

TOXICOMANIA: ESTRATÉGIAS DE ATENDIMENTO¹

Eduardo Pereira Barretto Filho²

Marlize Rêgo³

A clínica das toxicomanias é ampla e apresenta vários subconjuntos que podem ser definidos de acordo com a relação que o usuário estabelece com a droga. O fato de usar drogas não significa necessariamente toxicomania. A droga pode assumir função recreativa, ritualística ou ainda, funcionar como sustentáculo de uma existência.

Segundo Miranda et. al (2003), alguns usuários chegam à instituição encaminhados por terceiros - juiz, família, escola, médico, etc – sem apresentar, a princípio, queixa própria. O uso de drogas é problema do outro. Para estes, a direção do tratamento é complicada no início, pois não apresentam uma demanda de tratamento estabelecida. O uso de drogas não é a questão. Outros vêm em nome próprio ou, mesmo trazidos por alguém, reconhecem que a questão é a droga, sabem que ela os prejudica, mas não sabem o que fazer com isso. Acham que não sabem viver sem a droga. A droga lhes dá existência.

Conforme Rego (2009), já desde o início é preciso identificar a função que a droga assume para cada indivíduo, o que determinará, além de outros fatores, a condução do tratamento. Dessa forma, o que se apresenta inicialmente como da ordem do universal, o fenômeno, será transformado em caso a caso. Cada indivíduo, sua história, sua droga, e a função que esta exerce para cada um deles são fatores que devem ser levados em conta nessa clínica, permitindo uma melhor direção do tratamento.

¹ Trabalho de conclusão de estágio

² Estagiário de Psicologia - Cetad/Ufba

³ Psicanalista - Cetad/Ufba – Supervisora de Estágio

O usuário na posição toxicômana estabelece uma relação particular com a droga, ou seja, uma relação fusional. Ele se cola à droga, acreditando que ela seja capaz de lhe sustentar, lhe dar força, possibilidade de lidar com o mundo. Não lidam bem com a falta, pois apresentam uma fragilidade simbólica, uma inscrição que não se realizou suficientemente e, por isso, é preciso colocar algo no lugar. Alguns autores falam que a droga faz função de suplência.

Sendo assim, como tirar a droga desses que pensam “ser” a partir do seu uso? A droga entra para solucionar o impasse imposto diante do questionamento sobre a existência. A frase “Eu sou toxicômano” é reveladora da identificação maciça com o drogar-se (FREDA, 1988). Retirar a droga destes indivíduos é extremamente ameaçador, pois eles se sustentam nesta afirmação. Assim, colocar a abstinência como objetivo do tratamento é quase paradoxal. A droga cumpre uma função e, em alguns casos, retirá-la pode fazer vir a baixo toda construção de um indivíduo. Como nos diria Clarice Lispector (1947), “Até cortar os próprios defeitos pode ser perigoso. Nunca se sabe qual é o defeito que sustenta nosso edifício inteiro.”

Para o toxicômano a droga comparece como consequência. É preciso instalar o antecedente e lidar com ele. Trata-se de questionar a razão do uso e, a partir daí, fazer o deslocamento da droga da economia psíquica do sujeito (RÊGO, 2009).

Jorge, paciente desta clínica, por exemplo, chegou se queixando do uso excessivo de álcool e passagens ao ato. A partir de uma pergunta sobre o porquê bebe, começa a lembrar do pai para, em seguida, se perguntar se não quer ser igual a ele. A intervenção do terapeuta, neste caso, inclui a bebida como resposta a uma tentativa de resgate do pai, o que pode ser considerado um primeiro deslocamento.

Entretanto, implicar certos usuários na pergunta sobre o “ser” pode ser complicado, pois diante do confronto com o desejo, com o impossível a tamponar, este usuário recorre novamente ao uso para se certificar que existe. As estratégias de intervenção nesta clínica, no sentido de fazer o deslocamento da droga, devem ser criadas e reavaliadas a cada momento. As toxicomanias interrogam o saber standard e por isso criar novas estratégias é um desafio (RÊGO et al, 2009). O terapeuta nesta clínica deve se deixar fazer de “bengala imaginária”, possibilitando que o toxicômano deposite nele toda a intensidade

da transferência. Afinal ele acredita que não pode se sustentar sozinho e, tendo alguém de suporte, isso parece tornar-se possível. Para Olievenstein (1989), esta é a clínica da intensidade.

Além disto, as estratégias grupais são facilitadoras deste descolamento com a droga. Estes pacientes, com a adesividade que lhes é própria, tendem a querer colar no outro, fazer um, e o grupo inclui outros modos de relação, o que pode ajudá-los a estabelecer novos laços e, ao se ver no outro, poder compreender um pouco do que se passa consigo. O grupo acolhe as relações imaginárias, o igual, e aponta para o diferente.

Estratégias como as de arte e expressão também são bastante úteis, pois incluem um fazer.

Assim, o “ser dançarino”, por exemplo, pode se transformar em “eu danço”, onde o atributo do ser se transforma em verbo de ação.

No caso de “eu sou toxicômano” existe um complicador. O atributo “toxicômano” não se presta a essa transformação. É preciso incluir um novo atributo que aponte para um certo fazer. Mas, fazer o quê? Fazer, inicialmente, um objeto, concreto, cotável, para saber que fez – o outro quer ver o que foi feito, por que foi feito; entra aí o olhar de um Outro. Em seguida, saber do que se faz.

Temos, então, a dimensão de três tempos: a passagem do atributo do verbo ser para o verbo de ação – fazer o quê – e, só depois, a inclusão do reflexivo, fazer-se. Entretanto, chegar ao terceiro tempo nem sempre é possível. (RÊGO et al, 2009, p.222-223).

O modo de lidar com o espaço e com o tempo é muito particular para estes pacientes. Estão todo tempo no curto circuito entre o pensar e o agir (RÊGO, 2009). Querem aqui e agora, satisfação imediata, típica do imperativo de gozo da lógica do capitalismo.

As estratégias criadas nesta clínica tem o sentido de instituir novos modos de gozo. Os grupos apontam para novos laços. As oficinas incluem novos objetos, além da droga; os modos de vinculação, inclusive com o terapeuta, são tentativas de separação. A própria instituição, como espaço físico, lugar que acolhe, sem julgamento e sem levar em conta as representações sociais viciadas, tatuadas no usuário, funciona como estratégia, pois protege, faz borda, limite, inclui regras, mas também aponta para a possibilidade de deslocamento, de idas e vindas, inclusive de recaídas e retomadas (RÊGO, 2009).

Jorge, que ao dar os primeiros sinais de uma possível mudança de posição, abandona o tratamento, afirma, num contato por telefone, que deixou de vir ao CETAD porque voltou a trabalhar e, completa, “ainda quero voltar um dia, tenho coisas pra falar”. Poder voltar a trabalhar já é indício de que algo se processou. Resta poder sustentar o lugar de “empregado”. Mais ainda, parece que no caso de Jorge, a existência de um lugar onde se pode falar, onde se permite que ele vá e volte, sempre respeitando as normas institucionais, inscreve nele a possibilidade de movimento, de presença e ausência, logo de deslocamento.

REFERÊNCIAS:

FREDA, H. **Da solução ao sintoma**. Conferência de Hugo Freda em La Plata, 18 de julho de 1988.

LISPECTOR C. Carta republicada no **Jornal Estado de São Paulo**, em 25/07/1994.

RÊGO, M. et al. Estratégias clínicas numa instituição para toxicômanos. In: NERY FILHO, A. (Org.). **Toxicomanias: Incidências clínicas e socioantropológicas**. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 221 – 230.

RÊGO, M. Toxicomania – Movimentos de uma Clínica. In: NERY FILHO, A. (Org.). **Toxicomanias: Incidências clínicas e socioantropológicas**. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 207- 219.

MIRANDA, M. L. M. et al. As Toxicomanias, a angústia e o campo do Outro; estratégias de tratamento. In: **II ENCONTRO AMERICANO DO CAMPO FREUDIANO, 2003 Bahia**.

OLIEVENSTEIN, C. **A Clínica do Toxicômano: a falta da falta**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.