

Questões cruciais do atendimento a toxicómanos

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

Os fenómenos de droga angustiam os pais, preocupam os educadores, interpelam as autoridades, fascinam os jovens... Muitas vezes se levantam para condenar 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 pelo mundo, a alastrar 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 modalida-

des de atendimento a toxicómanos. Contudo, mesmo tratando-se do aspecto terapêutico propriamente dito, é imprescindível inserir o fenómeno num contexto mais amplo, histórico e social nomeadamente, para que se chegue a uma visão mais abrangente e mais relevante para a abordagem psicoterápica.

Por esta razão, começamos por tratar do problema sócio-cultural do uso de drogas, para continuar com a questão, tão enigmática, da personalidade do toxicómano, antes de abordar os modelos de atendimento. Veremos que, para propor um atendimento terapêutico à altura do problema colocado pelo uso de drogas, é indispensável chegar a uma tal visão mais ampla, ultrapassando os preconceitos, as atitudes moralizantes ou repreensivas e as medidas repressivas. O problema é interessante e sério o bastante para merecer este aprofundamento.

1. O FENÓMENO DAS DROGAS NA CIVILIZAÇÃO OCIDENTAL

Desde os primórdios da sua história, o homem conheceu e usou substâncias entorpecentes, permitindo-lhe, pelo menos momentaneamente, *transcender os seus limites*

(*) Doutor em Psicologia e Psicanalista, professor do Departamento de Psicologia da Universidade de Brasília.

(**) Psicóloga.

e escapar à sua condição de humilde transeunte, marcado pela transitoriedade da sua existência e sofrendo as múltiplas adversidades da «mãe-natureza» — que, em geral, se demonstra mais implacável do que carinhosa.

Eis, portanto, um primeiro sentido do uso de drogas, aquele de permitir *fugir à sua transitoriedade e à angústia* que esta inevitavelmente engendra. As substâncias entorpecentes e inebriantes — entre as quais, percebe-se logo, temos que situar o álcool — apresentam-se portanto como um *meio* à disposição do homem para completar ou preencher a sua falta-para-ser, a sua derelicção para falar com Heidegger, e para canalizar a angústia resultante desta sua humana condição.

Em seguida, o recurso às drogas permite, pela abolição das fronteiras naturais da existência que proporciona, a entrada em contacto com as forças divinas que as diversas populações concebem. A história da *experiência religiosa* e sobretudo *mística* abunda em exemplos neste sentido: o uso de certas drogas, absorvidas em obediência a rituais e épocas rigorosamente definidos, possibilita relações particulares com as dimensões sagradas e secretas da cosmovisão desta ou daquela população.

Porém, tais rituais de iniciação ou de contacto com um mundo considerado como transcendental fazem parte de uma determinada cultura e tornam-se lícitos somente no interior desta, seguindo para isto regulamentos transmitidos de geração em geração. A droga, portanto, ali novamente não é um fim em si, mas apenas um meio para atingir finalidades que, pelo seu contexto grupal, são estritamente codificadas.

Recorrer às drogas entorpecentes pode revestir um terceiro sentido, aquele de *procura de prazer*. Este, sem dúvida, é o sentido que predomina hoje em dia, sendo que a toxicomania moderna se apega com uma particular violência à obtenção imediata de um prazer intenso, englobante e por assim

dizer cósmico, abolindo os limites espaço-temporais da existência «comum».

A dimensão de prazer, no entanto, sem dúvida sempre fez parte das experiências culturais ou místicas com drogas: os três sentidos mencionados são interdependentes e condicionam-se reciprocamente, tendo como denominador comum a fuga, o afastamento ou o esquecimento das condições reais e limitadas da vida humana. Porém, o que caracteriza o consumo moderno de drogas é que, nele, a procura de prazer se impõe como *um fim em si*.

A droga não mais é, então, um meio para alargar os limites existenciais, mas adquire uma finalidade própria, sem inserção num contexto cultural estruturante e sem referência a uma intencionalidade ou a projectos, individuais ou sociais, podendo projectar o futuro de maneira criativa e desembocar em acções apropriadas. A dimensão do trabalho, da conquista e da transformação do mundo pelo empenhamento social e profissional torna-se destarte tão diminuta quanto aquela do amor, uma vez que o dependente de drogas curte um prazer solitário ou mesmo autista, dispensando a presença de outros, erotizados ou não. O toxicómano, de facto, entrega-se a um culto solipsista que, como toda a religião, tem os seus mitos e ritos, mas sem poder integrador e sem valores éticos e sociais construtivos.

O que é que provoca a expansão do consumo de drogas entre os jovens de hoje, qual é o motivo profundo que os empurra para os braços de um Bacchus particularmente mórbido e mortífero? Não podemos responder a esta pergunta, capital e dramática, referindo-nos aos critérios corriqueiros de normal e anormal e taxando a conduta destes jovens de patológica, desviante ou psicopática. Significaria passar por cima da gravidade da questão, ignorando a amplitude da crise que atravessa a nossa civilização e da qual a toxicomania nada mais é do que um sintoma; significaria ainda invocar critérios que não têm valor científico, mas um

nítido relento maniqueísta — os outros, os que são ou que pretendem ser diferentes, são os ruins e merecem ser expulsos ou aniquilados; significaria finalmente querer recorrer a uma solução médica ou psiquiátrica, como é praxe fazê-lo com a loucura ou o alcoolismo, tratados sem referência ao contexto social do qual emanam, e sem a apreensão do seu estatuto antropológico. Corresponderia, portanto, a uma resposta muito mais ideológica (e eminentemente defensiva do *statu quo*) do que ética, científica e socialmente pertinente.

Com isto não queremos insinuar que a toxicomania não seja também um fenómeno de patologia mental — mas este enfoque é radicalmente insuficiente para entender o fenómeno, tal como ele alastra pelo mundo. Focalizar somente o aspecto médico ou biológico da «farmacodependência» leva a privar-se de instrumentos valiosos de compreensão e de intervenção, além de conter o risco de cortar definitivamente o acesso àqueles jovens que estão aflitos com esta dependência e procuram uma saída aceitável, isto é, uma saída que não corresponda simplesmente a uma recuperação.

Eis uma alusão a uma característica particular da toxicomania moderna, a saber, de inscrever-se, pelo menos no seu início, no contexto de uma contestação social radical, aquela do modelo «burguês» e dos valores materialistas enfatizados e promulgados pelo modelo do «american way of life».

A argumentação destes jovens deixa-se resumir pelo seguinte: se, nesta sociedade de consumo, o ideal é de consumir, então vamos consumir de verdade; se é para viver alienado, então melhor vale viver uma vida prazerosa de alienado feliz. Isto implica a recusa do mundo do adulto «médio», com a sua moral dúbia, a sua hipocrisia, as suas incoerências e a sua ideologia de exploração, de violência e ganância; implica ainda

a conseqüente procura de valores novos, mais comunitários do que comerciais, mais humanos, mais humildes e mais autênticos do que lucrativos ou debilitantes.

Estes jovens, portanto, *contestam* e *denunciam* o modelo social vigente — mas pode-se dizer que eles estão errados com a recusa aferrada deste modelo? Que eles são psicopatas porque não querem deixar-se enquadrar nos moldes problemáticos de uma sociedade corrupta e eticamente em falência? Não há dúvida que a resposta que encontram é inadequada e autodestrutiva — mas isto não elimina a pertinência da questão que colocam, a respeito da nossa civilização em vias de desintegração e da sua corrida louca de volta à barbárie, senão à destruição. Ademais, tampouco é adequada a resposta repressiva e punitiva que lhes reserva a nossa sociedade, a começar pelas «forças da ordem» — das quais participam, como se sabe, não somente os polícias, mas também muitos médicos, psicólogos e educadores...

A contestação social destes jovens começa pela contestação da família e dos seus valores tradicionais. De facto, o fenómeno da toxicomania recobre uma patologia social e familiar latente — pela qual não cabe incriminar a família ou os pais, simples detentores de uma função e de um poder cujo manuseio os ultrapassa. O que os jovens revoltados denunciam é o condicionamento operado pela instituição familiar e escolar ou pelos agentes profissionalizantes; recusa-se o adestramento que a família, quer queira, quer não, exerce e transmite, num procedimento insidioso do qual tanto os pais quanto os jovens são as vítimas.

Sintoma da nossa crise de civilização, sinal de uma mudança que começa a esboçar-se...? De qualquer modo, a toxicomania, com os problemas sociais e psicológicos que a engendram, representa um desafio que interpela as autoridades e responsáveis de todos os sectores da vida humana.

2. DIMENSÕES DA TOXICOMANIA MODERNA

A toxicomania, portanto, é um fenómeno muito complexo. 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 são-no dentro de uma determinada civilização, no caso a nossa, cuja regulamentação lhe permite aproveitar de uma «legalidade» que não é evidente em si, mas que foi estipulada em função de certos interesses, muito mais económicos do que morais.

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

O drogado, ao contrário, escapa a este controlo, fura o circuito comercial autorizado e devidamente tributado. Claro que ele se torna tributário de um outro circuito, clandestino ou semi-oficial (visto o envolvimento, no tráfico de drogas, de muitas personagens de porte), mas não pode mais ser encerrado no sistema social vigente. Ele, ex-offício, transforma-se numa ameaça para este sistema que, numa atitude de autoprotecção, tem que persegui-lo como um elemento desestabilizador da sua política e da sua ideologia.

Voltaremos mais adiante à questão do controlo social. O que percebemos, aqui, é que o problema de delimitar a patologia toxicómana não se deixa resolver 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, como se faz, por exemplo, com o álcool. Com esta distinção, mais clínica do que principal, contorna-se o recife da legalidade e a necessidade repressiva a este ligada. Ademais, esta distinção poderia facilitar o atendimento mais amplo de dependentes de drogas, abrir novas perspectivas preventivas e educativas e permitir uma abordagem mais serena e menos passional do problema das drogas... Porém, há um longo caminho a percorrer até lá, e os obstáculos de todo o tipo são enormes.

Ressaltamos aqui a importância da análise do fenómeno toxicómano quanto às incidências dos factores sócio-culturais e económicos. De facto, segundo as teses de Olievenstein, um dos grandes especialistas mundiais do assunto, a toxicomania tem que ser considerada como decorrente de um encontro de três factores: a *personalidade do toxicómano* (o factor psicológico), o *momento-sócio-cultural* (os aspectos social, cultural e económico, tais como revistos acima) e o *produto* (as drogas entorpecentes).

Enfocar um só destes factores, 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 incorre, 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 factores 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, apolo-gética) dos jovens metidos em drogas, esquecendo-se dos destroços que estas provo-

cam, dos conflitos psíquicos familiares e sociais que levaram tantos jovens à marginalização; esquece-se ainda a miséria moral na qual mergulham, muitas vezes de maneira irrecuperável, entregues à decadência física e mental, à depressão, à violência, à delinquência, 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, delinquente, 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 a atracção e todo o encanto.

Veremos que os diferentes modelos de atendimento a toxicómanos são tributários, em maior ou menor extensão, de visões unilaterais destes factores: sobrevalorizando determinados aspectos em detrimento de outros, complementares, não se chega àquele atendimento integrado que a complexidade do fenómeno requer. Antes, porém, de nos atermos à análise destes modelos, cabem algumas observações sobre a personalidade do toxicómano, sobre as suas experiências vivenciais e os seus modos de ser-no-mundo.

3. A QUESTÃO DA PERSONALIDADE DO TOXICÓMANO

Começar a tomar drogas significa: estar à procura de algo diferente, algo presumivelmente capaz de preencher uma *falta*. Esta falta pode situar-se em vários níveis e, embora sendo mais imaginária (isto é, ressentida inconscientemente) do que objectiva,

não deixa de ser uma realidade, às vezes dramática, para o jovem. Ela pode dizer respeito ao corpo, ao psiquismo, à família, pode ser da ordem da carência afectiva, da ausência de comunicação, da lei, de projectos, de perspectivas para o futuro, de ideais, de dimensões sagradas... Qualquer que seja a área da estruturação humana, a falta pode ali inscrever-se e suscitar o sentimento de um vazio, de uma privação fundamental e sem possibilidade de preenchimento, provocando uma ânsia insaciável e obcecante de consegui-lo um dia.

Em populações de baixo rendimento, as drogas (como também o álcool) são tradicionalmente ingeridas ou cheiradas para enganar a fome — mas, no caso de jovens oriundos das camadas privilegiadas da sociedade, a que tipo de fome, a que tipo de falta precisa referir-se para entender o frenesim do abuso de substâncias entorpecentes? Em que estrutura de personalidade é preciso pensar para poder entender esta falta que, para estes jovens, parece tão premente quanto insaciável, nos moldes tradicionais da sociedade?

Na convivência com eles, percebe-se facilmente o desespero, o vazio, o tédio que ressentem e que não conseguem resolver de outra maneira; o recurso às drogas, se corresponde a uma solução de facilidade, não é, por isso, uma solução deliberada e consciente, mas o passo fatal e quanto funesto de um ser profundamente desamparado, vulnerável e imaturo. Com efeito, os conhecimentos adquiridos sobre o desenvolvimento da personalidade da criança e do jovem permitem-nos afirmar que não há toxicomania voluntária, como não há marginalização voluntária. A afirmação do contrário carece de bases científicas sérias e é fruto mais de preconceitos e de pressuposições moralistas acerca do livre arbítrio, do «esforço de boa vontade», da fraqueza de carácter, da rebeldia delinquente...

Mas trata-se, então, de definir esta personalidade do jovem toxicómano — em

preendimento complexo e extenso que neste trabalho não podemos realizar. Limitamo-nos a esboçar alguns traços gerais, importantes, em nosso entender, para as modalidades do atendimento de toxicómanos.

Em primeiro lugar, se «personalidade» evoca, em psicologia, a noção de «estrutura», concebida como determinada por um certo número de elementos estáveis e definitivamente adquiridos pelo homem (os elementos precisamente «estruturais»), é preciso enfatizar que, segundo os resultados das principais pesquisas sobre o assunto, não é possível falar-se de uma «estrutura toxicómana».

Em oposição, pois, à «estrutura neurótica», não se evidenciou até hoje uma estrutura ou um carácter típico predispondo à dependência de drogas, do mesmo modo que nenhuma causalidade directa ou exclusiva pode ser responsabilizada; sabe-se que existem certas falhas (precoces) na estruturação psíquica do (futuro) toxicómano, mas estas não se deixam definir de maneira precisa, tampouco quanto é possível fazer predições sobre a evolução posterior de crianças problemáticas. Assim, podemos citar, por exemplo, uma série de características invocadas por Bergeret (1982) e outros, mas que carecem nitidamente de especificidade: indiferença generalizada, fraqueza da vida afectiva, pobreza de trocas, justaposição das solidões, seres entregues a si mesmos, perda de confiança nas instituições e nos valores tradicionais, precaridade das formações que não asseguram o futuro do indivíduo, angústia e insegurança, dependência económica prolongada, imediatismo, intolerância à frustração, falta de comunicação entre as gerações...

Numa pesquisa anterior (Bucher & Ulhoa, 1984), consagrada à investigação da personalidade do toxicómano mediante um teste projectivo, concluímos por uma precoce estruturação deficiente desta personalidade, mas que afecta os sexos de maneira diferente: nos rapazes, o desequilíbrio narcísico

da identificação sexual diz mais respeito à integração do corpo próprio, enquanto que, nas moças, é mais a aceitação do papel feminino diante da sociedade que suscita conflitos. Em ambos os casos, porém, o consumo de tóxicos deve ser entendido como uma reacção contra estas desestruturações; trata-se, acrescentávamos, de uma «reacção inábil, desesperante e facilmente autodestruidora, típica do mundo inflativo e fantasiosamente ilimitado da adolescência». Não há dúvida, no entanto, que neles, a toxicomania é um *sintoma* de conflitos anteriores e que a ampliação do seu mundo de fantasmas representa uma necessidade vital para que se possam expandir mentalmente, em consequência de mutilações narcísicas precoces.

O que é certo é que não é a estrutura neurótica que define ou que leva à toxicomania; esta contém mais elementos específicos de psicose e da perversão, mas sem, obviamente, coincidir com estas.

A personalidade do toxicómano permanece, portanto, enigmática: não se sabe dizer *por que*, em determinado momento, um jovem começa a drogar-se — nem *por que* certas pessoas param, em outro determinado momento, de se intoxicar. Existe aí um movimento temporal (ou pulsional) próprio e descontínuo que, no entanto, escapa à investigação científica, embora obedeça, sem dúvida, a certas leis e determinantes. Caberá a futuros trabalhos pesquisar este momento cinético específico que parece caracterizar a personalidade do toxicómano.

Na sua abordagem terapêutica, cabe levar em consideração a particularidade deste seu «tempo vivido». Marcado profundamente pela experiência fulgurante do prazer, desde o seu primeiro encontro com a droga, este difere fundamentalmente do «nosso» tempo, como difere também o processo de rememoração. O drogado fica obcecado pela lembrança da sua experiência de gozo entorpecente e é levado, compulsivamente, a procurá-la novamente, não poupando esforços

nem meios para chegar ao objectivo: re-experimentar, reviver imediatamente aquela sensação de gozo absoluto do êxtase original, para abolir novamente os limites espaço-temporais da vida comum, dos seus aborrecimentos e durezas.

Trata-se, sem dúvida, neste êxtase, de uma experiência altamente auto-erótica, ao ponto de alguém ter formulado que «drogar-se é fazer amor consigo mesmo». Todavia, mesmo sendo auto-erótico e, pois, de cunho sexual, esta experiência de gozo ultrapassa, segundo todas as testemunhas, de longe a experiência do gozo sexual «comum», pelo facto de participar duma dimensão mais visceral e mais cósmica, ou seja, mais abrangente, mais «real», mais absoluta, pela abolição do tempo e do espaço que produz. A injeção da droga, de facto, provoca a sensação voluptuosa de mergulhar num espaço infinito, num tempo eterno, através duma viagem auto-erótica tão regressiva que chega a apagar, momentaneamente, a historicidade do sujeito.

Sob o efeito deste gozo tanto transcendental quanto imanente, o drogado não é mais «ser falante» sujeito à lei humana, mas «algo mais» — ou «algo antes», flutuando numa utopia que se tornou real e que, pela intensidade do seu gozo, excede lei, família, sociedade e linguagem. Se há transgressão, neste êxtase, não é portanto transgressão da interdição do incesto: não é a lei edipiana que é desrespeitada, mas a lei natural segundo a qual não é possível deus ou ser mortal, porque devemos à natureza uma morte — morte que é negada e abolida, temporariamente, pela presença deste gozo absoluto que subtrai o drogado à comunidade humana e à comunicação inter-subjectiva.

Será contra a reminiscência daquele êxtase que o terapeuta do toxicómano terá que lutar, bem como contra a temporalidade específica, estalada do seu ser-no-mundo imaginário, no qual vive enquistado como prisioneiro da sua visão retrospectiva passional.

Para ajudá-lo a libertar-se desta fixação mnésica a um momento do passado experimentado como totalmente isento de falta, será preciso oferecer-lhe um contexto terapêutico muito *sui generis*, que saiba adaptar-se às particularidades espaço-temporais das suas vivências. Ele nomeadamente terá que demonstrar uma flexibilidade suficiente para poder representar pontos de referência seguros sem que sejam asfixiantes ou «cargas», e para permitir uma ordenação do seu tempo sem sucumbir a um atendimento de rotina.

Visto as características da personalidade do toxicómano, destoantes de muito daquelas do neurótico ou do homem «normal», a psicoterapia «ortodoxa», com o seu imobilismo e a sua sucessão mais ou menos monótona de sessões, não lhe convém, porque entra em choque radical com a sua necessidade de se deslocar, de mudar sem parar de um lugar para outro e de se entregar a uma espécie de vadiagem transmitindo-lhe o ilusório sentimento de liberdade social. Porém, mesmo se este sentimento é ilusório — do que ele mesmo facilmente chegará a tomar consciência — o toxicómano precisa dele, como de uma muleta para não perder a sua auto-estima, já abalada pela vulnerabilidade e pela solidão que conhece, e para continuar a viver, nem que seja por apenas mais um lapso de tempo.

A sua instabilidade, pois, tem que ser respeitada e não atacada; senão, ele afastar-se-á, incompreendido e com um renovado sentimento de rejeição ou de exclusão que só poderá alimentar a sua marginalidade, contribuindo assim mais ainda para o seu isolamento e a sua convicção anti-social.

Para compreender melhor a atracção que exerce sobre o toxicómano a experiência prazerosa do passado, cabe aproximá-la do seu fascínio pelos fenómenos da alucinação, da loucura e da morte. Fenómenos temíveis e assombrosos aos olhos do comum dos mortais, ele aborda-os de maneira lúdica, brinca com eles, experimenta-os, suscita, revoca,

numa curtição tão audaciosa quanto, a médio ou longo prazo, desastrosa e mortífera.

No entanto, se recorrer ao consumo de drogas implica a recusa duma existência socialmente limitada, esta recusa contém um desejo de morte que se justapõe ao desejo de prazer. Os dois combinam-se num desafio endereçado à sociedade e à vida que esta promulga, e representam uma transgressão tanto mais tentadora quanto mais a sociedade a reprime.

Ultrapassar, transgredir as normas sociais que pretendem regulamentar a obtenção de prazer coaduna-se, portanto, com grande facilidade à saída desta mesma sociedade — saída cuja forma mais radical representa evidentemente a morte. Certo que o que caracteriza a adolescência é ignorar a morte, como possibilidade real para si mesmo; ela gosta de brincar ou sonhar com a ideia da morte como libertação ou transgressão dos limites; porém, não é todo o adolescente que chega a práticas *reais* de autodestruição. Para tanto, é preciso um desespero muito profundo e muito particular, causado pela sensação de um «vazio existencial» insustentável e inexcedível, que, sem dúvida, muito tem a ver com a *falta* acima mencionada.

Estamos inclinados a ver numa tal «falta» um traço estrutural típico da personalidade do toxicómano, responsável por um comportamento reactivo específico, sintoma da presença intolerável de uma ausência vivida como mortalmente mutiladora e enganadora.

4. O MODELO PSIQUIÁTRICO DE ATENDIMENTO A TOXICÓMANOS

O atendimento psiquiátrico, sem dúvida, é a resposta mais antiga que a sociedade encontrou para se opor e, de facto, se defender contra a presença, no 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 a exercer a sua acção 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 costume, a integração anuladora destas críticas e as medidas repressivas pelas quais se continua a querer jugular tanto as «doenças mentais» como a toxicomania, não surtem efeito e não acabam com estes fenómenos, perturbadores da ordem constituída. Estes permanecem e ampliam-se, 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 facto, 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 processa-se 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 (alcoolidistas, suicidas...), os toxicómanos no hospital geral incomodam, por serem «doentes» dife-

rentes, relativamente «sadios» — mas sobretudo por serem contestadores dos regulamentos hospitalares e perturbadores da ordem e da tranquilidade do serviço. Por esta razão, os atendentes raramente aceitam de bom grado o internamento de toxicómanos: a tendência geral, no mundo inteiro, é encaminhá-los de imediato para o hospital psiquiátrico, ou ainda, o manicómio. 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, electrochoques, células de isolamento e outras parafernálias lhes são aplicadas — 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 toxicómano chegará sem dúvida a desacostumar-se da tomada de drogas, após um período de alguns dias de um sofrimento agudo, psíquico e físico, em consequência 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 o encarceramento; mas isto não pode iludir quanto ao facto 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 consequência das desestruturas e mutilações sofridas.

De facto, 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 von-

tade 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 toxicómano 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 facto, muitos deles chegam realmente a «querer» acabar com o consumo de drogas, para «se normalizarem» e/ou para se porem 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 se opõe 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 socioeconómicas 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 na 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 toxicómano. 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 nosso propósito negá-las nem minimizá-las — elas representam uma vertente apenas do fenómeno 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 nem medidas preventivas nem intervenções curativas. A investigação científica, a nível de laboratórios experimentais, aumenta, concerteza, o nosso saber sobre a farmacodependência e os seus efeitos sobre o organismo, mas não chega a tocar o toxicómano; ele nada tem a ver com este nosso saber, objectivo e preciso; pelo contrário, pode até ser tentado a rir-se dele, tão incôngruos lhe aparecem aqueles conhecimentos em comparação com o *seu* conhecimento, a *sua* experiência, subjectiva, visceral e prazerosa dos efeitos da droga. De facto, se o saber científico tranquiliza, por um lado, pela sua objectividade e neutralidade, ele simultaneamente cria barreiras, às vezes intransponíveis, distanciando-se do mundo vivencial e da experiência íntima daqueles que se trata de amparar.

A investigação científica, portanto, pode trazer resultados interessantes, mas não traz respostas sobre *como encontrar* o toxicómano 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 fenómeno: 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 exerce-se na prática psiquiátrica quotidiana, a não ser em clínicas particulares «de luxo». Os toxicómanos que a conhecem, depois de terem passado pela «desintoxicação» em hospitais psiquiátricos, ressentem-na 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 deixam muito a desejar também...

A resposta repressiva com a qual se encara o problema toxicómano, é frequentemente exigida pela *família* do drogado. Esta, ultrapassada e angustiada pela presença incompreensível e ameaçadora de um filho dependente de tóxicos, e incapaz de comunicar com ele para restabelecer um diálogo que talvez nunca existiu, vê a intervenção psiquiátrica como única solução possível, como aquela «salvação» que *eliminará* o problema do seio familiar.

As famílias que se viram 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 faz-se também para se livrar do incômodo problema, remetendo a responsabilidade para as «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 este pedido e «salvar» o drogado (por mais uns dias...), aplicando-lhe as medidas repressivas, policiais e coercivas 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 toxicómano, 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.

5. O MODELO COMPORTAMENTAL DE ATENDIMENTO

As técnicas de modificação do comportamento, derivadas dos resultados da psicologia experimental, apresentaram-se durante algum tempo como a solução ideal para um grande número de «distúrbios do comportamento» e, em particular, para a toxicomania. Nascidas nos Estados Unidos e aplicadas amplamente no combate 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 controlo*. Porém, o pronome possessivo aí é ambíguo: trata-se de aumentar não somente a sua capacidade de autocontrolo, mas também, ou mais ainda, a capacidade de controlo da sociedade *sobre* estes desviantes e «marginais».

Não há que se surpreender, então, por amplas faixas dos poderes públicos se inte-

ressarem e se entusiasmarem por estas técnicas: prometendo ser um instrumento eficaz de repressão e de controlo do abuso de tóxicos, elas foram encaradas como capazes de substituir os métodos tradicionais e, de facto, pouco satisfatórios da desintoxicação psiquiátrica.

Elas podem, pois, facilmente ser utilizadas com vista a um adestramento autoritário (senão totalitário) de jovens desviantes, para reintegrá-los, após um processo de condicionamento executado com mais ou menos subtileza, 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 indicação policial. No entanto, não é raro também que jovens toxicómanos, angustiados pela própria decadência e acosados num sistema de dependência que não os solta mais, venham procurar instituições que praticam estes métodos, tão prometedores de uma libertação definitiva.

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

A falta de diálogo, de calor humano e de aceitação afectiva 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 submeter-se e a obedecer num sistema de disciplina marcial onde cada passo errado desencadeia punições severas, a iniciativa própria, a criatividade e a responsabilidade pessoal são 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, por isso mesmo, propiciadora de novas perspectivas de realização humana.

Uma abordagem meramente técnica ou «científica» não vai alcançar o objectivo de uma re-humanização do toxicómano. O que ela vai conseguir, pelo menos com aqueles que se submetem até o fim aos seus procedimentos, é *trocar* uma dependência por uma outra, mais aceitável socialmente — mas não há que *questionar* esta aceitação social, os seus pressupostos, premissas e implicações? É o que fazem os toxicómanos, mas o que deveriam fazer também aqueles que se empenham na 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 selectivo; outros ficam e submetem-se por falta de alternativas, para recair após a saída ou para afundar-se em seguida na droga legal do álcool; outros ainda ficam e acostumam-se à nova dependência, lentamente interiorizada pelos condicionamentos operantes que regem doravante o seu comportamento, de

tal modo que dispensam recorrer ao pensar ou ao decidir-se... O êxito, portanto, é menor do que o esperado. Não são poucos os adeptos destas técnicas 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 são oriundas dos Estados Unidos, sendo realizadas por grupos na sua maioria protestantes. Como as teorias comportamentais ainda, elas preconizam uma disciplina rigorosa e estabelecem um estrito controlo sobre os sujeitos que aceitam o confinamento nas 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 *re-intoxicação ideológica*, com a diferença que a droga de substituição não reside somente na obediência a regras de reforço e de punição, mas na mensagem religiosa de uma libertação pela submissão ao Senhor Jesus.

O efeito, no entanto, não é muito diferente quanto às consequências no plano da realização humana livre e consciente; mas ele difere por um número maior de curas «bem sucedidas» — em consequência provavelmente do ambiente muito mais afectivo e caloroso e da coesão humana que a ideologia suscita — bem como pela convicção resoluta que caracteriza os membros 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-se. 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 da-

quele que se interessa por propor assistência aos dependentes de drogas.

6. 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 Estados Unidos, situa-se na intersecção destes dois tipos, propondo a repressão do abuso de drogas por um procedimento de substituição.

A metadona, de facto, representa uma «droga de substituição». Produto morfínó-formo de síntese, ela exerce um forte efeito sedativo e analgésico e, se não propicia aquela sensação de gozo planetário próprio da heroína, induz uma farmacodependência não menos acentuada. Ela não é directamente prazerosa, mas elimina a cruel sensação de «falta», induzindo um bem-estar relativamente «neutro».

A sua vantagem social, contudo, reside no facto da sua distribuição poder ser *controlada* pelos poderes públicos, policiais ou sanitários. O toxicómano, 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 médico legal», assistido eventualmente pela vida toda.

A metadona permite ao toxicómano uma reabilitação apreciável, uma vez que possibilita, apesar da nova dependência iatrogénica, uma certa actividade social e profissional. Todavia, a sua vida social e pessoal desenvolver-se-á sem liberdade de acção, sem responsabilidade e também sem prazer, apagando o produto a dimensão erótica da sua vida. Os benefícios que retira da meta-

dona, 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 aproximam-se pelo aviltamento humano que provocam.

Suspeita, pois, quanto à realização humana que propõe à pessoa toxicómana, a metadona, por outro lado, proporciona uma luta bastante eficaz contra a toxicomania e contra alguns dos seus efeitos indirectos, 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 obter dinheiro a qualquer custo para poder suprir o seu estado de falta. Mas, prisioneiro em liberdade condicional, ele sabe-se vigiado, fichado e enquadrado num sistema de controlo social que tem algo de monstruoso, como se fosse uma aplicação particular da temível representação do «big brother». Não há que se surpreender, então, diante da frequência 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 toxicómano, considerando-o não mais como uma patologia ambulante ou como um ente irresponsável e descontrolado que requer uma manipulação de fora, mas como um ser humano.

7. O MODELO RELACIONAL DE ATENDIMENTO

Não afirmamos que exista um modelo ideal de atendimento ao toxicómano, mas existem modelos melhores ou piores, dependendo, como já frisámos, 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 inter-subjectiva* como instrumento e meio do trabalho terapêutico. *Instrumento* no sentido dela possibilitar uma «brecha», uma entrada no universo cerrado e desconfiante do jovem drogado; *meio* no sentido de ambiente acolhedor e tranquilizante que, pela situação de engajamento afectivo 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 toxicómanos. As características concretas do manejo desta relação humana deverão, evidentemente, levar em conta a personalidade do toxicómano e os objectivos que se pretende atingir na sua terapia.

Para que se possa estabelecer uma relação autêntica com o toxicómano, 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 necessárias para o concretizar, a entrada em terapia terá alguma possibilidade de ser bem sucedida, isto é, de levá-la realmente a libertar-se do recurso às drogas.

Esta decisão, como já assinalámos, custa a fazer-se. A ideia 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 contactos com a morte, é que sua motivação pode afirmar-se e levá-lo um dia a bater à 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 esvai-se de novo, até o seu tempo chegar a «normalizar-se» 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 para ele estendida. Desconfiando do terapeuta e da instituição, enxergada como um prolongamento astucioso do braço da repressão, da recuperação e do enquadramento, nenhuma relação afectiva autêntica vai poder desabrochar — até ao 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 contacto terapêutico, o *anonimato* — garantido, aliás, pela lei — e a *gratuidade*.

No Brasil, na situação actual, 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 consciencialização quanto à importância do problema, acompanhada de mudanças na legislação, poderiam 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 equipa*. Esta, evidentemente, deverá ser pluridisciplinar, contando com a colaboração de médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, recepcionistas, magistrados e advogados, incluindo também antigos toxicómanos.

Contudo, esta colaboração não poderá ser qualquer. Para que reine um ambiente acolhedor, descontraído e caloroso, o funcionamento de um tal centro terá que ser flexível, afectuoso 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 podem sobrepor-se à espontaneidade e à criatividade no contacto 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 director, médico ou psicólogo, por exemplo.

Esta equivalência entre os diversos profissionais, devidamente formados e sensibilizados às particularidades da personalidade do toxicómano 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 neces-

sita de ajuda e que tem o direito, nos limites do possível, de escolher e estabelecer a relação afectiva com aquele terapeuta com o qual sintoniza melhor. O que conta, de facto, no estabelecimento desta relação afectiva 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 contacto que permita uma evolução «transferencial».

Será essencial, para manter um contacto afectivo 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 efectuará 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 directo.

«Atrás» do pedido, cabe perceber e revigorar o *desejo* de chegar a uma mudança efectiva, mudança que ultrapasse o nível utilitarista e imediatista do primeiro contacto 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 equipa 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 contactos com a equipa atendente — com a ressalva 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 empenhada com o toxicómano não será uma relação «neutra». Se ela o fosse, o paciente não ficaria muito tempo nela e nem voltaria a ela, após as interrupções que provavelmente ocorrerão. Para que possa haver relação afectiva, sintonia e confiança, a flexibilidade e a autenticidade do psicoterapeuta será essencial. Somente assim a relação poderá aprofundar-se, aceitando-se o desafio que o toxicómano nos endereça; somente assim será possível tocar aquela dimensão profunda onde se cruzam e se enraizam os desejos secretos oriundos de tempos remotos., com todas aquelas conotações infantis inconfessáveis, ligadas às experiências de carência afectiva, de rejeição e de desamparo.

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

É possível dizer, portanto, que na abordagem relacional há também *substituição de dependência*, mas num sentido diferente daquele visto acima: 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 afectiva 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 num 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 em conjunto 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 facto só há impasses, miséria e depravação daqueles valores humanos que ele, no fundo, está procurando.

8. 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 ecléti-

cas do que originais. O ideal seria chegar-se a uma combinação que integra os ingredientes positivos dos três modelos, deixando de lado os aspectos e implicações negativas.

Assim, em qualquer organização de atendimento a toxicómanos 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 equipa trabalhar com coerência e coesão para estabelecer aquele ambiente afectivo 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 de ex- (ou quase ex-) toxicómanos 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 arrisca a obcecar os atendentes ao ponto deles 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 direcção àquela aprendizagem da liberdade

responsável que representa, no fundo, toda a psicoterapia.

Mas mesmo com este respeito, os resultados não serão gloriosos, como o demonstram as estatísticas mundiais. Segundo uma estimativa da UNESCO, a probabilidade de um rompimento definitivo da dependência de drogas situa-se 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 toxicómanos, é que os resultados serão decepcionantes e que mesmo os 30% de «curas» que se pode almejar, segundo esta e outras estatísticas, serão obtidas somente após um longo caminho, cheio de obstáculos, reviravoltas e surpresas. Em muitos aspectos, a pessoa do toxicómano assemelha-se àquela do psicótico, pela sua instabilidade emocional, a labilidade dos seus investimentos e a sua fragilidade 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 locura e da morte. Mas, por isso mesmo, é um trabalho profundamente humano.

RESUMO

O atendimento de toxicómanos 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 depen-

dência 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, coercivas ou sugestivas visando, de maneira directiva, a aquisição de novos tipos de comportamento, de facto propostos ou impostos de fora; o modelo relacional, que, inspirando-se da psicanálise ou ainda, na sua vertente familiar, da abordagem sistémica, propõe uma orientação não-directiva 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 toxicómano chegue a responsabilizar-se 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 leva em conta, além do arcabouço teórico, a especificidade antropológica do problema de drogas em geral, na sociedade brasileira em particular.

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 which 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 on drugs and which equates drug-addiction and «mental illness»; the behavioristic model, which utilizes directive conditioning and desensitizing techniques, as well as educational and

suggestional mean, 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 conflicts, drives and desires, as well as his self-destructive tendencies. To assure the drug-addict a way to assume responsibility for his own behavior 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.

BIBLIOGRAFIA

- ANGEL, P. et al. (1962) — *Le Toxicomane et sa famille*, Editions Universitaires, Paris.
- BERGERET, J. (1983) — *Toxicomania e Personalidade*, Zahar, Rio de Janeiro.
- BERGERET, J. et al. (1981) — *Le Psychanalyste à l'écoute du Toxicomane*, Dunod, Paris.
- BUCHER, R., ULHOA, M. J. C. (1984) — «A Estrutura de Personalidade do Toxicómano», *Acta Psiquiátrica y Psicológica de America Latina*, Buenos Aires.
- KAUFMAN, E., KAUFMAN, P. (eds.) (1979) — *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse*, Gardner Press, Nova Iorque.
- OLIEVENSTEIN, C. (1978) — *Não há drogados felizes*, Moraes, Lisboa.
- OLIEVENSTEIN, C. (1983) — *A vida do Toxicómano*, Zahar, Rio de Janeiro.
- OLIEVENSTEIN, C. (1983) — *Destin du Toxicomane*, Fayard, Paris.
- OMS (1973) — *La jeunesse et la drogue* (Série de rapports techniques, n.º 517), Genève.
- UNESCO (1977) — *L'avenir des ex-usagers des drogues après le traitement*, Paris.
- UNESCO (1976) — *L'évaluation des programmes d'éducation relative aux problèmes liés à l'usage des drogues: Problèmes posés et résultats atteints en Europe*, Paris.