campo biopolítico no qual ele se desenrola. Revelou-se o cerrado entrecruzamento e co-sustentação entre as relações de poder e saber sobre o crack. Os saberes, interpretações, discursos e “verdades” que circulam de forma dominante regulam as concepções e comportamentos em torno do crack e justificam os mecanismos, estratégias, ações e aparatos acionados para lidar com a questão. Esses discursos, ao conceberem o crack como uma droga superpotente, monstruosa e sequestradora e ao desumanizarem os usuários interpretando-os como animais, zumbis, doentes, compulsivos, perigosos e fracassados, justificam e legitimam intervenções igualmente desumanas, intervenções repressivas, moralistas, segregacionistas e higienistas. Ademais, destacou-se também que as “verdades” construídas sobre o crack e os discursos demonizadores, alarmistas e bélicos contribuem com a naturalização da desigualdade social no Brasil e servem para legitimar a intolerância, a repressão, a criminalização e a gestão policial e judiciária da população negra e pobre e dos segmentos mais precariamente inseridos na organização social brasileira.

Não obstante, destacou-se também que o “dispositivo do crack” não se relaciona apenas com medidas inequivocamente repressivas, moralistas ou segregacionistas, mas, igualmente, com a impulsão e multiplicação de políticas de saúde pública, estratégia e serviços de atenção e cuidado, disputas sobre os modelos de tratamento e intervenção e

debates sobre os investimentos públicos. Constatou-se que o resultado disso é a conformação, em torno do usuário de crack, de um campo acentuadamente marcado e atravessado por ambiguidades e disputas políticas e terapêuticas, no qual coexistem modelos de estratégias, atenção e cuidado fundados em paradigmas contraditórios: de um lado, serviços e estratégias fundamentadas na lógica ampliada da redução de danos, no modo psicossocial de atenção e cuidado em saúde mental e nos paradigmas da reforma psiquiátrica; de outro lado, as comunidades terapêuticas e uma série de medidas repressivas, violentas e segregacionistas, fundamentadas sobre um modelo asilar e moral em saúde mental.

A noção de “dispositivo do crack” revelou ainda sua dimensão de subjetivação, que apresenta ressonâncias clínicas de grande importância, permitindo compreender o caráter constitutivo dos discursos e narrativas dominantes sobre o crack, seus efeitos e incidências sobre as subjetividades dos usuários, os processos de captura, determinação e restrição das possibilidades identificatórias e dos modos de pertencimento e posicionamento subjetivo no laço social. Foi possível identificar um processo de constituição de uma determinada “subjetividade craqueira”, que se revela homogênea, generalizada, estereotipada e estigmatizante e que implica, concomitantemente, um processo de dessubjetivação, que deixa os sujeitos cada vez mais apagados, ausentados e silenciados face ao lugar hiperdimensionado, hipervisibilizado e estentóreo que é conferido ao crack.

Identificados e analisados os principais elementos, determinações e processos sociais, culturais e políticos relacionados ao fenômeno do crack no Brasil, dediquei-me a abordá-los, interrogá-los e examiná-los a partir de uma perspectiva psicanalítica, com o objetivo de compreender, na articulação entre esse campo sociopolítico e o campo subjetivo, como as incidências psíquicas e as lógicas de subjetivação decorrentes desse contexto social podem se relacionar com o uso problemático de crack. Nesse sentido, é importante destacar que as características do objeto “fenômeno do crack” discernidas na trajetória inicial da tese,

levaram-me a fazer a escolha metodológica de privilegiar, na análise sobre os processos subjetivos relacionados ao uso abusivo de crack, sua estreita articulação com as situações de vulnerabilidade, precariedade e exclusão, e buscar nas perspectivas psicanalíticas que abordaram a questão dos sujeitos situados precariamente no campo social os principais fundamentos teóricos e referências de análise, questionamento e reflexão.

Refletir sobre as situações de vulnerabilidade e precariedade que atingem a maioria dos usuários de crack no Brasil a partir de um prisma psicanalítico conduziu-me a decompô-las analiticamente em três dimensões principais, que se interconectam, se entrecruzam e produzem efeitos e potencializações mútuas: a vulnerabilidade estrutural e constitutiva; as condições precárias e vulnerabilidades sociopoliticamente induzidas; e a vulnerabilidade linguística ou desamparo discursivo. A análise dos potenciais efeitos e incidências subjetivas decorrentes das situações de precariedades e vulnerabilidades múltiplas, associadas a exclusões e marginalizações, possibilitou identificar sua estreita articulação com o uso abusivo de crack, tanto no que diz respeito aos efeitos desse uso prolongado, quanto no que se refere à constituição de uma determinada conjuntura subjetiva em que o uso de crack pode ser interpretado como uma “estratégia de sobrevivência” diante de “situações extremas da subjetividade”.

Este estudo originou-se em minha experiência clínica, da qual emergiram suas principais problemáticas e interrogações, e, depois de percorrer teorias de diferentes campos do conhecimento, pesquisas, construtos teóricos, materiais midiáticos, narrativas públicas e conceitos metapsicológicos, na clínica ele desembocou, especificamente no caso de Diógenes. Espero que o delicado e laborioso exercício de escrita dessa clínica, cuja complexidade parece insistir em não se deixar apreender adequadamente pelas palavras, não a tenha desvitalizado ou reduzido excessivamente e que tenha alcançado a função que lhe atribuo de lugar de registro, visibilidade, resistência e política.

Acredito que o caso clínico de Diógenes revelou, de modo radical, a intensidade e complexidade da experiência clínica com usuários de crack, atravessados pela vulnerabilidade e exclusão e em um contexto marcado pelo que denominei “dispositivo do crack”. Lembrando e ressaltando que se trata de um caso extremo, que não pode ser generalizado a todas as possibilidades de uso e vinculação com o crack, Diógenes torna explícitos o grande potencial aditivo e a considerável competência de danos e desorganização física, psíquica e social dessa droga. Contudo, seu caso revelou também, e principalmente, que essa droga age sobre um terreno subjetivo e coletivo que não pode ser negligenciado na compreensão de sua vinculação com o crack.

A estratégia tóxica desenvolvida por Diógenes – interpretada na análise do caso como uma “dissidência tóxica” – mostrou-se estreitamente vinculada ao seu contexto de precariedade e marginalização. Em uma montagem complexa e emaranhada, revelou-se que as lógicas de subjetivação e os efeitos sobre o psiquismo e sobre o corpo decorrentes desse contexto se articulam aos efeitos resultantes do uso prolongado do crack e do álcool e incidem diretamente em sua corporalidade, em suas dinâmicas pulsionais, na fragilização da linguagem, da representação e das formações simbólicas, no desenvolvimento de uma compulsividade e de uma “apetência insaciável”, na toxicidade que o mundo e a instância do outro representavam para ele, na questão de sua “masculinidade” e virilidade, no estado de desamparo e derrelicção, nos processos violentos e destrutivos e na organização de uma existência marginal. Ademais, a dissidência tóxica de Diógenes foi interpretada como uma forma de recusa e resistência às trajetórias, possibilidades identificatórias, lugares, valores, “modos de vida e de morte” (Rosa & Poli, 2009) que lhe foram impostos e como uma estratégia de subjetivação – ainda que com graves prejuízos e efeitos destrutivos – diante de processos estruturais de dessubjetivação dos sujeitos.

O caso clínico de Diógenes revelou, ainda, os efeitos e desdobramentos do “dispositivo do crack” na dimensão da singularidade de um sujeito e de seu posicionamento subjetivo, tanto no que diz respeito aos discursos e interpretações dominantes quanto no que se refere ao cenário de paradoxos e disputas políticas e terapêuticas. Dessa forma, foi possível observar as incidências dos discursos alarmistas e demonizadores e das estratégias de tratamento moralistas, reducionistas e centradas unicamente na abstinência em suas posições subjetivas e na organização de sua existência: a introjeção da ideia de que “para usuário de crack somente internação funciona”; uma circularidade fechada entre intoxicação, abstinência e “recaídas” repetitivas; a constituição de uma polaridade extremada entre abstinência absoluta ou uso intenso, tudo ou nada, “invernação” ou internação; o reconhecimento da perda do controle sobre o uso e o desenvolvimento de uma identidade de “adicto em recuperação”. Também foi possível identificar os ecos e efeitos dos discursos e narrativas dominantes sobre o crack na concepção que Diógenes fazia de si mesmo como um doente, impotente diante da força do crack, que o transformou em um “monstro” e era o protagonista responsável pelas inúmeras perdas que ele sofreu em sua vida, inclusive a perda da “dignidade e do caráter”. Em suma, o caso de Diógenes mostra de forma emblemática os processos de subjetivação/dessubjetivação implicados no dispositivo do crack, a constituição de uma “subjetividade craqueira”, que acarreta um apagamento do sujeito e um processo de desimplicação subjetiva.

As questões relacionadas à dimensão da corporalidade que foram evidenciadas pela análise do caso clínico de Diógenes constituem, a meu ver, a sua principal contribuição, na medida em que apresentam a capacidade de condensar diferentes aspectos envolvidos na complexidade do fenômeno do crack e levantam uma série de problemas que tem ressonâncias fundamentais em uma perspectiva mais ampla desse campo clínico – pois, pelo menos no que se refere à minha experiência clínica, a questão do corpo parece ser uma

questão central nos casos de muitos usuários de crack. A análise da ancoragem maciça da subjetividade e existência de Diógenes sobre a corporalidade e das especificidades que ele apresentava com relação à imbricação corpo-psi-quismo revelou que, de forma associada aos efeitos do uso prolongado de crack e álcool, inscreviam-se nessa configuração particular, de modo significativo, as incidências subjetivas e os efeitos sobre as formas de vivenciar e habitar o corpo das situações de marginalização e vulnerabilidade, em que os sujeitos não são reconhecidos em sua dignidade de corpo simbólico e legítimo.

Portanto, revelou-se que a constituição da corporalidade de Diógenes, em que a droga assume um lugar central, está articulada de forma cerrada e inextricável à sua posição social e ao lugar e valor atribuídos aos corpos e aos sujeitos precariamente situados no campo social, convergindo com o reconhecimento (ou desprezo) desses corpos como corpo-organismo, força muscular, destituído de subjetividade e capacidades psíquicas, dessimbolizado, corpo-resto, “corpo-abjeto”, corpo não legítimo e não digno de proteção e lamentação. Em suma, o caso clínico de Diógenes explicitou que os processos sociopolíticos, as dinâmicas de poder, os discursos, os conflitos, desigualdades, injustiças e violências são incorporados, atravessam, marcam e condicionam a própria materialidade e pulsionalidade dos corpos que, ao mesmo tempo, a eles respondem, interagem, resistem e até desafiam.

Por fim, em uma perspectiva biopolítica, foi possível pensar que a corporalidade constitui, a um só tempo, alvo e efeito privilegiados do “dispositivo do crack”, cujos elementos visam e intervêm primordialmente sobre o corpo, sobre sujeitos reduzidos a corpos, que sofrem e são marcados pelos processos e conflitos sociopolíticos, pelos discursos, pelas diferentes estratégias e intervenções e pelas variadas formas de violência, marginalização e desigualdades. Acredito que a questão da corporalidade – à qual este estudo foi conduzido pelo caso clínico de Diógenes e onde ele encontra o seu desfecho – apresenta a potência de condensar, conjugar e permitir a emergência das diferentes dimensões que se

emaranham na complexidade do fenômeno do crack e que foram tratadas no decorrer da tese: a potência da substância química e seus efeitos sobre o corpo e a subjetividade; as questões subjetivas e singulares; as dinâmicas pulsionais; as determinações e processos sociopolíticos; as situações de vulnerabilidade e exclusão; as estratégias, intervenções e mecanismos acionados para lidar com a questão; e as narrativas e discursos dominantes que, como destacado, habitam e materializam os corpos.

Ao longo de toda a tese, explicitarei de modo esparso diferentes apontamentos, esboços e indicações clínicas, na medida em que eles foram emergindo e sendo delineados pelos argumentos, formulações e discussões. Cabe agora, à guisa de conclusão, um esforço de recapitulação, organização e desenvolvimento desses elementos, no sentido de discernir os contornos e especificidades fundamentais da escuta, do posicionamento clínico e das intervenções psicanalíticas na clínica com usuários de crack, marcados por marginalizações, desigualdades e conflitos sociais, políticos e culturais.

É interessante notar que, se fiz a opção de estabelecer nesta pesquisa um recorte bastante reduzido e específico, circunscrevendo meu objeto e problemáticas a uma droga particular – o crack –, acredito que, chegando ao final da investigação, essa circunscrição e recorte revelam um potencial de transcendência e amplitude, na medida em que muitas das elaborações que apresento a seguir sobre a escuta e posicionamento clínicos com usuários de crack podem se mostrar válidas e pertinentes também para a clínica diante de outras situações, nas quais o sofrimento, impasses e manifestações psicopatológicas dos sujeitos são atravessados de forma acentuada por suas posições precarizadas na organização sociopolítica. No mínimo, essa é a percepção que eu tenho com relação à minha própria trajetória clínica, ao perceber que o que foi aqui desenvolvido e elaborado será útil e transformador não apenas para a clínica com usuários de crack ou outras drogas, mas, igualmente, para a minha prática

clínica com adolescentes em conflito com a lei, mesmo com aqueles em que a questão do uso de drogas não configura um problema significativo.

A primeira questão que se impõe à reflexão sobre esse posicionamento e escuta clínica, de saída, é a importância de reconhecer a “dimensão sociopolítica do sofrimento” (Rosa, 2016) e de fazer jus a uma “politização” da escuta e das estratégias clínicas psicanalíticas, para a qual o próprio Freud deixou os fundamentos e recursos ao legar-nos sua concepção de sujeito e dos processos de subjetivação como estreitamente intrincados à dimensão social, cultural e política. Assim, acredito que o posicionamento clínico diante das situações de vulnerabilidade, exclusões e conflitos sociopolíticos deve evitar qualquer forma de “despolitização” da escuta, que consideraria os sofrimentos, impasses, conflitos e manifestações sintomáticas dos sujeitos de forma mutilada de sua dimensão sociopolítica e cultural, o que pode acarretar graves consequências clínicas e, como destacado por Rosa (2016), ensejar a patologização, a criminalização ou a individualização dos impasses do sujeito, responsabilizando-os exclusivamente por situações que são plurideterminadas.

Retomando a discussão apresentada no capítulo IV sobre a ambivalência da vulnerabilidade linguística (Butler, 2004) e sobre o “poder duplo” das palavras, afirmo sua potência no âmbito da prática e intervenções clínicas nas situações de precariedade, vulnerabilidade e exclusão social. Assume uma importância fundamental para essa reflexão e prática clínicas a ideia de que a vulnerabilidade linguística e os discursos violentos e ofensivos, ao mesmo tempo em que podem prejudicar, ferir, humilhar, excluir ou cristalizar os sujeitos em identificações rígidas e desvalorizadas, podem também se desdobrar em uma “vulnerabilidade habilitante” e em uma possibilidade de resistência, subversão, ressignificação e reapropriação subjetiva.

Essa ideia possibilita vislumbrar um posicionamento clínico que assume e reconhece a situação de intensas e variadas formas de vulnerabilidades, privações e violências às quais

são submetidos os sujeitos, mas sem fixá-los em uma posição de vítima ou de impotência, identificando que os discursos hegemônicos, violentos e excludentes não são tão exitosos e eficazes e que há linhas de falha e possibilidades de resistência e potência por parte dos sujeitos. Embora seja verdade que a negação e desvalorização de suas existências marcaram muito frequentemente as suas vidas, não é possível lutar contra essa negação e aceitar o trabalho de cuidar e tratar desses sujeitos se a considerarmos totalmente triunfantes. “Nossa clínica é também e antes de tudo aquela da resistência do sujeito” (Douville, 2012c, p. 173, tradução minha^{co52}). Diante dos discursos violentos, excludentes e estigmatizantes e de sua potência de captura dos sujeitos, não resta outra escolha aos clínicos, em seu posicionamento, escuta e intervenções, a não ser afrontá-los e buscar subvertê-los a partir da abertura que eles mesmos instituem, como apontado por Butler (2004).

Nesse sentido, cabe estabelecer uma articulação com a concepção de Freud (1925/2006) sobre a dimensão do impossível implicada nas tarefas de “educar, curar e governar” (p. 307). Como destacado por Rosa (2016), a aceitação da impossibilidade de analisar, educar e governar integralmente qualquer pessoa representa uma aposta ética na concepção freudiana de sujeito e de sociedade que, reconhecendo na dimensão inconsciente um resíduo de resistência que sempre se interpõe a tais práticas, aponta a “dimensão de incompletude que limita a possibilidade de dominar, de escravizar ou de normatizar e adaptar plenamente a ideais ou a modelos sociais” (Rosa, 2016, p. 91).

Laufer (2016) recupera um episódio da juventude de Freud, narrado em “A Interpretação dos Sonhos” (1900), para mostrar que, nesse evento, ele entra em contato com essa ambivalência inerente à vulnerabilidade em face da violência da linguagem, com o impossível de dominar ou subjugar completamente e com a possibilidade de subversão e resistência que se instaura ao ser alvo de um discurso violento. Trata-se de uma história que

seu pai lhe contou em uma das caminhadas que faziam juntos, para lhe mostrar como a situação de Freud havia melhorado em comparação com a sua própria juventude:

“Quando eu era jovem”, disse ele, “fui dar um passeio num sábado pelas ruas da cidade onde você nasceu; estava bem vestido e usava um novo gorro de pele. Um cristão dirigiu-se a mim e, de um só golpe, atirou meu gorro na lama e gritou: ‘Judeu! saia da calçada!’ - ‘E o que fez o senhor?’”, perguntei-lhe. “Desci da calçada e apanhei meu gorro”, foi sua resposta mansa. Isso me pareceu uma conduta pouco heróica por parte do homem grande e forte que segurava o garotinho pela mão. Contrastei essa situação com outra que se ajustava melhor aos meus sentimentos: a cena em que o pai de Aníbal, Amílcar Barca, fez seu filho jurar perante o altar da casa que se vingaria dos romanos. Desde essa época Aníbal ocupava um lugar em minhas fantasias (Freud, 1900/2006, p. 226).

Essa ocasião em que Freud, então com uma idade entre 10 e 12 anos, toma conhecimento de uma situação em que seu pai, por meio de um discurso de poder, foi humilhado, insultado, expulso da via pública e relegado à lama junto com seu gorro, é por ele descrita como um momento muito marcante e estruturante, “cuja força ainda era demonstrada” em vários sonhos e emoções (Freud, 1900/2006, p. 226). Nesse sentido, Laufer (2016) interpreta que a cena de humilhação de seu pai produz em Freud tanto um questionamento sobre os efeitos humilhantes e excludentes da violência da linguagem quanto, a um só tempo, um desejo de responder a essa humilhação e a constituição de uma condição de criação e potência. Desde então, os heróis cartagineses Aníbal e Amílcar passaram a constituir importantes referências identificatórias para Freud, verdadeiros “companheiros de estrada”, revelando que a humilhação e a submissão podem ensejar o orgulho, o desejo de compreender, o desejo de transformar o insulto e a vergonha em outro posicionamento

subjetivo que não a impotência (Laufer, 2016). E foi sobre essa ambivalente vulnerabilidade à linguagem e sobre o poder duplo das palavras que Freud fundou seu método terapêutico:

Agora começamos também a compreender a “magia” das palavras. É que as palavras são o mediador mais importante da influência que um homem pretende exercer sobre o outro; as palavras são um bom meio de provocar modificações anímicas naquele a quem são dirigidas, e por isso já não soa enigmático afirmar que a magia das palavras pode eliminar os sintomas patológicos, sobretudo aqueles que se baseiam justamente nos estados psíquicos (Freud, 1905/2006, p. 279).

A compreensão dessa ambivalência da vulnerabilidade do sujeito em relação à linguagem e da potência que pode emergir a partir de discursos hostis, violentos e depreciativos revela sua importância e potencialidade de forma ainda mais significativa na clínica com grupos de sujeitos que, como os usuários de crack, são marcados e atravessados por discursos excludentes, estigmatizantes e homogeneizantes, carregados de pressupostos morais e dominados por um léxico de demonização, desumanização, degradação, abjeção, impotência, descontrole e periculosidade. Se a soma e articulação dos discursos midiáticos, médicos, científicos, jurídicos, políticos, e religiosos sobre o crack adquirem grande potência e consistência, referenciando a pertença simbólica dos sujeitos e relegando-os a uma estreiteza e escassez de possibilidades identificatórias e de posicionamentos subjetivos e no laço social, é na ambivalência inerente a esses próprios discursos, tal como destacado por Butler (2004), que as estratégias clínicas devem apostar, no sentido de extrair da própria violência da linguagem as condições que ela também carrega de potencialidade, resistência, agência, e implicação subjetiva.

Se o “dispositivo do crack” implica um processo de dessubjetivação e apagamento dos sujeitos, é na aposta no poder duplo da linguagem e na sua capacidade de, ao mesmo tempo,

instituir e destituir os sujeitos, curar e ferir, excluir e incluir, apagar e criar, desapropriar e reapropriar, cristalizar e transformar, que se abrem e se instauram as possibilidades de um trabalho clínico que supere a vitimização do sujeito e reconheça suas capacidades de desejar, resistir, criar e transformar-se. É o posicionamento clínico investido nessa aposta que vai possibilitar a criação de um espaço de potencialidade e resistência, de perturbação, rompimento e subversão dos discursos instituídos hegemonicamente, de desconstrução e relançamento de identificações e significações cristalizadas, de reapropriação, reposicionamento e implicação subjetiva. É essa, a meu ver, a aposta a ser investida e um importante veio a ser explorado pela escuta e intervenções clínicas psicanalíticas, no sentido de possibilitar que a narrativa da relação do sujeito com o crack ou a narrativa de seus sofrimentos, conflitos e impasses se tornem mais próprias, se construam nos próprios termos do sujeito e não nos termos dos meios de comunicação, da medicina, da religião ou do judiciário.

O método terapêutico psicanalítico, fundado no exercício vivo da escuta e da narrativa, tem a potencialidade de resgatar a vitalidade e essa ambivalência da linguagem. A linguagem é viva, afirma Butler (2004), “quando ela não busca encapsular ou capturar os acontecimentos e as vidas que ela descreve” (p. 29, tradução minha^{co53}). Quando ela busca efetuar essa captura, não apenas a linguagem perde sua vitalidade, mas adquire sua própria força violenta. Trata-se, portanto, de, a partir da relação terapêutica, desarticular e liberar a linguagem dos discursos dominantes sobre o crack, restituindo sua vitalidade e potencialidade transformadora e reduzindo sua força violenta.

Assim como o *Nebenmensch*, o psicanalista se mantém próximo daquele que lhe dirige a palavra e, a partir de uma escuta constituinte equivalente a “uma injeção de vida que provoca, no psiquismo, uma saída da solidão” (Schneider, 2011, p. 58, tradução minha^{co9}), pode catalisar um processo que possibilita o delineamento e apreensão de uma intimidade

própria. Como sublinhei no capítulo IV, o encontro com o outro cria fenômenos de ressonância, por meio dos quais se esboça um acesso ao próprio, a si mesmo, a um próprio correlativo à experiência vivida (Schneider, 2011). O encontro psicanalítico, portanto, pode catalisar a constituição de um espaço de ressonância interna, em que o sofrimento possa ser habitado e elaborado, em que os discursos dominantes possam ser perturbados, subvertidos e transformados e a linguagem liberada e revitalizada, promovendo um encontro com o desamparo e vulnerabilidade estruturais que instaure a potencialidade e a possibilidade de criação, ressignificação e reapropriação subjetiva. Esse encontro pode possibilitar, assim, recorrendo à própria linguagem, desarticular e desconstruir os discursos que capturam e encapsulam os sujeitos nos termos “crack”, “noia”, “zumbis”, “impotência”, “abjeção”, “morte” e criar condições de respostas “habilitantes”, respostas de resistência e subjetivação.

Portanto, não é de pouca importância o fato de que a psicanálise pode lembrar, nos contextos de precariedade, vulnerabilidade e exclusão, que o sujeito decorre da palavra e pode, ainda, propor uma alternativa à angústia massiva engendrada pela ideia de um determinismo social sem possibilidades de transformação, ideia muitas vezes compartilhada pelos próprios sujeitos implicados e pelos profissionais de cuidado e assistência (Benhaïm, 2012). Falar com o sujeito e escutá-lo permite que ele possa testemunhar sua própria experiência subjetiva e revelar sua relação com a linguagem. Esse encontro implica lutar contra o reducionismo da linguagem ao positivismo da comunicação, introduzir algumas subversões nesse reducionismo e abrir o espaço da linguagem viva e do endereçamento ao Outro (Benhaïm, 2012). Ademais, se pensarmos que na clínica do campo da precariedade, exclusão e toxicomanias é frequente a existência de variadas formas de sofrimentos manifestos em sujeitos que não conseguem organizar eles mesmos uma demanda, mas que poderiam beneficiar-se de um acompanhamento psicoterapêutico, cabe lembrar, com

Benhaïm (2005), que oferecer a escuta e a palavra pode ter o efeito de instituir o outro como sujeito de demanda.

A ideia do desamparo radical (*Hilflosigkeit*) e da vulnerabilidade essencial à condição humana desenvolvida no capítulo IV mostra-se fértil para pensarmos sobre o posicionamento clínico diante da vulnerabilidade sociopoliticamente induzida e discursiva. A precariedade e exclusão extremas e suas incidências subjetivas promovem efeitos de fascinação e sideração e, como destacado por Douville (2012a) e Benhaïm (2012), os clínicos devem recuperar-se desses efeitos e de seus riscos, fazendo dessa vulnerabilidade extrema a própria base de reflexão da prática clínica, “nós que temos a nossa disposição algumas referências em matéria de *Hilflosigkeit*” (Behnaïm, 2012, p. 159, tradução minha^{co54}), esse desamparo que deixa o recém-nascido entregue ao caos e à aniquilação se ninguém estiver ao lado para escutar, supor e interpretar o que pode constituir um apoio em termos de cuidados relativos às funções corporais e psíquicas.

Como destacado por Roussillon (2005), um aspecto destacável da prática e posicionamento clínicos diante de situações extremas da subjetividade é que o sujeito não pode elaborar ou “tratar” sozinho suas incidências e impactos, por vezes traumáticos. A elaboração e possibilidade de resiliência deve passar por um outro sujeito e por sua capacidade para auxiliar na “metabolização” da experiência. Segundo Roussillon (2005), reside aí o “segredo” da resiliência (tão à moda ultimamente, mas não muito frequente e bem sucedida em situações subjetivas muito extremas e sem as condições mínimas para sua elaboração) e é nesse ponto que a questão da “posição cuidadora” encontra o máximo de sua pertinência. Os “sujeitos resilientes” são aqueles que puderam encontrar um outro capaz de acompanhá-los na exploração e vivência daquilo que eles mesmos não puderam suportar sentir.

Dessa forma, guardadas as devidas distinções, podemos aproximar o posicionamento clínico em situações de precariedade, vulnerabilidade e exclusão da posição do *Nebenmensch* que vem ao auxílio do recém-nascido. Assim como a intervenção do *Nebenmensch* é a condição incontornável para que o recém-nascido possa sair da situação de dor, sofrimento e mal-estar que o assalta, é necessária a intervenção de outra pessoa para a elaboração do estado de solidão, silenciamento, derrelicção, caos e risco de aniquilação que pode atingir os sujeitos em extrema precariedade. É o outro representado pelo clínico e a dimensão de atenção e socialização da qual ele é portador que possibilitam que a dor e o estado de pane, desorganização e impossibilidade de significação que ela implica sejam transformados em sofrimento passível de ser experienciado, habitado, recoberto de um sentido e elaborado.

Ademais, tal como o *Nebenmensch* leva o recém-nascido a lançar-se em direção à linguagem, ao simbólico e à exterioridade a partir da “violência da interpretação” (Aulagnier, 1979) sobre os gritos e choros do bebê, o outro do clínico, na experiência de linguagem que ele reinstaura junto ao sujeito, pode constituir esse espaço de ressonância subjetiva que torna possível a reconstituição de uma estrutura de endereçamento ao Outro (Schneider, 2011) e pode relançar o impulso em direção a uma inscrição no social. Nas situações de precariedade e exclusão extrema, frequentemente o trabalho clínico deve privilegiar essa reconstrução de uma “apetência ao laço”, caso contrário, toda solução forçada e mal arranjada de “reinscrição social” corre o risco de se desgastar e falhar (Douville, 2012a).

Diante da desarticulação entre corpo, linguagem e ato que pode atingir os sujeitos em extrema precariedade e vulnerabilidade ou nas situações de uso problemático de drogas, emerge a importância de uma posição clínica que aposte na possibilidade de que o corpo do sujeito vai se deixar atingir por um discurso, de que a palavra encontre um corpo que seja ainda ou novamente sensível à linguagem, restabelecendo um fio que conecte corpo, linguagem e ato (Benhaïm, 2012). O encontro psicanalítico deve realizar uma espécie de

ressignificação do próprio encontro subjetivo e permitir o reinvestimento do corpo e do mundo no qual ele se insere.

As lógicas de exclusão podem produzir sujeitos profundamente solitários, às vezes cativos de um impossível a dizer – seja em um diálogo, seja em uma introspecção (Benhaïm, 2012) –, em uma situação de “desertificação psíquica”. A relação clínica, a partir de uma paciente tessitura de uma forma de vínculo em que o psicanalista aceita fazer-se lugar de endereçamento, pode produzir a transferência, esse espaço suscetível de reestabelecer as condições de simbolização e conflitualização psíquica, de colocar em movimento as representações, os afetos e as identificações e de engendrar ressignificações e uma espécie de tradução de um “gozo transbordante a uma economia languageira significante” (Benhaïm, 2012, p. 150, tradução minha^{co55}).

A possibilidade de colocação em narrativa estabelecida pela vinculação transferencial, como destacado por Douville (2012b), pode reconstituir e endereçar novamente a linguagem e as palavras que, por terem perdido atribuição e residência, se repetem sem endereçamento, amputados de um lugar onde possam se modificar e se transmitir. Portanto, nas situações de vulnerabilidade e exclusão, a proximidade transferencial – esse suporte de um endereçamento que pressupõe um olhar e uma voz que significam e legitimam a existência de um sujeito cujo sentimento de pertença à humanidade foi gravemente atingido e abalado – tem o potencial de “reinsuflar” a vida, o movimento e o laço social (Benhaïm, 2012).

Nesse campo clínico atravessado por marginalizações e vulnerabilidades, emerge de forma radical a importância de uma posição clínica que mantenha uma distância crítica dos ideais convencionais – ideais estes muitas vezes recusados pelos próprios sujeitos implicados – e dos projetos pré-fabricados de indivíduo prescritos como o ideal (Douville, 2012c). É essencial saber acolher os “signos de vida” que os sujeitos apresentam, compreendendo que eles não se reduzem simplesmente a expressões patológicas ou deficitárias (Douville, 2012c).

A “experiência da pobreza” não é, necessariamente, a “pobreza da experiência” (Benhaïm, 2005). Ainda que essas formulações possam parecer óbvias, considero importante enunciá-las, dado o risco de sideração que as situações de precariedade somadas ao uso de crack podem promover no olhar do outro, que deixa de enxergar um sujeito e passa a ver tão somente pobreza e crack, mutilando-o em todas as outras dimensões, como se não houvesse mais nada a saber, a perscrutar e a compreender.

É fundamental, como destacado por Roussillon (2005), a aceitação preliminar do sujeito tal como ele se apresenta e nas condições que ele apresenta. Sem a precedência dessa aceitação profunda, nenhuma mudança verdadeira pode se efetuar que não resulte em uma submissão passiva a nossos ideais, que não seja fundada sobre uma reedição de uma nova forma de alienação. Essa é uma verdade e uma condição essencial de toda posição de cuidado psíquico. Mas nas situações extremas, como apontado por Roussillon (2005), ela assume uma relevância e uma pertinência ainda maiores, em decorrência da grande precariedade, desamparo e privação dos sujeitos, que podem levar os clínicos a esquecerem dessa verdade fundamental do campo terapêutico e cederem à ilusão de que sua posição socialmente estabelecida lhes dá licença para propor ou impor “suas” soluções e respostas: elas parecem de tal forma razoáveis, ressalta o autor, que podemos deixar de perceber que nos compete o “suposto saber”.

Diante do efeito de “desertificação psíquica” e de “retirada de si mesmo” decorrentes das situações extremas da subjetividade que podem se configurar em contextos de vulnerabilidade e exclusão, delinea-se a importância do trabalho de integração e de simbolização da história vivida e da possibilidade ofertada pela relação terapêutica de que o sujeito possa testemunhar sua experiência subjetiva e reestabelecer um contato consigo mesmo (Roussillon, 2005). Contudo, como lembrado por Roussillon (2005), esse processo também apresenta alguns riscos e revela ter dois gumes. Ao mesmo tempo em que essa

aproximação de si mesmo pode promover uma reapropriação e potenciais efeitos de mudança e reposicionamento subjetivo, ela pode se mostrar dolorosa, devastadora e até impossível, na medida em que as representações, os afetos e a imagem de si que são reenviadas a partir da relação terapêutica podem ser insuportáveis e que recomeçar a sentir pode se mostrar intolerável. Aliás, muitas vezes, foi exatamente para evitar esses afetos, representações e imagens que os sujeitos “desertificaram” seu próprio psiquismo e se retiraram da vida relacional e dos laços sociais. Frequentemente, é necessário um longo, delicado, prudente e laborioso trabalho de apaziguamento dessas representações, imagens e afetos para que elas possam ser toleráveis e para que se possibilite, inclusive, o estabelecimento de um vínculo terapêutico com sujeitos que passaram por experiências radicais de decepção e desilusão nos encontros anteriores com os outros e com a organização social. O encontro com esses sujeitos é, amiúde, acompanhado de intensas recusas de laços e vinculações, intensas recusas das novas formas relacionais que o encontro terapêutico visa propor-lhes.

Portanto, as possibilidades de compartilhar a experiência psíquica, sair da vivência solipsista e aceitar os riscos e imprevistos do encontro terapêutico são os primeiros imperativos que o posicionamento clínico deve mirar, uma vez que, como sugere Roussillon (2005), aquilo que caracteriza a expulsão para fora da condição humana simbólica é precisamente a impressão de que a experiência psíquica não é compartilhável. Segundo Roussillon (2005), frequentemente, a única coisa que o clínico pode oferecer aos sujeitos é compartilhar as experiências de dor, sofrimento e impotência, o que não é pouco e, por vezes, pode ser suficiente para relançar os processos psíquicos cristalizados por um excesso de solidão, por uma ausência de experiências compartilhadas.

A escuta clínica deve se oferecer, então, como uma escuta de testemunho e resgate da memória (Rosa, 2016); essa posição possibilita que o estado interno e as experiências subjetivas sejam “testemunhadas”, creditadas e qualificadas. Por isso, o clínico-testemunha

não pode ser mudo (Roussillon, 2005), ele deve atestar, quando necessário, o que se produziu psiquicamente, nomeando-o e qualificando-o, rompendo o cerco de silêncio e solidão e possibilitando um trabalho de colocação em palavras e em narrativa. Embora a comunicação verbal constitua a via primordial do trabalho de simbolização, Roussillon (2005) destaca que outras vias da comunicação psíquica também podem se fazer presentes e serem solicitadas e levadas em consideração, como as vias que passam pelo afeto, pelo dom e partilha do objeto e, ainda, as vias do ato, que podem ser ricas de informações sobre o modo de organização subjetiva, os desejos e capacidades dos sujeitos. Como destacado pelo autor, contextualizar esses signos, representá-los em uma cena na qual eles comecem a ganhar um sentido, é possibilitar sua historicização e inscrição em uma narrativa subjetiva. É a partir dessa historicização progressiva, cuja organização pode demorar a se estabelecer, que o sujeito pode começar a reabitar a si mesmo, reabitar seu tempo e reinscrever-se na história e no laço social.

Revela-se de suma importância, nas situações de precariedade e vulnerabilidade, considerar o lugar de resto e dejetivo que amiúde é atribuído aos sujeitos na estrutura social e compreender como ele se posiciona, se organiza e se identifica com relação a esse lugar. É essencial levar em consideração na escuta e intervenções clínicas a rejeição e a perda do reconhecimento social que atinge esses sujeitos, compreendendo os processos de silenciamento, de deslegitimação e desestruturação da pertença à humanidade e à organização social implicados, de forma a possibilitar a reconstrução da capacidade de sustentação e inscrição do psiquismo e da corporeidade no laço social. Perscrutar a humanidade por trás da aparência de dejetivo (Benhaïm, 2012) é também possibilitar que o sujeito se veja como tal, para além de seu destino de expurgo e resto.

Outro ponto que merece ser destacado em relação ao posicionamento clínico em situações de precariedade e exclusão é a questão levantada por Rosa (2016) com relação às

resistências dos próprios analistas, relacionadas à pregnância imaginária da miséria e a uma suposta distância dos ideais da cultura, que dificultam o reconhecimento dos sujeitos e podem induzir a interpretações equivocadas sobre eles, em termos de falhas, déficits e ausência de recursos subjetivos. Segundo a autora, pode haver também uma resistência de classe social na escuta clínica desses sujeitos: na relação analítica, os sujeitos ocupam lugares opostos na estrutura social – a inclusão e a exclusão que se deparam frente a frente – e o psicanalista pode estar implicado nas normativas e interesses de classe de seu grupo social, o que constitui um impasse impeditivo da escuta clínica.

Rosa (2016) salienta que a escuta impõe um rompimento com o pacto de silêncio do grupo social a que pertencemos e ressalta que conceber esse outro marginalizado e depreciado pelo discurso social como um sujeito de desejo, atravessado pelo inconsciente e confrontado com desamparos e situações extremas implica “levantar o recalque que promove a distância social e permite-nos conviver alegres, surdos, indiferentes ou paranoicos, com o outro miserável” (p. 48). Também Douville (2012c) aponta o “levantamento de recalque” implicado no encontro com esses sujeitos que, tomados pelo real da exclusão e pelos efeitos da violência política e econômica sobre seus corpos e psiquismos, tornam a relação dos clínicos e psicanalistas com seus próprios corpos embaraçosa e incômoda, contrariando enormemente seu narcisismo.

Também considero relevante abordar os limites e impasses implicados na prática clínica em contextos de vulnerabilidade e exclusão, marcados pela presença massiva de situações extremas da subjetividade. Como destacado por Roussillon (2005), ajudar o sujeito a organizar melhor suas estratégias de sobrevivência (o que, pensando na clínica do uso abusivo de drogas, pode ser aproximado das estratégias de redução de danos) é, por vezes, o melhor que podemos lhe oferecer, ainda que isso possa chocar nosso ideal terapêutico. Frequentemente, é melhor tomar o partido da modéstia de um projeto terapêutico e respeitar

seus próprios limites do que engajar o sujeito numa empreitada que o clínico não tem os meios de assegurar, e tampouco o próprio sujeito. Benhaïm (2012) também aponta essa dimensão dos limites terapêuticos e afirma que é necessário reconhecer e aceitar a constatação clínica de que, enquanto determinados sujeitos se “restauram” rapidamente, “outros, jamais... como se nenhum discurso pudesse habitá-los, como se, por terem sido uma vez rejeitados no próprio âmago de seu ser, foram convencidos de sua impossível parte no mundo” (p. 143, tradução minha^{co56}).

Por fim, se a experiência clínica em situações extremas de vulnerabilidade e exclusão confronta frequentemente os psicanalistas com a desconstrução dos processos, modelos e ideais terapêuticos, com dificuldades que parecem insuperáveis e com sentimentos de impotência, é necessário lembrar que não somos totalmente desprovidos de referências. Como salientado por Douville (2012a), é certo que nossa relação com a teoria e os vínculos que mantemos com nossos modelos, conhecimentos e *savoir-faire* são perturbados e isso pode inquietar e direcionar nosso pensamento e ação para uma racionalidade mais operante e fundada no regime de concretude e de urgência. Todavia, é essa própria perturbação que também abre a possibilidade de se “munir de um aparelho de pensar” e de fazer com que nossas teorias e conceitos sejam interrogados, mexidos e transformados, sem ceder, contudo, a uma “facilidade romanesca e alienante do ateorismo” (Douville, 2012a, p. 6, tradução minha^{co57}).

Foram essas perturbações, crises, dificuldades e inquietações que me conduziram à empreitada desta pesquisa e à tessitura desta tese; que me conduziram a interrogar profundamente minha experiência clínica, buscando sentidos, significações, referências e a abertura de novas possibilidades clínicas; que me levaram, por fim, a perscrutar e explorar o arcabouço teórico psicanalítico a partir de outras entradas, veios e articulações (muitas delas insuspeitadas para mim anteriormente), reafirmando sua abertura e potência não apenas para

a complexa clínica com usuários de crack, mas também para outros campos clínicos atravessados de forma acentuada por processos, conflitos e desigualdades sociopolíticas. E essa trajetória permitiu-me compreender com maior clareza, complexidade e densidade que, a despeito de todas as dificuldades, impasses e limitações, mesmo nas situações mais adversas e aparentemente áridas, é possível vislumbrar o efeito estruturante e organizador da escuta psicanalítica, como destacado por Rosa (2016), e também sua potência de subversão, resistência, transformação e criação.

Encerro com a manifestação de minha aposta e meu desejo de que o que foi aqui apresentado seja útil, em alguma medida, também para outros que, como eu, referenciados ao método, à ética e à teoria psicanalítica, exercem sua clínica com sujeitos marcados por desigualdades, marginalizações, vulnerabilidades e violências sociais, políticas, discursivas e simbólicas. Espero, particularmente, que sirva para ensejar outras discussões, articulações, reflexões e reformulações.

NOTAS DE TRADUÇÃO: citações diretas na língua original

PARTE I:

co1: “(...) tout ce qui a, d’une manière ou d’une autre, la capacité de capturer, d’orienter, de déterminer, d’intercepter, de modeler, de contrôler et d’assurer les gestes, les conduites, les opinions et les discours des êtres vivants” (Agamben, 2009, p. 31)

co2: « (...) mais se réduit à un pur exercice de violence » (Agamben, 2009, p. 41).

co3: « (...) pourquoi pas, le langage lui-même » (Agamben, 2009, p. 31).

co4: « (...) modelé, contaminé, ou contrôlé par un dispositif » (Agamben, 2009, p. 34).

co5: « (...) semblent devenir réciproquement indifférents et ne donnent plus lieu à la recomposition d’un nouveau sujet, sinon sous une forme larvée, et pour ainsi dire, spectrale » (Agamben, 2009, p. 44)

PARTE II

co6: « (...) l’historien, au plan d’un savoir collectif, et le psychanalyste, au plan de la construction d’une vérité singulière, luttent l’un et l’autre contre des formes instituées de négationnisme et de mise en silence » (Douville, 2014, p. 161).

co7: « (...) la demande et le désir ne sont pas nécessairement ce qui précède la satisfaction, mais ils sont rétroactivement appelés à naître pas la grâce de cette satisfaction (*Befriedigung*), qui procure non seulement un apaisement, mais un sentiment d’adéquation » (Schneider, 2011, p. 31).

co8: « (...) une expérience plus ou moins jubilatoire qui doterait l’enfant d’un espace de résonance se faisant lieu de l’apparition simultanée de l’agent donateur (...) et de l’enfant faisant l’épreuve de ses exigences. (...) la structure d’adresse à l’Autre. (Schneider, 2011, p. 32-33.)

co9: « (...) une injection de vie qui provoque, dans le psychisme, une sortie de la solitude » (Schneider, 2011, p. 57).

co10: « (...) ne peut advenir comme humain que situé dans les parages d'un autre être humain placé 'à côté' (*neben*) » (Schneider, 2011, p. 41).

co11: « D'emblée, l'être humain est campé dans son rapport de subordination à l'autre. Un Autre auquel – la référence au grand Autre lacanien semble ici incontournable – sont attribués à la fois un droit d'interpréter comme bon lui semble et un droit de vie et de mort » (Schneider, 2011, p. 202).

co12: « (...) hors de l'humanité magnifiée dans l'imaginaire d'un idéal universaliste. (Laufer, 2016, p. 22).

co13: « (...) non seulement certains mots ou certains façons de s'adresser à autrui peuvent menacer son bien-être physique ; mais son corps peut, au sens fort, être alternativement fortifié ou menacé par les différentes manières dont on s'adresse à lui » (Butler, 2001, p. 25).

co14: « vulnérabilité habilitante » (Butler, 2004, p. 22).

co15: « interstices d'un discours culturel et d'un lien social » (Benhaïm, 2012, p. 159).

co16: « suraccumulation d'effractions de réel » (Benhaïm, 2012, p. 143).

co17: « (...) pour être habitable, le monde doit être mise en scène avec des mots » (Legendre, citado por Benhaïm, 2012, p.139).

co18: « (...) son silence, un silence de sidération, un silence de mort... » (Benhaïm, 2005, p. 105).

co19: « plaies purulentes » ; « brûlures » ; « ensanglantés, putrifiés » ; « souillées de selles » ; « escarres » ; « des dents qui tombent » ; « corps à vif » (Benhaïm, 2012, p. 152).

co20: « (...) traînant ds bouts des corps malade ou prisonnier de ses pulsions destructrices pures » (Benhaïm, 2012, p. 161).

co21: « (...) s'identifie, dans le réel, au déchet de l'Autre » (Benhaïm, 2012, p. 140).

co22: « (...) en deçà de son émergence signifiante » (Benhaïm, 2005, p. 110).

co23: « maladie du lien humain dans laquelle sont confinés certains sujets » ; « déshumanisation de la vie quotidienne » (Douville, 2012, p. 7).

co24: « entre l'individu et la 'compacte majorité (l'expression est de S. Freud) » (Douville, 2012, p. 8).

co25: « le rapport du sujet à son économie somatique et à sa langue » (Douville, 2012, p. 8).

co26: « dramatisations conventionnelles » ; « sujet 'sans' » ; « réduit à la 'vie nue' » (Douville, 2012, p. 12).

co27: « catastrophe subjective » ; « clandestine et secrète » (Douville, 2012, p. 23).

co28: « (...) possibilité de se voir attribuer des contenus psychiques, des émotions, des capacités de s'insérer dans les lois de la parole et les forces de l'énonciation » (Douville, 2012, p. 169).

co29: « Ce n'est pas dans n'importe quel contexte qu'il devient important pour un individu d'être sujet et d'avoir une vie psychique » (Douville, 2014, p. 168).

co30: « (...) le lieu privilégié de l'expression pulsionnelle en panne de 'représentations' » (Douville, 2012, p. 168).

co31: « rapetissement de l'économie subjective » (Douville, 2012, p. 174).

co32: « (...) dernière et désespérée tentative d'inscrire sur soi une conjonction drastique » (Douville, 2012, p. 170).

co33: « (...) puissant dispositif anti-mélancolique, une forme de résistance à cette mort du sujet qu'est la mélancolisation anesthésique de l'existence » (Douville, 2012, p. 172).

co34: « (...) continuer de se sentir « sujet », de continuer de maintenir le sentiment de son identité, et d'une identité inscrite au sein de l'humaine condition » (Roussillon, 2005, p. 221).

co35: « (...) 'douleur aiguë', douleur corporelle parfois, mais surtout douleur psychique, douleur sans 'sens' acceptable, douleur déshumanisante » (Roussillon, 2005, p. 224).

co36: « Les situations extrêmes ne sont pas 'pensables', elles ne sont pas 'prévisibles', elles n'ont pas de 'logique' intégrable, c'est en ceci qu'elles tendent à produire des affects de douleur ou de terreur 'purs' (...). Les situations extrêmes se donnent comme telles, sans écart possible entre la chose et sa représentation, ce qui est une assez bonne définition de l'effet de la pulsion de mort » (Roussillon, 2005, p. 224).

co37: « agonie psychique » (Roussillon, 2005, p. 226).

co38: « (...) ce qui n'est plus vivre, mais n'est pas non plus mourir » (Roussillon, 2005, p. 226).

co39: « (...) de neutraliser en soi tout ce qui se connecte avec la zone de douleur ou de terreur insupportable » (Roussillon, 2005, p. 226).

co40: « Le sujet communique par des actes ce qu'il ne peut communiquer par expression de ses affects gelés » (Roussillon, 2005, p. 229).

PARTE III

co41: « microcosme spécifique » (Kristeva, 1993, p. 23).

co42: « Chaque cure devient un idiolecte, une œuvre d'art, et la mise en place provisoire d'une nouvelle création théorique à l'intérieur du continent freudien ». (Krsiteva, 1993, p. 24).

co43: « petits riens » (Rouzel, 2009, p. 39).

co44: « (...) savoir et savoir-faire professionnels se conjuguent pour faire savoir, à qui de droit, de quoi il retourne, dans cette pratique éminemment humaine » (Rouzel, 2009, p. 44).

co45: « (...) le toxicomane se drogue, boit ou fume, pour ne pas parler et parce qu'il n'a pas pu dire » (Assoun, 2015, p. 87).

co46: « (...) qui vient parodier l'*appétit* instinctivement orienté » (Assoun, 2015, p. 54).

co47: « Dans l'expérience limite, rapport entre la *fragilité des raisons de vivre et leur indestructibilité*, la volonté individuelle de vivre, l'arrachement à la destruction, trouvent leur force de lutte dans la menace de mort. Seule l'énergie dissociative de la pulsion de mort peut propulser la poussée libertaire » (Zaltzman, 2015, p. 90).

co48: « (...) ce ne pas seulement de la douleur et des séparations traumatogènes que le drogué se protège, c'est *d'une série de traumas (dés-) organisateurs dans le rapport à l'autre* » (Assoun, 2015, p. 44).

co49: « morally ambiguous space that blurs the lines between victims and perpetrators » (Bourgeois & Schonberg, 2009, p. 108).

co50: « (...) manque d'un maillon intermédiaire dialectique – trait de la défaillance fantasmatique » (Assoun, 2015, p. 96).

co51: « psyché est corporelle parce que sa naissance, son animation le sont » (Coblence, 2010, p. 1289).

Conclusões

co52: « Notre clinique est aussi et avant tout celle de la résistance du sujet » (Douville, 2012, p. 173).

co53: « Le langage est vivant, quand il ne cherche pas à 'renfermer' ou à 'saisir' [*'encapsulate' or 'capture'*] les événements et les vies qu'il décrit » (Butler, 2004, p. 29).

co54: « (...) nous qui avons à notre disposition quelques repères en matière d'*Hilflosigkeit* » (Benhaïm, 2012, p. 159).

co55: « (...) jouissance débordante à une économie langagière signifiante » (Benhaïm, 2012, p. 150).

co56: « (...) d'autres jamais...comme si aucun discours ne peut les loger, comme si d'avoir été, une fois, rejeté au coeur même de leur être, les avait convaincus de leur impossible part du monde » (Benhaïm, 2012, p. 142).

co57: « munir d'un appareil à penser » ; « facilité romanesque et aliénante de l'athéorisme » (Douville, 2012, p. 6)

Referências

- Agamben, G. (2014). *Qu'est-ce qu'un dispositif ?* Paris: Éditions Payot & Rivages.
- Agamben, G. (2010). *Homo Sacer. O poder soberano e a vida nua I*. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Alves, Y. (2014). A cracolândia como “communitas” e o frade craqueiro. In T. Ramminger & M. Silva (Orgs.). *Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas* (pp. 83-98). Porto Alegre: Rede Unida.
- Amarante, P. (2015). Prefácio. In M. L. Acioli & M. F. S. Santos (Orgs.), *Os usos sociais do crack: construindo uma clínica situada culturalmente* (pp. 11-15). Recife: Editora UFPE.
- Arenari, B. & Dutra, R. (2016). A construção social da condição de pessoa: premissas para romper o círculo vicioso de exclusão e uso problemático do crack. In J. Souza (Org.), *Crack e exclusão social* (pp. 191-208). Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas.
- Assoun, P. L. (2005). Précarité du sujet, objet de la demande. Préjudice et précarité à l'épreuve de la psychanalyse. *Cliniques Méditerranéennes*, 2 (72), 7-16.
- Assoun, P. L. (2012). *Freud e as ciências sociais. Psicanálise e teoria da cultura*. São Paulo: Edições Loyola
- Assoun, P. L. (2015a). Psychanalyse et Addiction. In É-P. Toubiana (Org.), *Addictologie Clinique* (pp. 27-122). Paris: Presse Universitaire de France.
- Assoun, P. L. (2015b). *Corps et Symptôme. Leçons de psychanalyse*. Paris : Ed. Economica.
- Aulagnier, P. (1979). *A violência da interpretação: do pictograma ao enunciado*. Rio de Janeiro: Imago.
- Badinter, E. (1992). *XY: sobre a identidade masculina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

- Benhaïm, M. (2005). Déliaisons sociales et désubjectivation. *Cliniques Méditerranéennes*, 2 (72), 103-112.
- Benhaïm, M. (2012). Vivre est plus difficile que survivre? In O. Douville (Org.), *Clinique psychanalytique de l'exclusion* (pp. 137-162). Paris: Dunod.
- Bertoni, N. & Bastos, F. I. (2014). *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ.
- Biondi, K. (2010). *Consumo de drogas na política do PCC*. Texto apresentado no Seminário “Tráficos, violência urbana e o consumo de psicoativos: a contribuição etnográfica na compreensão das questões contemporâneas de interesse da saúde pública”, Faculdade de Saúde Pública/USP. Recuperado de https://www.academia.edu/5666346/Consumo_de_drogas_na_pol%C3%ADtica_do_PCC?auto=download
- Birman, J. (1998). Apresentação: A epopeia do corpo – nostalgias. In L. A. M. Bastos, *Eu-corpendo: o ego e o corpo em Freud* (pp. 9-24). São Paulo: Editora Escuta.
- Birman, J. (2009). *Cadernos sobre o mal. Agressividade, violência e crueldade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Birman, J. (2014). *O sujeito na contemporaneidade. Espaço, dor e desalento na atualidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Borges, W. C. & Borges, V. C. Q. (2013). Efeitos de uma narrativa sobre o crack: produzindo sentidos, reificando territórios e lugares sociais. *Revista ECO-Pós*, 16 (3), 61-83.
- Bourdieu, P. (1998). *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Bourgois, P. (2013). *En quête de respect: le crack à New York*. Paris: Éditions du Seuil.

- Bourgois, P. & Schonberg, J. (2005). Un “apartheid intime”. Dimensions ethniques de l’habitus chez les toxicomanes sans-abri de San Francisco. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 5 (160), 32-44.
- Bourgois, P. & Schonberg, J. (2009). *Righteous Dopefiend*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Brasil, Ministério da Saúde (2004). *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas* (2 ed. rev. ampl.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde (2009). *Portaria nº 1.190 de 4 de junho de 2009. Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Presidência da República (2010). *Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010. Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas*.
- Brasil (2011). *Crack, é possível vencer. Enfrentar o crack: compromisso de todos*. Recuperado de http://www.pucsp.br/ecopolitica/downloads/cartilhas/1_C_2013_Crack_possivel_vencer_material_informativo.pdf
- Brasil, Ministério da Justiça (2014). *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. Infopen – Junho de 2014*. Brasília: Ministério da Justiça.
- Bucher, R. (1992). *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Butler, J. (2002). Como os corpos se tornam matéria: entrevista com Judith Butler. *Estudos Feministas*, 1, 155-167.
- Butler, J. (2004). *Le Pouvoir des Mots. Discours de haine et politique du performatif*. Paris: Éditions Amsterdam.
- Butler, J. (2009). *Ces corps qui comptent: de la matérialité et des limites discursives du « sexe »*. Paris: Éditions Amsterdam.

- Butler, J. (2011). Vida Precária. *Contemporânea, 1*, 13-33.
- Butler, J. (2016). *Quadros de Guerra: Quando a vida é possível de luto?* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Calligaris, C. (1991). Liminar. In L. T. de Aragão; C. Calligaris; J. F. Costa & O. Souza (Orgs), *Clínica do Social: ensaios* (pp. 9-16). São Paulo: Escuta.
- Celes, L. (2010). Clínica Psicanalítica: Aproximações Histórico-Conceituais e Contemporâneas e Perspectivas Futuras. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26* n. especial, 65-80.
- Celes, L. (2016). *Corpo, pulsão e psiquismo – seis estudos freudianos* (manuscrito em preparação). Universidade de Brasília.
- Clemente, M. S. (2014). *Cracolândia dia a dia*. Rio de Janeiro: Editora Multifoco.
- Coblence, F. (2010). Psyché est corporelle, n'en sait rien. *Revue Française de Psychanalyse, 5*, (74), 1285-1356.
- Cocteau, J. (1985). *Ópio: Diário de uma desintoxicação*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Conselho Federal De Psicologia (2011). *Relatório da 4ª inspeção nacional de direitos humanos: locais de internação para usuários de drogas*. 2. ed. Brasília: CFP.
- Costa, J. F. (2005). *O vestígio e a aura. Corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P. Amarante (Org). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 141-168). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Costa-Rosa, A. (2011). Subjetividade e uso de drogas. In Conselho Regional de Psicologia da 6ª região (CRPSP), *Álcool e outras Drogas* (pp. 75-92). São Paulo: CRPSP.

- Cunda, M. F. & Silva, R. A. N. (2014). O crack em um cenário empedrado: articulações entre os discursos jurídico, médico e midiático. *Psicologia & Sociedade*, 26 (número especial), 245-255.
- Dallazen, L., Giacobone, R.V., Macedo, M. M. K. & Kuperman, D. (2012). Sobre a Ética em Pesquisa na Psicanálise. *Psico*, 43 (1), 47-54.
- Deleuze, G. (1990). Que és un dispositivo ? In *Michel Foucault, filósofo* (pp.155-161), (W. F. Nascimento, Trad.). Barcelona: Gedisa.
- Derrida, J. (2005). *A farmácia de Platão*. São Paulo: Iluminuras.
- Domanico, A. (2006). *Craqueiros e cracados: bem-vindo ao mundo dos noias. Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil* (Tese de Doutorado). Universidade Federal da Bahia. Recuperado de http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/Outros/Craqueiros_e_cracados_paginadoteseufba.pdf
- Douville, O. (2012a). Introduction. Le clinicien face à la précarisation de l'existence. In O. Douville (Org.), *Clinique psychanalytique de l'exclusion* (pp. 1-12). Paris: Dunod.
- Douville, O. (2012b). De l'exil à l'exil intérieur. In O. Douville (Org.), *Clinique psychanalytique de l'exclusion* (pp. 15-66). Paris: Dunod.
- Douville, O. (2012c). Grandes exclusions et corps extrêmes: de la fabrique du paria. In O. Douville (Org.), *Clinique psychanalytique de l'exclusion* (pp. 165-186). Paris: Dunod.
- Douville, O. (2014). *Les figures de l'Autre. Pour une anthropologie clinique*. Paris: Dunod.
- Dunker, C. (2015). *Mal-Estar, Sofrimento e Sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. São Paulo: Boitempo.
- Escohotado, A. (1998). *Historia General de las Drogas*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.

- Fédida, P. (1998) A fala e o pharmakon. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 1 (1), 29-45.
- Fernandes, M. H. (2011). *Corpo*. Coleção Clínica Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Feltran, G. (2008). *Fronteiras de tensão: um estudo sobre política e violência nas periferias de São Paulo* (Tese de Doutorado). IFCH/UNICAMP. Recuperado de <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000439781>
- Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 1, 75-86.
- Freud, S. (2006). Projeto para uma Psicologia Científica. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. I, (pp. 335-346). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1950 [1895]).
- Freud, S. (2006). Estudos sobre a Histeria. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. II. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1893-1895).
- Freud, S. (2006). A interpretação dos sonhos (I). In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. IV. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1900).
- Freud, S. (2006). Tratamento Psíquico (ou Anímico). In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. VII, (pp. 267-288). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1905).

- Freud, S. (2006). Recomendações aos Médicos que exercem a Psicanálise. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XVII, (pp. 125-136). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1912).
- Freud, S. (2010). Introdução ao Narcisismo. In P. C. L. de Souza (Trad.), *Obras Completas de S. Freud* (pp. 13-50). São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1914).
- Freud, S. (2006). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XVII, (pp. 171-184). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1919).
- Freud, S. (2010). Psicologia das massas e análise do eu. In P. C. L. de Souza (Trad.), *Obras Completas de S. Freud* (pp. 13-50). São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1921).
- Freud, S. (2010). “Psicanálise” e “Teoria da Libido”. In P. C. L. de Souza (Trad.), *Obras Completas de S. Freud* (pp. 273-307). São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1923).
- Freud, S. (2006). O Ego e o Id. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XIX (pp. 15-80). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1923).
- Freud, S. (2006). Um Estudo Autobiográfico – Pós-escrito. In *Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. XX, (pp. 11-80). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1925 [1935]).
- Freud, S. (2010). O Mal-Estar na Civilização. In P. C. L. de Souza (Trad.), *Obras Completas de S. Freud* (pp. 13-122). São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1930).

- Freud, S. (2006). Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. In *Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. XXII, (pp. 13-180). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1933).
- Foucault, M. (1985). *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (1987). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Foucault, M. (2005). *Em defesa da sociedade. Curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2016). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Garcia, L., Tykanori, R. & Maximiano, V. (2014). Uma perspectiva social para o problema do crack no Brasil: implicações para as políticas públicas. In N. Bertoni & F. I. Bastos (Orgs.), *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* (pp. 149-155). Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ.
- Garcia, L. (2016). Apresentação Senad/MJ. In J. Souza (Org.), *Crack e exclusão social* (pp. 11-16). Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas.
- Genet, J. (2015). *Diário de um ladrão*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Guimarães, V. & Celes, L. (2007). O Psíquico e o Social numa Perspectiva Metapsicológica: O Conceito de Identificação em Freud. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23 (3), 341-346.
- Gurfinkel, D. (2011). *Adicções: Paixão e Vício. Coleção Clínica Psicanalítica* (dirigida por Flávio Carvalho Ferraz). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hart, C. (2014). *Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas*. Rio de Janeiro: Zahar.

Herrmann, F. (2004). Pesquisando com o método psicanalítico. In F. Herrmann & T. Lowenkron (Orgs), *Pesquisando com o método psicanalítico* (pp. 43-84). São Paulo: Casa do Psicólogo.

IPEA (2016). *Relatório final de pesquisa: Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras*. Brasília: IPEA.

Jayle, D. (2015). *Géopolitique des drogues*. In É. P. Toubiana (Org), *Addictologie Clinique* (pp. 740-797). Paris: Presse Universitaire de France, 2015.

Kessler, F. & Pechansky, F. (2008). Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30 (2), 96-98.

Koltai, C. (2000). *Política e Psicanálise: O Estrangeiro*. São Paulo: Escuta.

Kristeva, J. (1993). *Les nouvelles maladies de l'âme*. Paris: Fayard.

Lancetti, A. (2015). *Contrafissura e plasticidade psíquica*. São Paulo: Hucitec Editora.

Laufer, L. (2015). Éclats de Mots: Pouvoirs de la Parole et Vulnérabilité. *Cahiers du Genre*, 1 (58), 163-180.

Laufer, L. (2016). Quand dire, c'est exclure. *Cliniques Méditerranéennes*, 2 (94), 21-36.

Le Breton, D. (2016a). *La sociologie du corps*. Paris: Presses Universitaires de France.

Le Breton, D. (2016b). *Antropologia do corpo*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.

Lemgruber, J. (2013, 26 de setembro). Os deserdados da terra. *O Globo*. Recuperado de <http://oglobo.globo.com/opiniaos/os-deserdados-da-terra-10164143#ixzz41OAw4iD2>

Le Poulichet, S. (1990). *Toxicomanías y Psicoanálisis: Las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Lindenmeyer, C. (2006). Le corps: lieu de l'infantile. *Recherches en Psychanalyse*, 2, (6), 147-156.

- Lindenmeyer, C. (2012). Qual é o estatuto do corpo na psicanálise? *Tempo Psicanalítico*, 44, (2), 341-359.
- Lins, D. (2004). Crueldade do devir e corpo drogado. *Verve*, 5, 186-207.
- Mac Rae, E. (2013). Prefácio. In E. MacRae, L.A. Tavares & M. E. Nuñez (Orgs.), *Crack: contextos, padrões e propósitos de uso* (pp. 27-58). Salvador: EDUFBA: CETAD.
- McDougall, J. (1996). *Teatros do corpo. O psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- McDougall, J. (2004). L'économie psychique de l'addiction. *Revue Française de Psychanalyse*, 2, (68), 511-527.
- Magtaz, A. C. & Berlinck, M. T. (2012). O caso clínico como fundamento da pesquisa em Psicopatologia Fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15 (1), 71-81.
- Malheiro, L. S. B. (2013). Entre sacizeiro, usuário e patrão: Um estudo etnográfico sobre consumidores de crack no Centro Histórico de Salvador. In E. MacRae, L.A. Tavares & M. E. Nuñez (Orgs.), *Crack: contextos, padrões e propósitos de uso* (pp. 223-314). Salvador: EDUFBA: CETAD.
- Medeiros, R. (2010). Clínica e Croni(cidade): impactos do uso/abuso de crack na configuração urbana e nos tratamentos da toxicomania. In L. F. Saporì, R. Medeiros, (Orgs.), *Crack: um desafio social* (pp. 165-218). Belo Horizonte: Ed. PUC Minas.
- Medeiros, R. (2015). A epidemia do crack: a quem interessa? In M. F. O Sudbrack, M. I. G. Conceição, I. M. Silva & S. R. Lordello, (Orgs.) *ABRAMD. Compartilhando saberes, v. 1* (pp.208-222). Brasília: Technopolitik.
- Messas, G., Vitucci, L., Garcia, L., Dutra, R. & Souza, J. (2016). Por uma psicopatossociologia das experiências dos usuários de drogas nas crackolândia/cenas de

- uso do Brasil. In J. Souza, (Org.), *Crack e exclusão social* (pp. 163-190). Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas.
- Miranda, T. A. (2015). *Comunidades terapêuticas no Brasil: história, política e ideologia* (Monografia de conclusão do Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas). Universidade de Brasília.
- Nappo, S. A., Sanchez, Z. M. & Ribeiro, L. A. (2012). Is there a crack epidemic among students in Brazil? Comments on media and public health issues. *Cadenos de Saúde Pública*, 28(9), 1643-1649.
- Nery F. A., Soares, G. G., Nuñez, M. E. & MacRae, E. (2013). Diálogo com Dr. Antonio Nery Filho, George Gusmão Soares, Maria Eugênia Nuñez e Edward MacRae sobre o crack. In E. MacRae, L.A. Tavares & M. E. Nuñez (Orgs.), *Crack: contextos, padrões e propósitos de uso* (pp. 27-58). Salvador: EDUFBA: CETAD.
- Nogueira Filho, D. M. (1999). *Toxicomanias*. São Paulo: Escuta.
- Olievenstein, C. (1986). *La vida Del toxicômano*. Madrid: Editorial Fundamentos.
- Prates, A. (2013). O crack pode melhorar a sociedade ou o potencial de cidadania que pode estar contido em algumas “epidemias”. Recuperado de http://neip.info/novo/wp-content/uploads/2015/04/prates_crack_sociedade_2013.pdf
- Quesemand-Zucca, S. (2012). Remarques d’une psychiatre-psychanalyste sur les défis que pose la grande exclusion. In O. Douville (Org.), *Clinique psychanalytique de l’exclusion* (pp. 187-204). Paris: Dunod.
- Raupp, L. (2011). *Circuitos de uso de crack nas cidades de Porto Alegre: Cotidiano, práticas e cuidados* (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo. Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-27042011-161051/pt-br.php>

- Rocha, M. E. M. & Silva, J. A. (2016). Pânico social e animalização do usuário: o crack na Folha de S. Paulo. In J. Souza (Org.), *Crack e exclusão social* (pp. 251-286). Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas.
- Rodrigues, I. S. (2016). Crack, a noia da mídia. In J. Souza (Org.), *Crack e exclusão social* (pp. 287-304). Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas.
- Romanini, M. Roso, A. (2012). Mídia e crack: Promovendo Saúde ou Reforçando Relações de Dominação? *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(1), 82-97.
- Rosa, M. D. (2004). A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 4 (2), 329-348.
- Rosa, M. D. (2006). Gozo e política na psicanálise: a toxicomania como emblemática dos impasses do sujeito contemporâneo. In A. M. Rudge (Org.), *Traumas* (pp. 101-111). São Paulo: Pulsional.
- Rosa, M. D. (2016). *A Clínica Psicanalítica em face da Dimensão Sociopolítica do Sofrimento*. São Paulo: Escuta/Fapesp.
- Rosa, M. D. & Poli, M. C. (2009). Experiência e linguagem como estratégias de resistência: psicanálise e política. *Psicologia & Sociedade*, 21, 5-12.
- Roussillon, R. (2005). Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique. In J. Furtos et al. (Orgs.), *La santé mentale em actes* (pp. 221-238). Toulouse: Éditions Érès.
- Rouzel, J. (2009). L'écriture comme lieu-dit de la clinique. *Vie sociale*, 2, 35-44.
- Rui, T. (2014). *Nas tramas do crack: etnografia da abjeção*. São Paulo: Terceiro Nome
- Santiago, J. (2001). *A droga do toxicômano: uma parceria cínica na era da ciência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Schneider, M. (2011). *La détresse, aux sources de l'éthique*. Paris : Éditions du Seuil.

- Silva, M. M. C. (2013). O crack : uma pedra no caminho...as diferentes formas de uso do crack e sua relação com os riscos e danos sociais e à saúde entre moradores do Areal da Ribeira. In E. MacRae, L.A. Tavares & M. E. Nuñez (Orgs.), *Crack: contextos, padrões e propósitos de uso* (pp. 171-222). Salvador: EDUFBA: CETAD.lancett
- Silva, C. C. R. (2014). Da punição ao tratamento: rupturas e continuidades na abordagem do uso de drogas. In T. Ramminger & M. Silva (Orgs.). *Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas* (pp. 51-68). Porto Alegre: Rede Unida.
- Sissa, G. (1999). *O prazer e o mal: filosofia da droga*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Souza, J. (2009). *A ralé brasileira: quem é e como vive*. Belo Horizonte: UFMG.
- Souza, J. (2016). *Crack e exclusão social*. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- Souza, O. (1991). Reflexão sobre a extensão dos conceitos e da prática. In L. T. de Aragão; C. Calligaris; J. F. Costa & O. Souza (Orgs), *Clínica do Social: Ensaios* (pp. 75-92). São Paulo: Escuta.
- Suarez, H., Ramírez, J., Albano, G., Castelli, L., Martínez, E. & Rossal, M. (2014). *Fisuras: Dos estudios sobre pasta base de cocaína em el Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas*. Montevideo: Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educacion, Universidad de la Republica.
- Teixeira, I. B. A. (2015). *Expurgos urbanos: Epidemia e gestão penal na política de enfrentamento ao crack* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília. Recuperado de: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/19062>
- Tiburi, M. & Dias, A. C. (2013). *Sociedade fissurada. Para pensar as drogas e a banalidade do vício*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Toffoli, L. F. (2014). A imprecisão da vida e a precisão do controle. Texto do site: *Políticas de drogas no Brasil*. Recuperado de <https://medium.com/politicas-de-drogas-no-brasil>

- Valença, T. (2013). Possíveis aproximações entre a cultura do uso de crack e uma política pública. In E. MacRae, L.A. Tavares & M. E. Nuñez (Orgs.), *Crack: contextos, padrões e propósitos de uso* (pp. 105-134). Salvador: EDUFBA: CETAD.
- Vargas, E. V. (2001). *Entre a extensão e a intensidade: corporalidade, subjetivação e uso de drogas* (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais. Recuperado de <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/VCSA-78CSU2>
- Visser, R. & Coutinho, F. (2016). O crack em uma comunidade rural. In J. Souza (Org.), *Crack e exclusão social* (pp. 119-136). Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas.
- Vorcaro, A. (2010). Psicanálise e método científico. In F. K. Neto, J. O. Moreira, (Orgs.), *Pesquisa em Psicanálise: Transmissão na universidade* (pp. 11-23). Barbacena: EdUEMG.
- Welzer-Lang, D. (2008). *Les hommes et le masculin*. Paris: Éd. Payot & Rivages
- Zafirooulos, M. (2015). *Le symptôme et l'esprit du temps. Sophie la menteuse, La mélancolie de Pascal...et autres contes freudiens*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Zaltzman, N. (2015). *Psyché anarchiste. Débattre avec Nathalie Zaltzman*. Paris: Presses Universitaires de France.