Modelos de atendimento a toxicômanos*

RICHARD E. BUCHER**
PRISCILA F. COSTA***

1. Introdução; 2. O modelo psiquiátrico de atendimento a toxicômanos; 3 O modelo comportamental de atendimento; 4. O programa da metadona; 5. O modelo relacional de atendimento; 6. A necessidade de um atendimento integrado.

O atendimento a toxicômanos suscita múltiplos problemas, de ordem biológica, psicológica, social e jurídica. Pretende-se, pelo presente estudo, investigar os principais modelos de atendimento, com vistas à implantação de um modelo novo, integrando as diversas dimensões, necessárias e complementares, na abordagem dos dependentes de drogas. Distinguem-se três modelos principais: o modelo médico-psiquiátrico, que encara mais o aspecto biológico da dependência de drogas ou, ainda, assimila o "viciado" aos "doentes mentais"; o modelo comportamental, que recorre a instrumentos de condicionamento ou de dessensibilização e a medidas educativas, coercitivas ou sugestivas visando, de maneira diretiva, a aquisição de novos tipos de comportamento, de fato propostos ou impostos de fora; o modelo relacional, que, inspirando-se na psicanálise ou ainda, na sua vertente familiar, na abordagem sistêmica, propõe uma orientação não-diretiva do drogado, tentando explorar e trabalhar os seus conflitos pessoais e sociais inconscientes, as suas motivações e desejos e a sua tendência autodestruidora. Para que o toxicômano chegue a se responsabilizar por si mesmo e a fazer uma aprendizagem da liberdade no respeito da diferença do outro, faz-se mister a elaboração de um modelo integrado que leve em conta, além do arcabouço teórico, a especificidade antropológica do problema de drogas em geral, na sociedade brasileira em particular.

1. Introdução

Os fenômenos de droga angustiam os pais, preocupam os educadores, interpelam as autoridades, fascinam os jovens... Muitas vozes se levantam para con-

* Artigo apresentado à Redação em 10.7.84.
** Doutor em psicologia; psicanalista; professor no Departamento de Psicologia da Universidade de Brasília. (Endereço do autor: SUN 716, Bl. T — casa 21 — 70770 — Brasília, DF.)
*** Psicóloga.

denar o seu uso, para exigir medidas repressivas mais enérgicas, para punir os grandes traficantes, para doutrinar a juventude, para estabelecer programas preventivos... — mas o consumo de drogas continua a alastrar-se pelo mundo, a alastrar-se pelo Brasil.

O que é certo é que não há soluções adequadas nem, sobretudo, mágicas que possam ser aplicadas para que desapareça o problema; há, no entanto, abordagens sem dúvida mais pertinentes do que outras, no que diz respeito à sua compreensão — compreensão que, em nosso entender, tem que passar pelo reconhecimento do seu alcance antropológico e do seu impacto sócio-cultural.

O presente trabalho, pois, propõe alguns delineamentos para uma abordagem mais compreensiva do que repressiva da toxicomania, examinando as diversas modalidades de atendimento. Contudo, mesmo tratando-se do aspecto terapêutico propriamente dito, é imprescindível inserir o fenômeno num contexto mais amplo, histórico e social notadamente, para que se chegue a uma visão mais abrangente e mais relevante do fenômeno, ultrapassando os preconceitos, as atitudes moralizantes ou repreensivas e as medidas repressivas.

De fato, não é possível estipular, de antemão, a partir de quando, a partir de que limiar o uso de drogas se torna patológico. Nós todos usamos drogas, a começar pelos medicamentos, pelo fumo e pelo álcool — e se estas drogas são legais, elas o são apenas dentro de uma determinada civilização, no caso a nossa. A "legalidade", pois, não é algo evidente em si, mas foi estipulada em função de certos interesses, muito mais econômicos do que morais.

No entanto, há sem dúvida uma diferença entre o alcoólatra e o drogado toxicômano, no sentido de o primeiro — pelo menos no início — inscrever-se não somente na legalidade, mas também no circuito comercial oficializado pelo incentivo ao consumo; assim, ele ainda participa da sociedade de consumo e se deixa controlar por ela, embora situando-se às suas margens.

O drogado, ao contrário, escapa a este controle, "fura" o circuito comercial autorizado e devidamente tributado. Claro que ele se torna tributário de um outro circuto, clandestino ou semi-oficial, mas não pode mais ser encerrado no sistema social vigente. Ele, conseqüentemente, transforma-se numa ameaça para este sistema, que, numa atitude de autoproteção, tem que persegui-lo como um elemento desestabilizador da sua política e da sua ideologia.

A delimitação de patologia toxicômano não se resolve, portanto, recorrendo à distinção entre drogas legais e drogas ilegais. Em ambos os casos, pode-se chegar à tríade que caracteriza esta patologia tão ameaçadora, a saber, dependência, loucura e morte.

Mais indicado seria, pois, distinguir entre *uso* e *abuso* de drogas, entre *usuários circunstanciais* (ou "recreativos") e *dependentes* de um consumo contínuo ou crescente. Com esta distinção, mais clínica do que principal — e corriqueira a respeito do álcool — contorna-se o recife da legalidade e a necessidade repressiva a este ligada. Ademais, esta distinção pode facilitar um atendimento mais amplo de dependentes de drogas, abrir novas perspectivas preventivas e educativas e permitir uma abordagem mais serena e menos passional do problema... Porém, há um longo caminho a percorrer até lá, e os obstáculos de todo tipo são enormes.

Ressaltamos aqui a importância da análise do fenômeno toxicômano quanto às incidências dos fatores sócio-culturais e econômicos. De fato, segundo as teses de Olievenstein, um dos grandes especialistas mundiais do assunto, a toxicomania tem que ser considerada decorrente de um encontro de três fatores: a

personalidade do toxicômano (o fator psicológico), o *momento-sócio-cultural* (os aspectos social, cultural e econômico) e o *produto* (as drogas entorpecentes).

Enfocar um só destes fatores, que *juntos* "fazem" a toxicomania, leva a visões distorcidas e unilaterais do grave problema. Assim, a abordagem que focaliza somente as drogas e as perturbações biológicas que causam poderá entender as alterações psíquicas e físicas em que um drogado incorrer e poderá até chegar a uma "desintoxicação" momentânea — mas não se questionará nem entenderá *por que* este drogado começou a intoxicar-se.

Ao contrário, focalizando os fatores sócio-culturais que levaram à eclosão da *beat-generation* e do movimento *hippie,* à promoção do "ideal jovem" e da contracultura *underground,* pode-se chegar a uma compreensão idealizante (e, quem sabe, apologética) dos jovens metidos em drogas, esquecendo-se dos destroços que estas provocam, dos conflitos psíquicos familiares e sociais que levaram tantos jovens à marginalização; esquece-se ainda da miséria moral na qual mergulham, muitas vezes de maneira irrecuperável, entregues à decadência física e mental, à depressão, à violência, à delinqüência, ao suicídio, à *overdose*...

No caso, contudo, de enxergar tão-somente a personalidade do dependente de drogas, corre-se o risco de patologizá-lo: dependendo do enfoque, ele será, até sucessivamente, psicopata, doente mental, vadio, delinqüente, criminoso, marginal, recidivista, criatura anti-social perigosa... Mas não se entenderá nada das constelações familiares e sociais e dos seus conflitos, à base da sua procura de uma vida alternativa que as drogas parecem garantir; não se entenderá a extraordinária experiência de prazer que estas proporcionam, numa exaltação física e mental exuberante, cujo orgasmo "cósmico" deixa marcas tão profundas que os prazeres "comuns", permitidos a nós, mortais, perdem toda atração e todo encanto.

Os diferentes modelos de atendimento a toxicômanos são tributários, em maior ou menor extensão, de visões unilaterais destes fatores: sobrevalorizando determinados aspectos em detrimento de outros, complementares, não se chega àquele atendimento integrado que a complexidade do fenômeno requer.

2. O modelo psiquiátrico de atendimento a toxicômanos

O atendimento psiquiátrico sem dúvida é a resposta mais antiga que a sociedade encontrou para se opor e, de fato, se defender contra a presença, em seu meio, de sujeitos que recorrem a drogas para escapar a um enquadramento que acham inaceitável. Porém, não se trata aqui de intentar mais um processo à psiquiatria como sendo um dos instrumentos repressivos dos quais a sociedade dispõe. As análises contundentes e muitas vezes pertinentes dos autores da antipsiquiatria, as pesquisas arqueológicas de um Foucault ou as denúncias ruidosas de um Szasz, por exemplo, são suficientemente conhecidas para que não precisem ser lembradas aqui.

O que se percebe, contudo, é que elas não mudaram grande coisa na organização da *prática* psiquiátrica: esta continua exercer sua ação repressiva, com a bênção de uma sociedade que absorveu, com a habilidade costumeira, as críticas e contestações que a antipsiquiatria lhe endereçou. Mas, como infelizmente também é de costume, a integração anuladora destas críticas e as medidas repressivas pelas quais se continua querer jugular tanto as "doenças mentais" como a toxicomania não surtem efeito e não acabam com estes fenômenos, perturbado-

res da ordem constituída. Estes permanecem e se ampliam e exigem respostas mais adequadas (e sobretudo mais compreensivas), se se quer responder à altura dos problemas sociais e psicológicos que eles colocam.

Mas vejamos de perto a resposta psiquiátrica corriqueira que recebem os drogados, ou seja, os "viciados em drogas" e outros "farmacodependentes". De fato, é raro um drogado procurar pessoalmente uma consulta psiquiátrica, particularidade que define de antemão, na maioria das vezes, a recepção que lhe é oferecida: o encontro não se baseia no voluntariado, não expressa a procura livre e confiante de uma ajuda, mas se processa como uma relação de força à qual o drogado tem que se submeter. Sendo *levado*, pois, para a consulta, isto é, em geral, para o hospital psiquiátrico, quer pela família quer pela polícia, ele será internado para sofrer uma "cura de desintoxicação"...

Como outros marginalizados (alcoolistas, suicidas...), os toxicômanos no hospital geral incomodam por serem "doentes" diferentes, relativamente "sadios" — mas sobretudo por serem contestadores dos regulamentos hospitalares e perturbadores da ordem e da tranqüilidade do serviço. Por esta razão, os atendentes raramente aceitam de bom grado a internação de toxicômanos: a tendência geral, no mundo inteiro, é de encaminhá-los de imediato para o hospital psiquiátrico, ou ainda, o manicômio. Ali os espera o tratamento psiquiátrico clássico: assimilados aos "doentes mentais", recebem um tratamento medicamentoso que muitas vezes não difere da "camisola" química que condiciona os pacientes psicóticos. Curas de sono, curas de Sackel, eletrochoques, células de isolamento e outras parafernálias lhes são aplicados — não somente para permitir a "desintoxicação", mas também, numa intenção às vezes nem camuflada, para puni-los pelas transgressões cometidas.

Forçado, pois, a submeter-se a este tratamento, o toxicômano chegará sem dúvida a desacostumar-se da tomada de drogas, após um período de alguns dias de um sofrimento agudo, psíquico e físico, em conseqüência da "falta" do produto, ressentida violentamente pelo organismo; sem dúvida também, ocorre que a hospitalização psiquiátrica chegue a salvar um certo número de drogados de uma morte certa, como o faz também a encarceração; mas isto não pode iludir quanto ao fato de que estas práticas não surtem grande efeito; saído do hospital, movido por um desânimo e uma mágoa profunda, a volta às drogas apresenta-se não somente como o caminho mais fácil, mas até, em muitos casos, como o único caminho possível, em conseqüência das desestruturações e mutilações sofridas.

De fato, estas desintoxicações, quando realizadas sob um enfoque meramente médico-orgânico, na ignorância dos aspectos psicossociais e dos valores da pessoa humana, produzem mutilações psicológicas profundas. Estas não somente levam o jovem a recorrer rapidamente às drogas de novo, mas ainda tirarão dele toda e qualquer vontade de voltar um dia a procurar ajuda nas instituições que, oficialmente, teriam a tarefa de oferecê-la.

Desintoxicar, pois, é relativamente fácil, mas não resolve o problema, como não o resolve o hospitalocentrismo da psiquiatria clássica... O verdadeiro trabalho com o toxicômano começa *depois* da cura de desintoxicação, quando se trata de *motivá-lo* a *querer* libertar-se da sua dependência de drogas. Esta motivação, evidentemente, não pode ser forçada, não pode ser inculcada ou imposta de fora, mas tem que desenvolver-se no próprio drogado. E de fato, muitos deles chegam realmente a "querer" acabar com o consumo de drogas, para "normalizar-se" e/ou para pôr-se a salvo da autodestruição; mas para que cresça esta

motivação, precisa-se de muito tempo, de muito sofrimento e de uma tomada de consciência progressiva da gravidade da situação nos três aspectos entrelaçados, do corpo, da mente e da vida social.

Às vezes é o próprio encontro com a morte — de amigos ou companheiros, ou um risco pessoal corrido por uma superdose ou uma tentativa de suicídio — às vezes a vivência depressiva ou o sentimento de solidão que fazem com que um desejo verídico de "sair dessa" aflore no drogado; porém, muito opõe-se a uma saída rápida e definitiva do estado de dependência: a sua experiência anterior e indelével do prazer, a sua estrutura de personalidade, condicionando esta sua experiência de gozo e a necessidade de reproduzi-lo sem rodeios, "aqui e agora", bem como as condições sócio-econômicas e a hostilidade da comunidade civil, senão da família, que encontrará quando tenta a sua reinserção social. Cabe levar em conta também o desencanto radical que facilmente toma posse dele, quando percebe que fracassou em sua vontade de encontrar, de inventar um "outro" tipo de vida, uma vida renovada, revolucionária, criativa, prazerosa...

Todos estes aspectos, pois, intervêm no longo e difícil processo de "recuperação" do toxicômano. Na prática psiquiátrica tal como realmente se exerce, no hospital ou no ambulatório, prevalecem as considerações de ordem biológica, ou seja, a atenção às alterações orgânicas provocadas pelas drogas. Se estas são inegáveis — e com certeza não é o nosso propósito negá-las nem minimizá-las — elas representam uma vertente apenas do fenômeno toxicomania, aquela que, precisamente, se deixa resolver, a curto prazo, pela cura de desintoxicação. É aquela também que mais se presta a investigações farmacológicas experimentais, sendo que as alterações bioquímicas e comportamentais são bem conhecidas hoje em dia e divulgadas em numerosas publicações sobre o assunto.

Porém, isto não basta, ou pior, não muda nada na ocorrência da toxicomania, não propiciando medidas preventivas nem intervenções curativas. A investigação científica, a nível de laboratórios experimentais, com certeza aumenta o nosso saber sobre a farmacodependência e os seus efeitos sobre o organismo, mas não chega a tocar o toxicômano: ele nada tem a ver com este nosso saber, objetivo e preciso; pelo contrário, pode até ser tentado a rir dele, tão incôngruos lhe aparecem aqueles conhecimentos em comparação com o *seu* conhecimento, a *sua* experiência, subjetiva, visceral e prazerosa dos efeitos da droga. De fato, se o saber científico tranqüiliza, por um lado, pela sua objetividade e neutralidade, ele simultaneamente cria barreiras, às vezes intransponíveis, distanciando-se do mundo vivencial e da experiência íntima daqueles a quem se trata de amparar.

A investigação científica, portanto, pode trazer resultados interessantes, mas não traz respostas sobre *como encontrar* o toxicômano e ajudá-lo em seu sofrimento, não somente biológico, mas também (ou até mais) psíquico e social. Destas investigações todas decorre, infelizmente, uma resposta única, aquela que manifesta a impotência da ciência (e do médico) diante da amplitude do fenômeno: a resposta repressiva.

Esta resposta, sem dúvida, nós não a encontramos nos manuais da psiquiatria nem nas publicações farmacológicas sobre drogas. Se ela não é formulada explicitamente, ela se exerce na prática psiquiátrica cotidiana, a não ser em clínicas particulares "de luxo". Os toxicômanos que a conhecem, depois de terem passado pela "desintoxicação" em hospitais psiquiátricos, a ressentem como tão terrível, tão aviltante e humilhante que a grande maioria deles prefere ainda

a experiência penitenciária — embora saibamos que as condições de vida e de tratamento nas prisões deixem muito a desejar também...

A resposta repressiva pela qual se revida ao problema da toxicomania, freqüentemente é exigida pela *família* do drogado. Esta, ultrapassada e angustiada pela presença incompreensível e ameaçadora de um filho dependente de tóxicos e incapaz de comunicar-se com ele para restabelecer um diálogo que talvez nunca existiu, vê a intervenção psiquiátrica como única solução possível, como aquela "salvação" que eliminaria o problema do seio familiar.

As famílias que se tornam com um tal pedido para o médico, reclamando um socorro urgente, podem ser bem-intencionadas, querendo livrar o filho do círculo vicioso; mas em muitos casos, este apelo se faz também para livrar-se do incômodo problema, remetendo a responsabilidade às "autoridades competentes", doravante encarregadas de resolver o que a família não conseguiu: o enquadramento de um filho que, movido por conflitos e revolta, partiu em busca de uma vida alternativa.

O psiquiatra pode satisfazer a este pedido e "salvar" o drogado (por mais uns dias...), aplicando-lhe as medidas repressivas, policiais e coercitivas das quais dispõe a instituição. Ou, ainda, pode resistir à pressão e tentar uma abordagem mais compreensiva, a nível de uma terapia familiar por exemplo — se ele é consciente da dimensão psicossocial e familiar da problemática e se consegue opor-se à pressão que a instituição (tanto psiquiátrica e jurídica quanto familiar) exerce sobre ele. Para que isto se torne possível, muito dependerá da sua formação profissional, ética e pessoal — ou seja, da sua sensibilidade para perceber e entender algo deste drama que é a dependência de drogas do jovem.

O toxicômano, portanto, não é um "doente mental", como o quer o enfoque médico clássico, mas o produto, o "sintoma" de uma dificuldade de integração da personalidade e de uma crise de civilização, da *nossa* civilização. Como tal, ele requer cuidados médicos tanto quanto o tráfico de drogas requer a repressão policial, mas enquanto *pessoa,* membro de uma família e de uma comunidade, ele requer compreensão, calor humano e um atendimento à altura da complexidade do seu problema.

3. O modelo comportamental de atendimento

As técnicas de modificação do comportamento, derivadas dos resultados da psicologia experimental, se apresentaram durante algum tempo como a solução ideal para um grande número de "distúrbios do comportamento" e, em particular, para a toxicomania. Nascidas nos EUA e aplicadas amplamente no compate à farmacodependência, sobretudo no país de origem e no Japão, estas técnicas propõem uma resposta engenhosa que, se pretende socorrer o drogado, o faz pelo *aumento de sua capacidade de controle.* Porém, o pronome possessivo aí é ambíguo: trata-se de aumentar não somente a sua capacidade de autocontrole, mas também, ou mais ainda a capacidade de controle da sociedade *sobre* estes desviantes e "marginais".

Não é de surpreender então que amplas faixas dos poderes públicos se interessassem e se entusiasmassem por estas técnicas: prometendo ser um instrumento eficaz de repressão e de controle do abuso de tóxicos, elas foram encaradas como capazes de substituir os métodos tradicionais e, de fato, pouco satisfatórios da desintoxicação psiquiátrica.

Elas podem, pois, facilmente ser utilizadas com vistas a um adestramento autoritário (senão totalitário) de jovens desviantes, para reintegrá-los, após um processo de condicionamento executado com mais ou menos sutileza, como cidadãos adequadamente padronizados nos moldes duma sociedade que, destarte, se vê enfim livre de uma temível contestação e revolta das suas bases jovens.

Os drogados, portanto, são condicionados, adestrados, amestrados *de fora*, por métodos que lhes são impostos, muitas vezes sob a ameaça de uma hospitalização psiquiátrica ou de uma indiciação policial. No entanto, não é raro também que jovens toxicômanos, angustiados pela própria decadência e acossados num sistema de dependência que não os solta mais, venham procurar instituições que praticam estes métodos, tão prometedores de uma liberação definitiva.

Mas não há dúvidas de que a noção de "liberação" não faz parte do vocabulário dos profissionais que se empenham nesta via. O objetivo, consciente ou não, confessado ou não, é de transformar o "viciado" em drogas num ente útil à sociedade, isto é, em alguém que não mais se opõe ao *establishment*, mas que o aceite e se lhe submeta — seja ao preço de uma transformação num robô despersonalizado. O que de fato freqüentemente ocorre: estas práticas, quando executadas friamente — ou burocraticamente — e com violência, como acontece com freqüência nas instituições oficiais, ferem os princípios elementares da dignidade e do respeito humano. Elas se destacam por uma desumanidade aparentemente justificada pelo objetivo a atingir.

A falta de diálogo, de calor humano e de aceitação afetiva recíproca faz com que estas técnicas provoquem não somente uma desistência progressiva da tomada de drogas, mas também uma perda da capacidade comunicativa e um embrutecimento assustador da pessoa do drogado. Acostumando-se a ser dirigido, a se submeter e a obedecer num sistema de disciplina marcial, onde cada passo errado desencadeia punições severas, a iniciativa própria, a criatividade e a responsabilidade pessoal não desestimuladas em benefício de uma automatização do comportamento, que deixa pouca margem para escolhas livres e conscientes. Deixa pouca margem também para uma desintoxicação que não seja somente externa, isto é, imposta, mas interna, assumida e, pelo fato mesmo, propiciadora de novas perspectivas de realização humana.

Uma abordagem meramente técnica ou "científica" não vai alcançar o objetivo de uma reumanização do toxicômano. O que ela vai conseguir, pelo menos com aqueles que se submetem até o fim a seus procedimentos, é *trocar* uma dependência por uma outra, mais aceitável socialmente — mas não há de *questionar* esta aceitação social, os seus pressupostos, premissas e implicações? É o que fazem os toxicômanos, mas o que deveriam fazer também aqueles que se empenham em sua recuperação...

Os resultados das práticas comportamentais — que evidentemente conhecem variantes, algumas mais humanas do que outras — são no conjunto decepcionantes, bem em oposição ao entusiasmo que no princípio suscitaram. Muitos não suportam a rigidez destas instituições e abandonam o tratamento, iniciado aliás de modo muito seletivo; outros ficam e se submetem por falta de opções, para recair após a saída ou para afundar-se em seguida na droga legal do álcool; outros ainda ficam e se acostumam à nova dependência, lentamente interiorizada pelos condicionamentos operantes que regem doravante o seu comportamento, de tal modo que dispensam recorrer ao pensar ou ao "se-decidir"... O êxito, portanto, é menor do que o esperado. Não são poucos os adeptos destas técni-

cas que as abandonaram ou as modificaram, à procura de procedimentos que sejam, simultaneamente, mais humanos, menos controladores e mais eficientes.

Cabe mencionar ainda uma variante particular do modelo comportamental, a saber, as *práticas de desintoxicação pela religião.* Como as teorias comportamentais, estas práticas têm origem nos EUA, sendo realizadas por grupos em sua maioria protestantes. Como as teorias comportamentais ainda, elas preconizam uma disciplina rigorosa e estabelecem um estrito controle sobre os sujeitos que aceitam o confinamento em suas instituições. Ali eles são submetidos a uma lavagem cerebral que lentamente os transforma em cordeiros benévolos, embora mentalmente decotados.

Aqui, também pode-se, pois, falar de uma *troca de dependência* e de uma *reintoxicação ideológica,* com a diferença de que a droga de substituição não reside somente na obediência a regras de reforço e de punição, mas na mensagem religiosa de uma liberação pela submissão ao Senhor Jesus.

O efeito, no entanto, não é muito diferente quanto às conseqüências no plano da realização humana livre e consciente; mas ele difere por um número maior de curas "bem-sucedidas" — em conseqüência provavelmente do ambiente muito mais afetivo e caloroso e da coesão humana que a ideologia suscita — bem como pela convicção resoluta que caracteriza os egressos destas instituições: eles chegam às vezes a beirar um fanatismo não menos cego diante da realidade do que o é a toxicomania à qual chegou a substituir. Mas pode-se afirmar, destarte, que estas curas foram realmente bem-sucedidas? A resposta dependerá dos critérios e valores que norteiam a cosmovisão e, por conseguinte, a intervenção daquele que se interessa em propor assistência aos dependentes de drogas.

4. O programa da metadona

A abordagem psiquiátrica do problema da toxicomania caracteriza-se pelo seu aspecto *repressivo,* a abordagem comportamental pela tentativa de *substituir* a dependência de drogas. O programa da metadona, desenvolvido há alguns anos nos EUA, situa-se na interseção destes dois tipos, propondo a repressão do abuso de drogas por um procedimento de substituição.

A metadona, de fato, representa uma "droga de substituição". Produto morfinóformo de síntese, ela exerce um forte efeito sedativo e analgésico e, se não propicia aquela sensação de gozo planetário próprio à heroína, induz uma farmacodependência não menos acentuada. Ela não é diretamente prazerosa, mas elimina a cruel sensação de "falta", induzindo um bem-estar relativamente "neutro".

Sua vantagem social, contudo, reside no fato de a sua distribuição poder ser *controlada* pelos poderes públicos, policiais ou sanitários. O toxicômano, portanto, pode ser "condenado", pelos mandatários do poder, a submeter-se a esta reintoxicação "voluntária", ou pode até aceitá-la espontaneamente, sob a pressão da sua miséria física e/ou psíquica. Mas ele continuará dependente de drogas, embora transformado, como formulou Thomas Szasz, num "enfermo medical legal", assistindo eventualmente pela vida toda.

A metadona permite ao toxicômano uma reabilitação apreciável, uma vez que possibilita, apesar da nova dependência iatrogênica, uma certa atividade social e profissional. Todavia, a sua vida social e pessoal se desenvolverá sem liberdade de ação, sem responsabilidade e também sem prazer, o produto apagando

a dimensão erótica da sua vida. Os benefícios que retira da metadona são, portanto, bastante relativos e isto mais ainda se levarmos em conta que a toxicidade a longo prazo do produto não é bem conhecida. O conjunto destes efeitos, aliás, não deixa de lembrar aqueles da lobotomia, apresentada — e aplicada — algum tempo atrás como a intervenção ideal para um grande número de psicóticos... A mutilação, certo, é outra, mas os dois métodos se aproximam pelo aviltamento humano que provocam.

Suspeita, pois, quanto à realização humana que propõe à pessoa toxicômana, a metadona, por outro lado, proporciona uma luta bastante eficaz contra a toxicomania e contra alguns dos seus efeitos indiretos, como a criminalidade do drogado ou a prostituição. Recebendo gratuitamente a sua droga, em horários e intervalos fixos, o drogado não sente mais a ânsia de ter que arrumar dinheiro a qualquer custo para poder suprir ao seu estado de falta. Mas, prisioneiro em liberdade condicional, ele se sabe vigiado, fichado e enquadrado num sistema de controle social que tem algo de monstruoso, como se fosse uma aplicação particular da temível representação do *big brother*. Não é de surpreender então a freqüência de suicídios ou do alcoolismo entre os "assistidos" pelo programa da metadona.

Mais uma vez, faz mister, portanto, a procura de um modelo diferente de atendimento ao toxicômano, considerando-o não mais uma patologia ambulante ou um ente irresponsável e descontrolado que requer uma manipulação de fora, mas um ser humano.

5. **O modelo relacional de atendimento**

Não afirmamos que exista um modelo ideal de atendimento ao toxicômano, mas existem modelos melhores ou piores, dependendo, como já frisamos, dos critérios e valores dos atendentes. Por modelo relacional, entendemos aquelas abordagens que enfatizam, como o preconiza, por exemplo, Olievenstein na esteira de Freud, a importância da *relação intersubjetiva* como instrumento e meio do trabalho terapêutico. *Instrumento* no sentido de ela possibilitar uma "brecha", uma entrada no universo cerrado e desconfiante do jovem drogado: *meio* no sentido de ambiente acolhedor e tranqüilizante que, pela situação de engajamento afetivo recíproco que implica, reconstrói um espaço onde advir sem perseguição, sem falsidade e sem violência se torna enfim (ou novamente) possível.

No entanto, se este modelo de um atendimento relacional se inspira na psicanálise, ele não é "psicanalítico" no sentido habitual (ou ortodoxo) da palavra; ele não se refere à técnica, mas à *teoria* psicanalítica e à sua imagem do homem, no que diz respeito à importância dos conflitos inconscientes, na base das neuroses como também da toxicomania. É desta teoria que ele tira a sua concepção do vínculo relacional (ou "transferencial") e da sua adequação ao atendimento de toxicômanos. As características concretas do manejo desta relação humana deverão, evidentemente, levar em conta a personalidade do toxicômano e os objetivos que se pretendem atingir em sua terapia.

Para que se possa estabelecer uma relação autêntica com o toxicômano, precisa-se de várias condições, a serem reunidas simultaneamente. Em primeiro lugar, o atendimento da pessoa dependente de drogas requer o *voluntariado*. Somente quando é *ela mesma* quem se decide a consultar e procede às diligências neces-

sárias para o concretizar, a entrada em terapia terá alguma chance de ser bem-sucedida, isto é, de levá-la realmente a libertar-se do recurso às drogas.

Esta decisão, como já assinalamos, custa a se fazer. A idéia até pode surgir cedo, após já as primeiras experiências com drogas, quando o jovem começa a sentir na pele a "falta", a "fossa" e a depressão, bem como a sua marginalização e a hostilidade crescente do ambiente social. Porém, na maioria dos casos, a motivação continuará flutuante e indecisa, caracterizada pela instabilidade típica do drogado. Pelo crescimento da sua experiência de desprazer ou, ainda, pelos contatos com a morte, é que sua motivação pode-se afirmar e levá-lo um dia a bater na porta de um terapeuta.

Mas com isso a batalha não será ganha: aqui também a sua instabilidade, a sua inserção flutuante no tempo cronológico nosso fará com que sua consulta seja marcada por uma grande irregularidade — vem e desaparece surpreendentemente, reaparece e some de novo, até o seu tempo chegar a se "normalizar" e ele conseguir aceitar com mais assiduidade o seu compromisso com a terapia, com o terapeuta...

A experiência demonstra que quando esta motivação não se elabora pessoalmente, como expressão da sua vontade de se salvar ou de sobreviver, a entrada na terapia não acontecerá. Levado à força (ou até com as melhores intenções) por instâncias que ele rejeita e despreza (magistrados, polícia, médicos, pais, educadores...), não poderá aceitar a terapia relacional, baseada na liberdade da sua decisão pessoal, porque não acreditará nesta mão a ele estendida. Desconfiando do terapeuta e da instituição, enxergada como um prolongamento astucioso do braço da repressão, da recuperação e do enquadramento, nenhuma relação afetiva autêntica vai poder desabrochar — até o dia em que ele mesmo despertar para a necessidade e a premência de uma procura de ajuda, se não quiser morrer. O que infelizmente muitos querem, sem que tenham necessariamente consciência disto...

Portanto, este atendimento tem que responder ao pedido de ajuda do drogado, e não a um pedido de uma autoridade qualquer, quão justificado pareça. Duas outras condições ainda deveriam, idealmente, presidir a esta tomada de contato terapêutico, o *anonimato* — garantido aliás pela lei — e a *gratuidade*.

No Brasil, na situação atual, esta última condição será de difícil realização, não apenas pela falta de verba, mas pela falta de sensibilização dos poderes públicos para a importância de uma abordagem não-repressiva. Todavia, a conscientização quanto à importância do problema, acompanhada de mudanças na legislação, poderia talvez, um dia, permitir a instalação de centros especializados, sustentados por verbas do Inamps ou de outras instituições...

Falando de centros especializados, tocamos numa outra condição imprescindível num tal programa de atendimento, a saber, aquela do *trabalho em equipe*. Esta, evidentemente, deverá ser pluridisciplinar, contando com a colaboração de médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, recepcionistas, magistrados e advogados, incluindo também antigos toxicômanos.

Contudo, esta colaboração não poderá ser de qualquer tipo. Para que reine um ambiente acolhedor, descontraído e caloroso, o funcionamento de um tal centro terá que ser flexível, afetuoso e desburocratizado, além de uma indispensável "desierarquização". Isto não quer dizer que não deva haver *estruturas de atendimento* e *regras de funcionamento*, mas que estas não se podem sobrepor à espontaneidade e à criatividade no contato terapêutico.

Em particular, não deverá haver distinção ou privilégios entre os diversos profissionais: todos são participantes ou colaboradores a um mesmo nível de integração e de dignidade, mesmo se, para satisfazer a lei, possa ser necessário nomear um diretor, médico ou psicólogo, por exemplo.

Esta equivalência entre os diversos profissionais, devidamente formados e sensibilizados às particularidades da personalidade do toxicômano e do seu atendimento, deve permitir, entre outras coisas, que o jovem que ultrapassa a porta do centro tenha a possibilidade de *escolher* o *seu* terapeuta, segundo qualificações não-hierárquicas, mas intuitivas, atribuídas por aquele que necessita de ajuda e que tem o direito, nos limites do possível, de escolher e estabelecer a relação afetiva com aquele terapeuta com o qual sintoniza melhor. O que conta, de fato, no estabelecimento desta relação afetiva não é o "saber" ou a técnica do terapeuta, mas a sua presença e a sua "empatia", capaz de superar as barreiras da desconfiança para fundar-se num contato que permita uma evolução "transferencial".

Será essencial, para manter um contato afetivo e de confiança, que o atendente se abstenha de exercer qualquer pressão sobre o consultante. Renunciar ao uso de drogas não pode ser a condição da sua entrada em psicoterapia — senão esta nunca se efetuará em liberdade, condição *sine qua non* para o aprofundamento da relação terapêutica. No início da procura de terapia, encontramos na maioria das vezes um pedido com alguma conotação utilitária: prescrição de medicamentos pelo médico, intervenção na família ou no ambiente profissional pelo assistente social, apoio moral pelo psicólogo... A resposta a este pedido requer ponderação e sensibilidade, para não desestimular a motivação à terapia e nem sequer satisfazer sem mais o pedido direto.

"Atrás" do pedido, cabe perceber e revigorar o *desejo* de chegar a uma mudança efetiva, mudança que ultrapasse o nível utilitarista e imediatista do primeiro contato e abarque a existência inteira do drogado, até nas raízes da sua personalidade — isto é, envolva, simbolicamente expresso, cabeça, corpo e coração e não somente partes do seu comportamento.

Quando o drogado se decide por procurar uma ajuda terapêutica, pode-se presumir que a sua motivação contenha um desejo de mudança e de libertação da droga. Mas este desejo será inconstante e as suas expressões ambíguas, uma vez que existem *outros* desejos, no início até mais fortes, visando a obtenção de novos prazeres, a regressão a uma vida de harmonia intra-uterina ou mesmo a autodestruição.

Para poder contrabalançar estes desejos, opostos à iniciação de uma psicoterapia mais aprofundada, o contrato terapêutico deverá ser antes de tudo um *contrato moral* que se abstém de pressões (e repressões!), para enfatizar a disponibilidade do terapeuta e da equipe em atender e auxiliar o jovem quando ele o desejar, independentemente da sua conduta externa. Visto a grande instabilidade temporal que caracteriza, como vimos, a sua personalidade, esta *disponibilidade* é de particular relevo, bem como o clima de densidade humana que deve presidir aos seus contatos com a equipe atendente — com a ressalva de que esta tem que ser autêntica e espontânea, se não quer cair no ridículo do sentimentalismo ou no artifício de atitudes sedutoras...

Todos estes exemplos mostram que a relação psicoterápica engajada com o toxicômano não será uma relação "neutra". Se fosse, o paciente não ficaria muito tempo nela e nem voltaria a ela, após as interrupções que provavelmente ocorrerão. Para que possa haver relação afetiva, sintonia e confiança, a flexibi-

lidade e a autenticidade do psicoterapeuta serão essenciais. Somente assim a relação poderá aprofundar-se, aceitando-se o desafio que o toxicômano nos endereça; somente assim será possível tocar aquela dimensão profunda, onde se cruzam e se enraízam os desejos secretos oriundos de tempos remotos, com todas aquelas conotações infantis inconfessáveis, ligadas às experiências de carência afetiva, de rejeição e de desamparo.

Pode-se até dizer que a relação psicoterápica com o toxicômano deve ter algo de *fusional* para lhe permitir renunciar às drogas. Evidentemente, o contato com o terapeuta não substituirá a experiência do prazer com a droga, mas, pelos fatores *humanos* presentes, pode chegar a criar uma dependência nova que pode, com o tempo, substituir a dependência de drogas.

É possível dizer, portanto, que na abordagem relacional há também *substituição de dependência,* mas num sentido diferente daquele visto anteriormente: a dependência criada pela relação fusional com o terapeuta, na fase inicial (com tempo indeterminado) da terapia, não representa um fim em si, mas uma *etapa* apenas. Ela terá que se *dissolver* quando o jovem tiver adquirido "substância" suficiente para enfrentar a sua problemática sem aquele amparo fusional. A partir daí, ele estará mais apto — se o desejar — para entrar numa relação psicoterápica ou mesmo psicanalítica mais ortodoxa, com aquela distância afetiva bem conhecida e justificada, mas que o drogado no início não suporta.

A esta segunda etapa do seu atendimento psicoterápico (ou terceira etapa, se incluímos a fase de hospitalização com vistas à desintoxicação, em geral indispensável em um determinado momento) não é possível fugir, se se quer chegar a uma libertação e não apenas a uma substituição da dependência de drogas. Cabe a esta etapa de uma psicoterapia mais regular e contínua (e menos "selvagem" ou improvisada) analisar junto com o paciente a sua problemática familiar e pessoal em toda a sua extensão, ou seja, os seus conflitos neuróticos e infantis diante dos quais tomou a fuga adentro da farmacodependência — procurando soluções ilusórias, mas, no início, cintilantes, onde de fato só há impasses, miséria e depravação daqueles valores humanos que ele no fundo está procurando.

6. A necessidade de um atendimento integrado

Os três modelos que discutimos raramente são aplicados em estado puro. O que existe, na prática, são variantes mais ou menos ortodoxas e misturas, às vezes mais ecléticas do que originais. O ideal seria chegar-se a uma combinação que integre os ingredientes positivos dos três modelos, deixando de lado os aspectos e implicações negativos.

Assim, em qualquer organização de atendimento a toxicômanos vai-se sempre precisar de uma *assistência psiquiátrica* ou *médica* especializada, mas que deve intervir sem ser condicionada por injunções e medidas repressivas. Senão, será extremamente difícil para a equipe trabalhar com coerência e coesão para estabelecer aquele ambiente afetivo que a experiência demonstra ser indispensável. Vimos ainda que a *substituição* tem um certo papel também na terapia relacional, passageiro é verdade, mas nem por isso secundário. Por outro lado, a programação disciplinar tal como preconizada pela abordagem comportamental, pode tornar-se necessária numa comunidade terapêutica do ex- (ou quase ex-) to-

xicômanos mesmo de inspiração relacional, visto o efeito estruturante que um tal programa pode exercer sobre o jovem e os seus modos de convivência, a restabelecer ou a reaprender...

O que importa em todas as abordagens é que a atenção se dirija *para além do consumo de drogas,* além deste sintoma que ameaça obsedar os atendentes a ponto de eles esquecerem a personalidade do drogado, os seus conflitos, angústias e esperanças. Pode-se até dizer que mais importante do que o modelo teórico é a maneira pela qual ele é aplicado na prática: de maneira humana ou desumana, compreensiva ou repressiva, valorizativa ou desprezadora.

Cabe pois lembrar novamente, nesta conclusão, a questão dos *valores humanos* que devem, que deveriam nortear o atendimento: qualquer que seja a prática, ela só atingirá resultados positivos quando exercida no respeito da pessoa humana que o outro *é*, seja ele até "viciado" em drogas. Sem este respeito e os valores fundamentais que implica, não será possível caminhar com ele em direção àquela aprendizagem da liberdade responsável que representa, no fundo, toda psicoterapia.

Mas mesmo com este respeito, os resultados não serão gloriosos, como demonstram as estatísticas mundiais. Segundo uma estimativa da Unesco, a probabilidade de um rompimento definitivo da dependência de drogas se situa entre 20 e 30%, quando o jovem procura ajuda terapêutica por motivação própria; ela cai para 8%, quando o drogado é levado por uma instância policial, judicial ou médica; e aproxima-se de 1%, quando ele é forçado pela família...

O que se deve saber, portanto, quando se começa a trabalhar com toxicômanos, é que os resultados serão decepcionantes e que mesmo os 30% de "curas" que se podem almejar, segundo esta e outras estatísticas, serão obtidos somente após um longo caminho, cheio de obstáculos, reviravoltas e surpresas. Em muitos aspectos, a pessoa do toxicômano assemelha-se àquela do psicótico, pela sua instabilidade emocional, a labilidade dos seus investimentos e a sua frágilidade narcísica — características negativas que em ambos os casos requerem um atendimento a longo, a muito longo prazo. É um trabalho, melhor, uma luta extensa, sofrida e angustiante, travada constantemente à beira da loucura e da morte. Mas, por isso mesmo, é um trabalho profundamente humano.

Abstract

Difficulties of biological, psychological, social and legal nature may be seen involved in the treatment of drug-addict persons. In this study, the major models used in the treatment are analysed, so as one may arrive at a new model wich will better integrate the various factors involved. The major models may be brought down to three: the medical psychiatric model which emphasizes the biological dependency ou drugs and which equates drug-addiction and "mental illness"; the behavioristic model which utilizes directive conditioning and dessensitizing techniques, as well as educational and suggestional means, in order to determine new kinds of behavior; the relational model which takes origin from psychoanalysis and the systemic approach and sponsors a non-directive treatment of the drug-addict through the exploration and work on his personal and social unconscious conflits, drives and desires, as well as his self-destructive tendencies. To assure the drug-addict a way to assume responsibility for his own behavoir and

to be free by respecting other people's rights, it is necessary to elaborate an integrative model of treatment which will consider also the anthropological specificity of the problem, referring also to the Brazilian society.

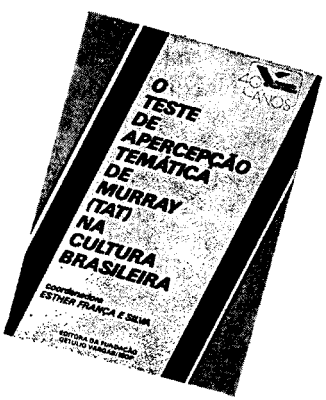
Referências bibliográficas

Angel, P. et alii. *Le toxicomane et sa famille*. Paris, Éditions Universitaires, 1982.
Bergeret, J. *Toxicomania e personalidade*. Rio de Janeiro, Zahar, 1983.
——— et alii. *Les psychanalyste à l'écoute du toxicomane*. Paris, Dunod, 1981.
Bucher, R. & Ulhoa, M. J. C. A estrutura de personalidade do toxicômano *Acta Psiquiátrica y Psicológica da América Latina*. Buenos Aires, 1984.
Kaufman, E. & Kaufman, P., ed. *Family therapy of drug and alcohol abuse*. New York, Gardner Press, 1979.
Olievenstein, C. *Não há drogados felizes*. Lisboa, Moraes, 1978.
———. *A vida do toxicômano*. Rio de Janeiro, Zahar, 1983.
———. *Destin du toxicomane*. Paris, Fayard, 1983.
OMS. *La jeunesse et la drogue*. Genève, 1973. (Série de Rapports Techniques n.° 517.)
Unesco. *L'évaluation des programmes d'éducation relative aux problèmes liés à l'usage des drogues: problèmes posés et résultats atteints en Europe*. Paris, 1976.
———. *L'avenir des ex-usagers des drogues après le traitement*, Paris, 1977.

TAT

Primeiro livro brasileiro que trata da aplicação e interpretação do Teste de Apercepção Temática de Murray (TAT), tema pouco abordado por sua complexidade e profundos conhecimentos teóricos que implica. O material utilizado foi a terceira revisão da série original da Clínica Psicológica de Harvard, composta de 29 lâminas impressas e uma em branco.

A autora, ex-discípula de Helena Antipoff, foi uma das primeiras técnicas que integraram a equipe do Dr. Mira y López com a criação do ISOP — Instituto Superior de Estudos e Pesquisas Psicossociais, da Fundação Getulio Vargas. Elaborou o presente manual com vários estudos de caso, e explanações teóricas adaptadas à realidade brasileira.



NAS LIVRARIAS DA FGV ou pelo reembolso postal