

TEXTOS

PSICANÁLISE E REDUÇÃO DE DANOS: ARTICULAÇÕES POSSÍVEIS?*

Marta Conte**

RESUMO

Este trabalho faz uma aproximação entre a estratégia da redução de danos e as contribuições da psicanálise no campo da clínica das toxicomanias. Apresentada como estratégia clínica, a redução de danos tem sua importância pelo fato de viabilizar modificações no imaginário em torno do uso e do usuário de drogas e na forma de abordar o problema das drogas, criando condições de trabalho favoráveis ao acolhimento e à construção de uma demanda analítica no sujeito toxicômano.

PALAVRAS-CHAVE: *psicanálise, clínica das toxicomanias, redução de danos.*

PSYCHOANALYSIS AND DAMAGE REDUCTION: POSSIBLE ARTICULATIONS

ABSTRACT

This paper approximates the Harm Reduction strategy and the Psychoanalytic contributions on the field of the Drug Abuse Clinic. Presented as a clinical strategy, the Harm Reduction is important for being able to produce modifications in the imaginary that surrounds the use and the drugs user as well as the way to approach the drug problem, creating favorable working conditions to the sheltering and constructing a new demand in the drug user person.

KEYWORDS: *psychoanalysis, drug abuse clinic, harm reduction.*

* Trabalho apresentado na Jornada Clínica da APPOA de 2003 "A direção da Cura nas Toxicomanias: o sujeito em questão", 17 e 18 de outubro de 2003.

** Psicanalista, Sanitarista, Doutora em Psicologia Clínica pela PUC/SP, Professora da Escola de Saúde Pública e Professora/Pesquisadora da UNISINOS. Autora do livro "A Clínica Psicanalítica com toxicômanos: o 'corte & costura' no enquadre institucional", EDUNISC, 2003. E-mail: martacon@portoweb.com.br

Este trabalho pretende fazer algumas aproximações entre a estratégia da redução de danos em saúde pública e as contribuições da psicanálise no campo da clínica das toxicomanias.

Do sujeito toxicômano muito se fala, mas pouco se escuta. Muito freqüentemente não se escuta o toxicômano, porque há consensos em nossa sociedade e, em geral, as diferentes instâncias que abordam a questão (escola, serviços de saúde e a justiça) não se dispõem a questionar esses consensos, resultando no ensurdecimento e no engessamento das possibilidades de escuta e de acolhimento digno. Não há muita disponibilidade para ouvir sobre suas histórias, pois os toxicômanos estão investidos de um imaginário que remete suas práticas ao gozo, à irresponsabilidade, à delinquência e à afronta aos hábitos e costumes. O sofrimento e o mal-estar que vivem, muitas vezes, ficam invisíveis. A droga toma sentido na cena e assume um poder que gera impotência. Se o toxicômano nos diz “eu sou o cara”, as várias instâncias que o abordam confirmam esta posição na medida em que se curvam ao poder mágico de potência da droga. O mais difícil frente a este poderio das drogas é seguir apostando nos sujeitos com os quais trabalhamos.

A HETEROGENEIDADE DO CAMPO DAS TOXICOMANIAS

Cabe-nos perguntarmos qual o campo em que se situam as toxicomanias.

Le Poulichet (1990) indica que as toxicomanias nos colocam em uma encruzilhada temática: este fenômeno pertence ao campo sociológico, médico, jurídico, psicológico, etnológico ou psicanalítico? Cada disciplina toma o fenômeno para si e em nome de alguma verdade oferece soluções.

Nesta pluralidade de interfaces que caracteriza o tema, penso que não é possível pensar as toxicomanias no interior de um campo conceitual homogêneo. E, para compor com os outros campos, é útil a perspectiva da interdisciplinaridade ou da transdisciplinaridade, que permite, através de alguns pressupostos compartilhados, abordar o tema em sua complexidade, sem reducionismos.

O campo das toxicomanias é heterogêneo tanto pelas disciplinas que se ocupam delas como pelas diferentes relações de uso de drogas e diferentes lugares que a droga ocupa na vida psíquica de cada toxicômano (como defesa primária ou secundária). No próprio campo da psicanálise, as análises sobre o tema se voltam à clínica dos sujeitos toxicômanos, mas também aos imperativos sociais de consumo, assim como têm contribuído para problematizar a forma como diferentes instâncias (a escola, a justiça, a FASE, FASC, entre outras) consideram o sujeito em questão.

Há um discurso social do flagelo das drogas, de um imaginário em torno do usuário e das drogas, sua periculosidade, sua responsabilidade sobre a sustentação da rede de tráfico, enfim um discurso a propósito de uma entidade autônoma e perversa que não se submeteria aos efeitos da escuta analítica (Conte, 2003a).

É preciso ter a dimensão deste entrecruzamento, para vislumbrar os obstáculos e avanços, e rever pressupostos que possam efetivamente marcar este processo histórico e cultural, com contribuições que façam diferença e auxiliem na perspectiva clínica e social que questione consensos e provoque o surgimento do sujeito nas toxicomanias.

É justamente este o ponto que nos interessa enfocar: como este imaginário toca os psicanalistas e os profissionais da saúde pública?

A SAÚDE PÚBLICA E AS TOXICOMANIAS

A abordagem da saúde pública voltada para os dependentes de álcool e outras drogas acompanhou os avanços promovidos pela reforma psiquiátrica e pelo movimento da luta antimanicomial, o que significou o reconhecimento de direitos e deveres dos *loucos* e, junto a eles, os dos toxicômanos. Neste sentido, passa-se a dar maior visibilidade ao sujeito toxicômano, como um sujeito de direitos e colocam-se em debate aspectos fundamentais, como: responsabilidade individual, responsabilidade penal, liberdade de escolha, descriminalização, diversificação das modalidades de atendimento e de tratamento, objetivos dos tratamentos, direção do tratamento, qualificação na interface da saúde e da lei, dispositivos intersetoriais (esporte, lazer, cultura, trabalho), entre outros.

Historicamente, o movimento da reforma psiquiátrica deslocou a clínica de um lugar central em relação à loucura e centrou-se na luta pela cidadania dos *loucos*. Na saúde pública há predominantemente referências aos cuidados psicossociais que visam a formas de auxílio para viver, como proposta de transição entre a instituição total e o necessário trabalho para uma reinserção social, onde o manejo de circunstâncias extraclínicas se faz necessário, como nos indica Tenório (2001).

A confusão que pode ocorrer quando se mescla clínica e política define-se na idéia de acesso aos direitos, que são entendidos como dever do Estado. Ao invés do trabalho, que cria condições para que o sujeito venha a exercitar o cuidado de si e a desejar um projeto de vida, o Estado impõe-lhe o acesso a seus direitos como um dever.

Constato, assim, a necessidade de revisar esta secundarização da clínica na saúde pública, para avançar para além das conquistas de direitos em relação aos *loucos* e aos toxicômanos.

A respeito disto, que relevância teve ou tem a psicanálise sobre a escuta dos toxicômanos?

Muitos psicanalistas que trabalham na saúde pública estão compartilhando suas práticas, potencialidades, limites e angústias, contribuindo com este debate. Uma forte influência da psicanálise neste campo auxilia a problematizar práticas de anulamento subjetivo, questionar os ideais de abstinência e as formas de abordar as toxicomanias que agravam o sofrimento psíquico e aumentam a vulnerabilidade frente ao gozo do Outro que aprisiona. Ao falar-se de abstinência na perspectiva psicanalítica, para a clínica das toxicomanias, trata-se de remeter à posição que o próprio analista ocupa e que coloca em jogo na direção do tratamento. Vários psicanalistas aprofundaram este tema, entre eles Melman (1992), Waks (1995) e Conte (2003a).

Fazendo esta primeira aproximação entre a reforma psiquiátrica e a psicanálise, considera-se que há em comum a recusa ao achatamento do sujeito a uma passividade que pede assistencialismo, ou a um sujeito-corpo (orgânico e biológico), que pede solução medicamentosa, ou, ainda, a um sujeito ideal, que apela por felicidade no reencontro com um objeto harmônico, ao preço de não se envolver com seus conflitos psíquicos.

As diferenças ficam por conta da ética, dos objetivos das intervenções e a quem se voltam. No campo da reforma psiquiátrica prioriza-se a ética do cuidado, voltada especialmente a um sujeito psicossocial e de cidadania, visando, entre outros objetivos, à sustentabilidade da existência, o reconhecimento em uma reinserção social, como o resgate de direitos. Para a psicanálise, o que rege é a ética do desejo, voltada ao sujeito do inconsciente, que, no entanto, para ser acessado, precisa situar-se em relação a sua existência, para vir a demandar algo.

Quanto às diferentes concepções, na clínica das toxicomanias, reconhecem-se as primeiras formulações freudianas ligadas à regressão/fixação, passando pela busca do prazer através do encontro com um objeto ideal e as formulações quanto à defesa (contra a depressão, a psicose, as frustrações, etc.), até chegar-se a uma concepção de um gozo insuportável, ao qual o uso intensivo expõe o sujeito. Este gozo insuportável pode produzir o desaparecimento subjetivo, cuja proteção se dá através de inúmeros anteparos que os toxicômanos passam a buscar, para fazerem frente a sua extrema fragilidade a uma entrega ao gozo do Outro (por um fluxo contínuo, vampírico, sufocante).

As conseqüências clínicas que podemos buscar nas contribuições psicanalíticas são contrárias à promessa de encontro com um objeto harmonioso, no lugar da dependência às drogas, ou ao fortalecimento de partes saudáveis do ego como direção do tratamento.

No entanto, a maioria das práticas dominantes (cognitivo-comportamental, psiquiátrica e religiosa) reúnem-se na noção de objeto adequado em uma equivalência com a abstinência das drogas, fortalecendo a instância da vontade para colocar em prática um plano terapêutico que o sujeito recebe e de que pouco participa, e sem tocar nas origens do conflito toxicomaniaco. A noção freudiana de objeto perdido coloca-se em oposição a estas práticas citadas, por caracterizar-se por uma relação profundamente conflitual do sujeito com seu mundo.

Foi com base na constatação da pouca eficácia dos tratamentos pela abstinência e dos altos custos das políticas repressivas, com pouca resolutividade, que a concepção da redução de danos passou a ser utilizada em saúde pública.

REDUÇÃO DE DANOS

Ao trazer brevemente a história da redução de danos, situarei, também, a surpresa e o desconhecimento com que nos defrontamos face a esta experiência.

As estratégias de redução de danos tiveram origem na Inglaterra, em 1926, com o Relatório Rolleston, elaborado por uma comissão interministerial, presidida pelo Ministério da Saúde, que estabeleceu o direito dos médicos ingleses de prescreverem opiáceos a adictos dessas drogas, entendendo esse ato como tratamento, e não como *gratificação à adição*. A prescrição era feita como manejo da síndrome de abstinência em tratamentos com objetivo de cura, após inúmeras tentativas ineficazes de tratamento pela abstinência, e quando ficasse demonstrado que o paciente não conseguiria manter vida normal e produtiva sem uma dose mínima de droga administrada regularmente (Manual de Redução de Danos, 2001).

Outras iniciativas se desenvolveram com o advento da Aids, já a partir dos anos 80, com o objetivo de prevenção. Junto com a implantação de programas de redução de danos (PRD) em vários países (Bélgica, Austrália, Alemanha, Suíça, França, Canadá e Brasil) surgiram outras modalidades, que visavam regulamentar o uso de drogas em *coffee-shops* (locais, horários, tipos de drogas permitidas), além da prescrição médica de metadona ou heroína, implantação de abrigos, centros de urgência, narcossalas, máquinas que fornecem seringas e auxílio na busca de emprego.

Pesquisas constatam, em vários países, que ocorreu a estabilização no número de dependentes, diminuiu a infecção pelo Hiv e baixou a mortalidade entre os usuários (Europa, Reino Unido, Austrália e Brasil).

Desde 1989, o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça passaram a orientar a implantação destes programas, financiados pelo Banco Mundial.

O primeiro Programa de Redução de Danos no Brasil surgiu em Salvador, em março de 1995. Acompanhando estes programas, várias leis foram sancionadas para legitimar a prática da redução de danos em vários outros estados e municípios.

No Rio Grande do Sul, o primeiro Programa de Redução de Danos foi em Porto Alegre, em 1996. Hoje são desenvolvidos programas em 23 municípios. Outra realidade que se configura é a migração do uso de drogas injetáveis para o uso do *crack*. Isto tem exigido assessoramento, estudo e trocas de experiência, para o acolhimento destes toxicômanos.

A redução de danos, que no princípio estava voltada para a prevenção de doenças de transmissão sanguínea entre usuários de drogas injetáveis, e que, pela natureza de seus propósitos, chegou a ser identificada apenas como prática de trocas de seringas, progressivamente passou a ser vista pela essência de seus princípios: o respeito aos usuários de drogas, sua demanda e seu tempo.

O que melhor caracteriza o conceito de redução de danos é a *flexibilidade* no contrato com o usuário. Significa estabelecer vínculo, facilitar o acesso a informações e orientações, estimular a ida ao serviço de saúde, utilizando propostas diversificadas e construídas com cada usuário e sua rede social. Considera-se o que é pedido e as possibilidades para compor um acompanhamento, com combinações em comum acordo, chamado de plano de ação terapêutico.

A redução de danos nos levou mais próximos da voz dos usuários em condições de exclusão, problematizando fatores de risco, como: os imperativos sociais de consumo, a influência da publicidade, que referenda identidades estandarizadas, *de parecer ser*, o rompimento de laços, o moralismo, o preconceito social e a criminalização.

Através da redução de danos, tem sido possível retomar um olhar e um desejo de investimento voltados aos sujeitos toxicômanos, contrapondo-se à rigidez das exigências por uma sociedade livre de drogas. A redução de danos, apresentada como uma estratégia em saúde pública, tem sua importância como contribuição ao campo social pelo fato de questionar consensos colocados de antemão em torno do usuário e das drogas, por reconhecer diferentes relações de uso de drogas, uma vez que há a disposição a escutar quem permanece envolvido com as drogas, e propõe um diálogo com outras instâncias, permeando-as.

A redução de danos permite uma mobilidade que nos coloca em outra forma de relação com o social, servindo-nos, muitas vezes, de referência, de ponte, entre o sujeito e o laço social do qual está apartado. Lembra o trabalho do acompanhante terapêutico.

São várias as formas de estar orientado pela redução de danos. O trabalho do redutor de danos é ativo, isto é, ele vai ao campo, ao local onde o usuário utiliza drogas em grupos, *brets*. Insere-se no grupo e orienta o uso limpo, além de acolher diferentes pedidos de encaminhamento para testagem, consultas, documentos, relação com a justiça, etc.

Quanto à redução de danos entre profissionais de saúde, tenta marcar uma diferença com a posição médica, acompanhando os toxicômanos, menos pelo ideal de saúde e mais por aquilo que é viável para o paciente. Propõem-se esquemas de proteção, sem necessariamente exigir abstinência, a não ser que o uso intenso apresente situações de risco de vida.

O que parece ser um recurso valioso é que as estratégias de redução de danos permitem diálogo maior com diferentes instâncias, ressitando o debate sobre as drogas pautado pela ética, pelo respeito à subjetividade, entre outros. Por exemplo, quando um juiz se referencia pela redução de danos consegue fazer interlocução com uma equipe interdisciplinar e problematizar caso a caso, inclusive a situação dos usuários ou dependentes que fazem pequenos tráficos para sustentar o uso, sem compulsoriamente enquadrá-los no art. 12 – tráfico de drogas, crime hediondo.

Uma constatação bastante produtiva na perspectiva da redução de danos e da psicanálise foi analisar a extensão do que ocorria nas *trocas* entre redutores de danos e usuários. O que iniciou pela troca de seringas tomou significações de laço. Junto com a troca de seringas, os usuários, ao sentirem-se investidos, passaram a trocar olhares, cuidados, investimentos, pedidos de informações e outros. Estas trocas permitem, muitas vezes, a entrada de um terceiro, que rompe com a relação dual, intensa, exclusiva e mortífera com as drogas. Um circuito libidinal/pulsional se restabelece e se atualiza, respaldado por uma remontagem fantasmática. Neste ponto, o redutor de danos se presentifica, há um maior cuidado com o toxicômano por esta vulnerabilidade na relação mortífera com o Outro. Recoloca-se o Sujeito barrado em relação ao objeto a.

Na clínica psicanalítica, a redução de danos tem uma contribuição, especialmente em relação às toxicomanias mais graves, que se apresentam com uma desorganização psíquica significativa e perdas em vários aspectos de vida. Nestas toxicomanias, o amparo ao sujeito de cidadania, psicossocial ou de direitos, anda junto com o trabalho sobre as condições do psiquismo, por isto a importância da interdisciplinaridade.

Nas situações de maior miséria subjetiva empresta-se nosso desejo para que o toxicômano tenha por que reconstruir sua existência, constituindo um campo de troca e reduzindo danos conseqüentes da relação mortífera com a droga e com o grande Outro.

Para além do atendimento individual, são necessárias as entrevistas com familiares, o acompanhamento terapêutico, a inclusão em atividades diversificadas, e outros esquemas de proteção, que são construídos a partir das demandas dos pacientes, de acordo com suas necessidades e interesses.

Quanto à abordagem da abstinência, há uma aproximação entre a redução de danos e a clínica psicanalítica, na reafirmação da importância da abstinência do lado do analista, dos nossos ideais, permitindo a escuta do sujeito toxicômano, auxiliando-o, na direção do tratamento, a posicionar-se em relação ao cuidado de si, ao cuidado dos outros, de seus atos e ao mundo em que vive.

Algo nos surpreendeu na aproximação com esta realidade que as pesquisas constataam: o dependente de drogas, quando orientado sem preconceitos, consegue assumir o cuidado de si, de forma responsável no uso de drogas. Dentre os usuários de drogas injetáveis, 60% pararam de compartilhar agulhas e seringas, apesar de não deixarem de usar drogas injetáveis. Isto assinala o quanto é fundamental desenvolver políticas sociais e de investimento voltadas aos usuários e/ou dependentes de drogas.

Apresento, a seguir, recortes da análise de um caso clínico atendido em consultório, para ressaltar uma escuta que não se prenda ao fenomenológico do mundo das drogas e que, através de pontuações e construções, utilizando a metáfora da arqueologia, vise resgatar os “fragmentos da vida infantil que faz buraco na biografia” (Melman, 1992, p. 30).

A construção, obra do psicanalista, é sempre inexata, nos diz Melman (1992), podendo ser uma intervenção útil do psicanalista, pois auxilia a desvelar os significantes que entrelaçam a história de um sujeito e não apenas a história do consumo de drogas (padrão, modalidade, etc).

CASO LUIZ

Quando Luiz chega para atendimento, solicita que eu não menospreze a dimensão das drogas em sua vida. Veio de uma experiência na qual um profissional havia lhe proposto falar de outras coisas a centrar-se na sua experiência com as drogas. Como, naquela proposta, não havia sido dado o devido valor ao lugar que a droga ocupava em sua vida e ao rombo que a droga cobria, não se engajou.

Luiz relata em análise que resolveu denunciar à polícia os pontos de tráfico que conhecia, e levou esta informação ao conselho do bairro, que passou a freqüentar depois que interrompeu o uso de drogas. A decorrência de seu ato foi a prisão de vários traficantes. Sentiu-se culpado, no início, pois entre esses traficantes havia pessoas com princípios, com as quais estabele-

cia boa relação. Mas depois referiu sentir-se aliviado, podendo transitar na rua sem ser abordado, três ou quatro vezes na mesma quadra, como ocorria anteriormente.

A droga, em sua vida, pode ser compreendida como um significante no real que transpõe a droga-família para seu consumo de drogas intenso. O que caracteriza a relação com as drogas são os mesmos significantes que caracterizam sua relação tóxica com a família: destruição, invasão, subserviência. Seu projeto de vida escorre-lhe pelas *mãos*, tanto mais as drogas lhe ficam acessíveis. Ganha e perde por suas andanças, que o distanciam estrategicamente de sua família. No entanto, mantinha-se ligado às demandas e as respondia com prontidão, para não correr o risco de ficar fora. A mensagem familiar era de que todos tinham que viver de forma miserável, ligados ao ilícito, infelizes.

Diz que se via preso à droga e agora consegue se ver em outro plano. Reconsidera seu potencial, questiona-se sobre o que tem de interessante. Se antes as pessoas se aproximavam por causa das drogas, agora se pergunta intrigado: O que as atrai a mim? De uma posição denegrada e de desistência frente à vida, passa a ampliar suas relações e a assumir seus compromissos, sustentando desejos de diferentes ordens.

Na medida em que a droga foi escutada como um significante que se refere ao âmbito das relações familiares e pelo fato de se aceitar a droga como uma questão para Luiz, ele conseguiu deslizar de uma relação dual, passando a tomar distância não só da droga, mas dos traficantes e, também, dos imperativos da família.

DIÁLOGO E QUESTIONAMENTOS

A redução de danos, como concepção que flexibiliza as abordagens voltadas ao sujeito envolvido com as drogas, não promete um objeto harmônico ou a recuperação de um sujeito ideal. Ao contrário, valoriza a singularidade e o tempo do sujeito, não impondo ideais pré-formatados ou impossíveis.

Para a redução de danos, a direção do tratamento é resultante de um processo, que inicia muito antes de o sujeito chegar ao tratamento propriamente dito, já que a aproximação dos redutores de danos com esta população vulnerável trabalha as condições da existência que permitirão ao sujeito toxicômano demandar tratamento, ou outras formas de auxílio, ou inclusão social. Este trabalho preliminar tenta recuperar a palavra, a história, as marcas e a memória do sujeito toxicômano, reconhecendo sua existência e escutando suas queixas, necessidades e demandas.

Um problema que esta concepção pode oferecer é de deixar o sujeito mais livre ainda do que se encontra, sem sinalizadores que sirvam de obstá-

culo a uma entrega alienada. No entanto, a proximidade e a pouca exigência inicial dos redutores de danos com os toxicômanos facilita o vínculo, porque respeita a distância que o toxicômano precisa manter com o Outro, para não se sentir invadido. Há um grande cuidado, também, em não cair em uma apologia ao uso de drogas, mesmo que muitos pratiquem a redução de danos nestes termos.

A escuta analítica tem uma importante função na clínica das toxicomanias e, para efetivar esta função, precisa-se reconhecer as especificidades quanto à linguagem, à transferência, ao sintoma e ao gozo implicados. Esta escuta pode abrir vias, escavar algo entre a *necessidade* e a demanda que vislumbra um lugar para o sujeito (Conte, 2003).

Considerando as especificidades citadas, ressalta-se a importância de o trabalho analítico estar articulado a uma *equipe interdisciplinar*, além da flexibilidade da posição do analista e da importância em referenciar outros recursos de suporte, na direção do tratamento das toxicomanias.

Talvez um dos problemas sobre o qual se possa refletir aqui é a difícil vinculação do toxicômano em análise, sem o trabalho preliminar sobre a demanda. É justamente antes que o sujeito emerja que há um trabalho preliminar que pode estar compreendido no campo da psicanálise e como responsabilidade do analista. Isto, porque o paciente coloca, muito frequentemente, a princípio, uma tentativa de reconciliação com o uso de drogas, para recuperar o bom uso destas. Este convite pode ser escutado como não-engajamento ao tratamento ou como um pacto perverso. Ao recusar a formulação inicial desta demanda, como seria possível trabalhar um deslizamento resistencial e sintomático?

Para finalizar esta tentativa de aproximação, interessou-me, especialmente, evidenciar que está presente tanto nas formulações da psicanálise como na redução de danos a tentativa de implicação do sujeito toxicômano em seu discurso, em seus atos e no laço social – enfim na direção do tratamento. Reduzir danos subjetivos auxilia a romper com o ideal de cura sem, no entanto, decretar ausência de cura como pressuposto.

Na medida em que a redução de danos passou a circular no âmbito público como uma diretriz, propôs um amplo debate, como assinaei, especialmente refletindo sobre a forma de acesso ao tratamento, não como um dever, mas como uma escolha. Esta discussão tem ressituated a potencialidade do trabalho em rede, resultando em maior disponibilidade dos profissionais da saúde pública para uma clínica ampliada com toxicômanos.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Manual de redução de danos*. Brasília: 2001.
- CONTE, Marta. *A Clínica Psicanalítica com toxicômanos: o "corte & costura" no enquadre institucional*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003a.
- CONTE, Marta. Necessidade demanda e desejo: os tempos lógicos na direção do tratamento nas toxicomanias. *Revista da APPOA*, ano 11, n. 24, maio 2003.
- LE POULICHET, Sylvie. *Toxicomanías y psicoanálisis; las narcoses del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1990.
- MELMAN, Charles. *Alcoolismo, delinquência e toxicomania; uma outra forma de gozar*. São Paulo: Escuta, 1992.
- TENÓRIO, Fernando. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.
- WAKS, Claudio E.M. *A clínica psicanalítica da toxicomania; o lixo clínico*. São Paulo: PUC/SP, abril. 1995. (Trabalho apresentado no II Congresso de Psicopatologia Fundamental da PUC/SP).