

Toxicomania

Movimentos de uma clínica

Marlize Rêgo¹

Chegam, geralmente, tomados pela droga. Usuários e familiares. É como se mais nada existisse. Querem sair disso, sem nem ao menos se perguntarem por que entraram. Está posto, é do destino ou da tentação, obra e graça do diabo. A diabolização é um mito associado às toxicomanias e creditado por aqueles que pensam poder banir as drogas do mundo. (OLIEVENSTEIN, C., 1984)². Ledo engano.

O grande desafio é romper esta certeza, incluindo novos elementos que possibilitarão um deslocamento da droga. Não se trata apenas de parar de usar uma substância que, presume-se, faz mal, mas de “incluir-la fora” desde o início. Com isso, começa a se estabelecer uma distinção entre quem e o quê, em alguns casos ainda imperceptível para o indivíduo. Existe um “quê”, um algo a se dizer sobre isso que sofre variações, caso a caso.

Cabe ressaltar que nem sempre esta é uma tarefa fácil e, muito menos, uniforme, pois, em alguns casos, a adesividade à droga é tal, que o indivíduo se confunde nela e com ela. Em outros casos, porém, a droga aparece apenas como sustentação para uma demanda de tratamento, perdendo rapidamente o seu estatuto; o indivíduo passa, então, a formular o que realmente o aflige.



No primeiro caso, estamos diante da solução, mas não temos o problema formulado. O consumo da droga responde, mas a quê? A formulação freudiana da droga como solução aponta para a necessidade de uma problematização anterior. Existe uma resposta, sem pergunta prévia. Como, então, estabelecê-la? O indivíduo está no automático. Sem juízo que o sustente, responde no curto circuito com a droga.

Você já se perguntou por que começou a usar drogas? Por curiosidade, doutor...

A resposta precipitada do paciente diz de sua posição alienada, impedindo qualquer tipo de deslocamento. É resposta automática a um imperativo categórico: para uma pergunta, uma resposta. Resposta ao doutor, assim como resposta àquele que o convidou a experimentar. A questão abre um campo, inclui uma razão para o consumo e aponta para uma futura implicação. Não se trata da busca de uma resposta, mas de se questionar sobre algo que determina um fazer, sobre a razão que pode tê-lo feito responder, usando.

Você já se perguntou? Não é o outro que quer saber. O que abre o campo é a pergunta sobre o seu próprio fazer. Estabelecê-la de início pode determinar saídas possíveis. Entretanto, esse passo pode ser recebido como uma extrema dificuldade, algo de insuportável, a ponto de fazê-lo desistir por não ter os recursos lógicos necessários para esta implicação.

Se a implicação não se inscreve, ou seja, se não há como instalar o “si mesmo”, cabe então começar por uma pergunta sobre a droga, sobre o quê e sobre o porquê, abrindo, minimamente, um espaço para que algo se processe. O ser falante pode não se inscrever, mas o indivíduo começa a se descolar deste algo que, inicialmente, faz parte dele.

A droga, a princípio, se apresenta como resposta sem pergunta. “Usei porque me deram, porque é fácil. Não posso nem

pensar nela que sinto no meu corpo. Ela me toma”. Quem fala é aquele submetido ao imperativo categórico: Use! Não sabe das suas razões, muitas vezes não tem nem uma história onde se sustentar.

Fica esboçado, assim, um trabalho a ser feito que assume um caminho inverso. Trata-se de construir um percurso no qual a droga entra como solução. Dito de outro modo, o que interessa é a desconstrução, passo a passo, do já instalado ao longo do tempo.

Direção

A direção do tratamento não é uma linha reta, mas um percurso de entradas e saídas, idas e vindas, que se constrói em um tempo e espaço particulares. Trata-se de uma geometria do movimento em que aparecem desvios, circunvoluções, labirintos: momentos de deslocamentos e pontos de não passagem.

Nesta clínica, a porta de entrada do tratamento é o acolhimento que, como primeiro contato com o usuário, pretende identificar os elementos, e a falta deles, os pontos de ancoragem entre o indivíduo e a droga, buscando assim, um diagnóstico situacional que possibilite traçar uma primeira direção do que virá, em seguida, a se estabelecer como plano terapêutico. Desta forma, retira a universalidade do fenômeno, tratando cada caso na sua singularidade. Trata-se da clínica do particular.

No caso de certas drogas, entretanto, o particular fica subjugado àquilo que se mostra como fenômeno. É o caso do *crack*, droga que, pelos seus efeitos e características sociais, parece reduzir tudo à mesma coisa. (SOARES, 2008)³. O que fazer, então? Recuar diante do *crack*? Ou desmontá-lo, passo a passo, fazendo com que, por trás da fumaça, apareça alguém que pode dizer sobre isso? Perguntas que devem nos guiar...

O que se acolhe é uma questão que, às vezes, muitas vezes, ainda não foi formulada. É preciso formulá-la para em seguida tratá-la, fazendo com que ela se desloque – da droga ao fazer de cada um.

O tripé meio sociocultural - produto - indivíduo é tomado como referência para um segundo deslocamento: a história pessoal, com seus avatares, que passa por necessidades e contingências; o produto (droga) como função; e o indivíduo, que assume diferentes posições (inclusive discursivas) frente ao seu consumo.

O esclarecimento destes pontos facilita o encaminhamento posterior. Não existem passos predeterminados. Os caminhos serão traçados a cada instante e avaliados no só depois. A droga tem funções diferentes para cada usuário. Às vezes, está ligada a um momento particular da vida deste indivíduo, mas pode também ressaltar modos de lidar com o impossível. “Diante da frustração, de qualquer ‘não’ que eu receba, quero sumir, apagar”.

É interessante observar o modo como cada um pode dizer do próprio uso: “sou viciado”; “uso muita droga”; “ela me toma completamente”; são modos diferentes de dizer a mesma coisa e apontam para posições diversas de gozo.

Encaminhamento como movimento

A partir da avaliação diagnóstica e situacional – caso a caso – obtida no acolhimento, cabe decidir o encaminhamento. Esse momento exige do acolhedor uma separação dos elementos, uma avaliação e a conseqüente decisão do próximo passo.

Nem sempre um encaminhamento imediato é pertinente. Neste ato, torna-se imprescindível incluir o tempo (quando), o lugar (onde) e o modo (como), para facilitar a adesão ao tratamento. A precipitação do acolhedor, ou de qualquer outro que

faça um encaminhamento, muitas vezes, inviabiliza esta adesão. Adiar, recuar, mas, também, adiantar um encaminhamento são modos de operar que devem ser decididos pelo técnico responsável, reforçando a sustentação do vínculo transferencial. Da mesma forma, saber com precisão o motivo de determinado encaminhamento possibilita o afinamento das estratégias e facilita a condução clínica. O engano é que, diante da gravidade de determinados casos, responde-se na urgência, dificultando a instalação de um vínculo, suporte de todo e qualquer tratamento. A precipitação impede o indivíduo de fazer o movimento esperado.

As estratégias de tratamento – atendimento individual e grupal, psiquiatria, oficinas de criação e expressão, entre outras - foram criadas e são constantemente revistas e recriadas no intuito de responder ao objetivo desta clínica. Não se trata, apenas, de parar de usar drogas, mas de saber do seu consumo e se responsabilizar por ele; tomar posse dos motivos que o levaram a começar, mas também, do porque continuar, e a que a droga responde. Incluem-se aí, os aspectos físico-químicos, importantíssimos para a compreensão global do problema.

Geralmente, faz-se uma separação entre o que é da ordem médica e psíquica, entre o orgânico e o social, o que é um engano. O dito fenômeno das toxicomanias é complexo e não pode ser tratado de forma excludente. As ditas co-dependências, preconizadas pelos psiquiatras, a abstinência, muitas vezes insuportável, podem e devem, em alguns casos, ser tratadas com o uso de medicamentos. Isso não exclui a leitura atenta do modo como cada um se apresenta e lida com o fato. É assim que, diante de um paciente justificado pela sua carga genética, a analista coloca a questão: o que você vai fazer com a sua genética? Lugar de inclusão do organismo que, via significante, pode se transformar em corpo erógeno, lugar de gozo.

Um caso

O modo de chegada do paciente pode ser revelador de um percurso que se anuncia. Maria⁴ chega acompanhada por sua mãe. A forma pela qual se apresenta, não só com suas (poucas) palavras, mas no seu rico jogo de cena, explicita um pedido de socorro. Parece assustada, mas não teme, absolutamente, os ris-cos do mundo. O que a toma é o pensamento do Outro. Esse a invade e, constantemente, aciona em Maria uma resposta preci-pitada, um fazer sem juízo.

Chega calada e durante quase toda a entrevista de acolhi-mento se mantém cabisbaixa. Parece estar dopada, o que confir-ma no decorrer da entrevista. Já usou todo tipo de drogas, mas, no momento da chegada, refere abuso de álcool e de medica-mentos - que rouba da avó.

Inicialmente é a mãe quem fala. Relata o comportamento agressivo da filha que, além de usar muita droga, faz pequenos furtos em casa. Conta um pouco da sua história, dos desmandos do marido a quem amava muito e ao qual se submetia. Sabe que ele maltratava as filhas. Ao ser interrogada sobre como barrava o marido e de que modo lidava efetivamente com as transgres-sões da filha, é Maria que responde, rompendo o silêncio pela primeira vez: “Ela não faz nada”.

Diante desta questão, aparentemente dirigida à mãe, se ins-titui um primeiro vínculo com Maria, reafirmado no decorrer das entrevistas e ao longo do tratamento. Durante todo o percurso, o que ela vai demandar ao Outro é que a barre. A droga, assim como suas respostas fóbicas, possibilita um afastamento do Outro e faz uma tentativa de borda.

Desde a entrevista de acolhimento fica clara a necessidade de um encaminhamento para a psiquiatria: abuso de medica-mentos - motivo de várias entradas na emergência de hospitais -, forte inibição, sensação de estranhamento, respostas fóbicas

alternadas com comportamentos de risco, além da presença de convulsões. Entretanto, como fazê-lo, se Maria revela uma extrema desconfiança com qualquer coisa que fuja do seu script? Sim, porque é dela o roteiro de sua vida. Está tudo sobre contro-le, mesmo que desmoronando.

A analista aposta em um estabelecimento transferencial mais consistente antes de encaminhá-la, pois considera que qualquer movimento a mais fará Maria fugir. Risco calculado, que sustenta diante das rápidas respostas dadas pela mesma. Mantém porém, de antemão, contatos com o colega psiquiatra, para quem pretende encaminhá-la. Este adiamento é puro manejo que terá importantes conseqüências futuras.

As sessões ocorrem duas vezes por semana. Maria não falta. No início, ainda desconfiada, testa, observa, para traçar, pouco a pouco, sua história. Estabelece rapidamente um forte vínculo, o que não a impede de continuar as suas atuações impulsivas e perigosas.

Realiza um curto circuito imaginário e impulsivo entre o pensar e o agir. Com pouquíssimo limiar de frustração, para escapular da angústia que a toma, responde ativamente a qual-quer provocação, sem nenhum tipo de ponderação prévia. Como se apresenta colada com os seus objetos, pessoas e produtos, colada em suas representações imaginárias, a condução inicial da analista consiste em estabelecer “vazios produtivos”, ou seja, a possibilidade dela poder se deslocar sem precisar, necessariamente, da droga ou dos *actings* aos quais se submete. Aos poucos, passa a se questionar sobre as suas vontades, e insta-la um juízo entre o pensamento e a descarga que, anteriormen-te, vinha de forma automática. Dessa forma, começa a anteci-par os perigos, a questionar os prejuízos e, mesmo que ainda não possa se frear sozinha, já solicita ajuda. Em relação a este ponto afirma: “Você é meu pé no chão. Às vezes quero fazer

besteira e penso, o que ela me diria? Isso, quando não posso vir aqui. Só que, às vezes, a vontade é mais forte que eu...". Aqui, a analista se deixa fazer de bengala imaginária. Maria pensa que é ela, analista, que a freia.

Num desses momentos, cada vez mais raros, porém ainda fortemente presentes, após fazer uso excessivo de remédio e de ter uma forte convulsão, aceita finalmente "conhecer" o psiquiatra. Conhecer, pois "não sei se quero usar medicamento". Essa frase revela o seu mal estar. Efetivamente já usa remédio, talvez precise inclusive mantê-lo, mas de forma autorizada.

Até então as suas respostas são da ordem da transgressão. O medicamento, juntamente com as intervenções da analista e do psiquiatra, faz função de interdição e de autorização para outro modo de existência, mesmo que, em alguns momentos, Maria ainda os utilize para "apagar".

Respeitando o tempo certo, e com a clareza dos argumentos da indicação, fica mais fácil, para a própria paciente, sustentar o seu tratamento.

Eu sou - Eu uso - Eu faço: as oficinas

João se apresenta como usuário de crack. Esteve no Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), há três anos, fez duas entrevistas e nunca mais voltou. Entretanto, durante todo esse tempo pensava constantemente no Centro, sobretudo após usar a pedra. Diante da pergunta sobre o motivo da volta neste momento específico, responde: "Estava passando, voltei". O Centro tornara-se uma referência. Referência espacial, lugar para onde ir, mais ainda, lugar para voltar...

Relata um consumo de drogas intenso, compulsivo, que aparece eventualmente, mas de forma devastadora. Começou com álcool e maconha, mas logo em seguida, conheceu o crack. Vin-

cula o começo da droga à adolescência e ao serviço militar. Tempo em que pôde sair de casa e ... “me sentir grande”.

Conhece o crack após o final de um namoro, quando a moça o troca por um vizinho da mesma rua. Diante da humilhação e do desespero, “engole” pedra.

A sua vida é marcada, a partir daí, por uma clivagem entre dois mundos radicalmente opostos. Pensa ser dois. Quando usa é o “pior possível”; faz coisas inimagináveis. “De cara”, é o bom moço, e dá uma pista... “seria um bom partido”.

A traição da adolescência o congela no momento anterior à relação sexual. Seu tempo é o futuro do pretérito: “seria um bom marido..., teria com ela muitos filhos...” mas ela o traiu. E aquele que pensa que seria ficou separado em um quase fragmento do mundo.

“Outro dia, depois do trabalho, entrei no ônibus e uma moça me perguntou se eu não queria ir... Disse-lhe que não tava a fim de *crack*. Percebi, logo em seguida, o que tinha feito e me desesperei. Embolei os dois mundos numa frase.”

Estava voltando do trabalho, era moço sério, não podia nem falar de *crack*. Percebeu, então, que um mundo estava invadindo o outro e sentiu medo de ser descoberto. Por outro lado, apareceu aí uma conexão entre o ir sexual e a pedra que tem que engolir.

Após algumas entrevistas, João é encaminhado para as oficinas de cinema e de teatro. Quem vai é o bom moço, o usuário de drogas não aparece, a ponto dos demais participantes da oficina perguntarem o que é que João está fazendo ali.

As oficinas facilitam uma descarga catártica, estimulam a expressão de conteúdos não simbolizados e, também, a construção de “vazios” que possibilitam o descolamento entre o indivíduo e a droga.

João vira - do bom moço ao usuário enfurecido e agressivo. Ao mesmo tempo em que os separa radicalmente, os cola: esta virada é automática, sem nenhuma noção do que a dispara.

Aos poucos, no grupo de teatro, o bom moço pode representar o “endiabrado”. João passa a vê-lo. Tem acesso a ele. Um dia, revela à analista: “Hoje fiz o endiabrado”. É ele quem faz - faz no teatro e na vida.

A partir daí, surge o questionamento sobre os motivos que o levam a usar crack. Qual é o desencadeador do consumo. Percebe que está submetido a uma série: “alguém me trai (referência à namorada que seria - futuro do pretérito), fico enraivado, uso pedra, aí vem a culpa, o ressentimento e a depressão.” Curto circuito que, ao ser revelado, já indica um pequeno descolamento.

A analista aponta que João não é mais dois. A virada se deu, foi ele, o mesmo, que respondeu usando crack. Resta saber por que pensa não poder sentir raiva.

Através da oficina de teatro passa a representar personagens. A separação entre o ser e o fazer possibilita um questionamento sobre seus modos de resposta e de estar no mundo. Não é mais dois, é o mesmo que, dividido, pode fazer agora, coisas antes contraditórias.

João já sabe estar submetido ao curto circuito entre o pensar e o agir. Resta instalar um juízo que possibilite uma decisão. Não se trata de se drogar ou não, mas de saber o que fazer quando o disparador estiver ligado.

No caso de João, apesar dele fazer uso abusivo de crack, foi possível tratá-lo sem recorrer à psiquiatria. Após um primeiro deslocamento transferencial, quando João estabelece um vínculo maior com a analista e com a coordenadora da oficina de teatro, é possível encaminhá-lo para o serviço médico. João é portador de hepatite C. Eventualmente ainda usa crack, em geral quando se vê diante do outro sexual.

Concluir?

Se a abstinência não é o objetivo desta clínica, como avaliar uma conclusão? Se a proposta é apontar para outros posicionamentos, como fazer para que o paciente se sustente nestes novos modos de gozo? Que critérios considerar para um adequado “final”, nem sempre tão feliz?

A perspectiva desta clínica é descolar o indivíduo da droga, fazendo-o responsabilizar-se minimamente pelo seu uso. A droga em si é efeito, e os prejuízos decorrentes devem ser tratados devidamente. Entretanto, é preciso contorná-la. Parte-se do conseqüente – da droga e seus efeitos - para o antecedente – por-que, para que, quais as razões -, em um movimento de idas e vindas que possibilite novos sentidos.

O desafio é incluir novos elementos, interrogações que abram espaço para outros fazeres, ultrapassando o consumo de drogas. Sabe-se que este não é um movimento linear, sem percalços. Alguns usuários, por exemplo, se apresentam extremamente empobrecidos, restritos à sobrevivência, sem nenhuma abertura para questões da existência. O mundo parece se resumir ao que é da ordem da necessidade. Estão colados ao uso, são o que são – “Eu e ela (a droga), e pronto”.

Como fazer com esses que chegam pedindo socorro, que querem parar de usar drogas, mas que não apresentam qualquer recurso lógico que possibilite o mínimo deslocamento desta posição de submissão ao produto? O que demandam é um remédio, algo que os tire deste mundo da droga, mas ao qual, possivelmente, vão continuar submetidos. Trabalhar com esses usuários na dimensão da redução de riscos e danos, apontando a importância de uma maior preservação física e psíquica, pode ser um caminho. O usuário pode apreender outros modos de lidar com a sua realidade.

Esta clínica, então, propõe dois indicadores que podem definir critérios de conclusão. O primeiro, chamado subjetivo, inclui o deslocamento da função da droga, mudança de posição em relação ao objeto. Nem sempre significa fim de uso, mas novos modos de lidar com ele. O segundo, que pode ou não estar ligado ao anterior, refere-se ao social, quando o usuário retoma e/ou transforma laços sociais.

As diversas estratégias, revistas regularmente - pois essa é uma clínica que se modifica -, possibilitam esses dois movimentos propostos: colaboram para a desconstrução da identificação maciça com o "eu sou toxicômano", ampliando a construção de outras identificações e possibilitando a inclusão de novos fazeres; como também, reorganizam os espaços simbólico e discursivo, reordenando os laços do indivíduo com o mundo. Cabe a cada um construir o seu percurso.

É difícil falar de conclusão quando temos em mente algo que continua a se processar, a provocar. Neste sentido, esta é uma clínica que provoca, que remete a novos lugares, aciona novos movimentos; questiona, inclusive, as intervenções do analista e dos demais técnicos que reinventam, a cada passo, o seu fazer. A conclusão implica em novas aberturas.

O que esta clínica tem revelado é que ela não pode ser operada senão na sua articulação com o tempo e o espaço. E este é o tempo de outros sintomas e, conseqüentemente, de outras formas de lidar com eles. Nesta direção, o atendimento a usuários de drogas é terreno fértil para a leitura dos novos modos de gozo que se apresentam na atualidade.

Notas

- ¹ Psicóloga. Psicanalista. Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD/UFBA).
- ² Entrevista com Claude Olievenstein, Paris, 1994 (neste livro).

³ Mesa redonda. Conselho Nacional de Entorpecentes (CONEN). Salvador, Ba, 2008.

⁴ Os nomes de pacientes citados neste trabalho são fictícios.

Referências

DERRIDA, Jacques. **Anne Dufourmantelle convida a falar Da Hospitalidade**. Tradução de Antonio Romane; revisão de Paulo Ottoni. São Paulo: Escuta, 2003. 144p.

FREUD, Sigmund. O Mal-estar da civilização. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1972. v. XXI. P. 81-171.

LACAN, Jacques. Posição do inconsciente no Congresso de Bonneval (1960, retomado em 1964). In: **Escritos**. Ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 1998. p. 843-864.

MIRANDA, Maria Luiza Mota. et al. As toxicomanias, a angústia e o campo do Outro: estratégias de tratamento. In: **II ENCONTRO AMERICANO DO CAMPO FREUDIANO, 2003 Bahia**.

RÊGO, Marlize. et al. As estratégias clínicas numa instituição para toxicômanos. In: **Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas**. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 221.

OLIVENSTEIN, Claude. A diabolização do toxicômano, Paris, 10 ago. 1994. Entrevista realizada por Maria Luiza Mota Miranda. In: **Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas**. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 271.

SAFATLE, Vladimir. **Estética do real: pulsão e sublimação na reflexão lacaniana sobre as artes**. In: Safatle Vladimir; IANNINI, Gilson; MASSARA, Guilherme; PINTO, Jéferson. (Orgs.). O tempo, o objeto e o avesso. Belo Horizonte: Autêntica, 2004. p. 113-135.

SAMPAIO, Luiz Sérgio Coelho. Lógica e Psicanálise. In: **A Lógica da diferença**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 121-146.

VILLALBA, Ivete. **O objeto que faz fazer**. São Paulo: [s.n.], [198?]. 4p.

