

MAURICIO MIGUEL GADBEM

A CARREIRA DO DROGADICTO

CAMPINAS

2004

MAURICIO MIGUEL GADBEM

A CARREIRA DO DROGADICTO

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do Título de Mestre em Ciências Médicas, Área de Ciências Biomédicas.

ORIENTADOR: PROF. DR. MARCOS DE SOUZA QUEIROZ

CAMPINAS

2004

| | |
|--------|-------------------------------------|
| FADE | el |
| HAMADA | T/V UNICAMP |
| | G116c |
| | EX |
| BO BC/ | 60676 |
| C. | 16.117-04 |
| C | <input type="checkbox"/> |
| D | <input checked="" type="checkbox"/> |
| CO | 11.00 |
| TA | 17.11-04 |
| PD | |

b I d 331787

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

G116c

Gadbem, Mauricio Miguel

A carreira do drogado / Mauricio Miguel Gadbem. Campinas, SP : [s.n.], 2004.

Orientador : Marcos de Souza Queiroz

Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Adolescência. 2. Desenvolvimento humano. 3. Interpretação Psicanalítica. 4. Drogas. 5. Relações familiares. I. Marcos de Souza Queiroz. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Marcos de Souza Queiroz

Membros:

- 1. Prof. Dr. Antonios Terzis**
- 2. Prof. Dr. Antonio Muniz de Rezende**
- 3. Prof. Dr. Marcos de Souza Queiroz**

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 09/06/2004

DEDICATÓRIA:

*A Miguel Kalil Gadbem, meu pai,
com saudades.*

AGRADECIMENTOS

À Mariam Elias Nicola Gadbem, minha mãe, da minha Carreira, os primeiros passos.

Ao Miguel e à Márcia, meus irmãos, pela proximidade na dor.

À Dra. Maria da Penha A. de C. Barros Munhoz, minha analista, pela autenticidade, e pelo adequado exercício das funções materna e paterna.

Ao Dr. Hélio Sebastião Amâncio de Camargo, primeiro mestre na arte de perscrutar a mente humana.

Ao Prof. Marcos de Souza Queiroz, meu orientador, que como meu pai, abriu-me um novo mundo.

À Regina Celi Tavares Kirsten, minha companheira, refúgio na minha solidão, porto seguro do meu barco errante.

À Sofia e Júlia, minhas filhas, e o verbo divino se fez carne, e habitou entre nós.

Aos meus professores, verdadeiros quadros-negros para as projeções de meus sentimentos.

À Dra. Liana Albernaz de M. Bastos, minha supervisora, pela segurança advinda de sua sabedoria.

Ao Sr. Francisco Eduardo Job, e ao Dr. Paulo R. G. Sampaio, pelo apoio, confiança e espírito construtivo.

À Equipe Técnica do Recanto 5 e aos Amigos da Clínica Cristália, pela cumplicidade, abnegação, amor ao próximo e dedicação.

À meus pacientes e seus familiares, pelo que nos ensinaram.

| | PÁG |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------|
| RESUMO | <i>xv</i> |
| ABSTRACT | <i>xix</i> |
| 1-INTRODUÇÃO | 23 |
| 1.1-A QUESTÃO DA INTERDISCIPLINARIDADE..... | 30 |
| 2-OBJETIVOS | 33 |
| 3-METODOLOGIA | 39 |
| 3.1-A PESQUISA QUALITATIVA E A PESQUISA QUANTITATIVA..... | 41 |
| 3.2-ALGUMAS CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS..... | 44 |
| 3.3-O SUJEITO DA PESQUISA OBTENÇÃO DE DADOS: Consumidores Compulsivos..... | 48 |
| 3.4-OBTENÇÃO DE DADOS..... | 50 |
| 3.5-O PROJETO HOSPITALAR: A Abordagem Hospitalar ao Drogadicto..... | 56 |
| 4-UMA PERSPECTIVA TEÓRICA SELETIVA | 59 |
| 4.1-DADOS HISTÓRICOS: Inserção do Uso de Drogas na Sociedade..... | 61 |
| 4.2-SOBRE OS DADOS ESTATÍSTICOS NA PESQUISA DE DROGAS ILÍCITAS..... | 63 |
| 4.3-A IDADE DA PEDRA..... | 67 |
| 4.4-UM OLHAR SOBRE A SOCIEDADE ATUAL..... | 70 |
| 4.5-A ONIPOTÊNCIA ‘NORMAL’ E A ONIPOTÊNCIA PATOLÓGICA..... | 73 |
| 4.6-O PROCESSO DE SIMBOLIZAÇÃO..... | 75 |
| 4.7-O PAI E A FUNÇÃO PATERNA..... | 81 |
| 4.7.1-Considerações Iniciais – Conceitos e Especulações..... | 81 |
| 4.7.2-O Complexo de Édipo – Algumas Considerações Relevantes..... | 84 |
| 4.7.3-Paternidade em Questão – O Pai Social e o Pai em Si-mesmo..... | 86 |
| 4.7.4-A Função Paterna – Introdução do Princípio de Realidade..... | 90 |
| 4.7.5-O Pai Suficientemente Bom – A Experiência de Castração..... | 92 |
| 4.7.6-O Pai do Drogadicto, também sua Mãe..... | 94 |
| 5-A PESQUISA PROPRIAMENTE DITA | 99 |
| 5.1-PRINCÍPIOS TEÓRICOS: Relações Transferenciais e Compulsão à Repetição..... | 101 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 5.2-INICIANDO OS TRABALHOS COM DROGADICTOS: Primeiras Descobertas.... | 103 |
| 5.3-PADRÃO DE FUNCIONAMENTO: Categorias..... | 107 |
| 5.3.1-Uso Compulsivo de Drogas, mesmo dentro do hospital..... | 108 |
| 5.3.2-Forma de Comunicação – “Acting-Out” | 118 |
| 5.3.3-Alienação da Realidade..... | 123 |
| 5.3.4-Comprometimento da Capacidade de Simbolização..... | 127 |
| 5.3.5-Falsa Independência Idealização dos Vínculos..... | 131 |
| 5.3.6-Idealização dos Vínculos..... | 135 |
| 5.3.7-Facilitação para Movimentos Agressivos..... | 139 |
| 5.3.8-Abandono do Tratamento..... | 143 |
| 5.3.9-Formação de Gangues..... | 145 |
| 5.3.10-Hábitos Irregulares..... | 148 |
| 5.3.11-Negligência às Propostas..... | 150 |
| 5.3.12-Atividades Sexuais Facilitadas..... | 152 |
| 5.4-A EXPERIÊNCIA COM AS FAMÍLIAS DOS DROGADICTOS..... | 156 |
| 5.4.1-Falta de Assistência às Necessidades Básicas do Paciente..... | 156 |
| 5.4.2-Ausência do Tratamento..... | 161 |
| 5.4.3-Inadequação no Exercício da Função Paterna na Formação do Drogadicto..... | 164 |
| 5.4.4-Uso de Drogas entre os Familiares do Paciente..... | 169 |
| 5.4.5-Postura Desesperançosa frente ao Tratamento..... | 171 |
| 5.4.6-Cultura da Droga..... | 174 |
| 6-DISCUSSÃO..... | 177 |
| 7-CONCLUSÃO..... | 201 |
| 8-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 207 |

RESUMO



O autor, a partir da experiência prática com usuários compulsivos de drogas, internados em uma clínica psiquiátrica, desenvolve a hipótese de que estes pacientes não possuem desenvolvida a capacidade para pensar de forma simbólica, conseqüente a uma falha no exercício da função paterna na sua formação. Esta limitação à simbolização estaria na origem de um comportamento onipotente, que inclui, entre suas formas de manifestação, o uso compulsivo de drogas. O uso de drogas funcionaria como um 'objeto transicional', utilizado principalmente durante a adolescência, período interpretado como um 'espaço potencial'. A internação hospitalar seria um recurso de grande utilidade se pudesse exercer a função paterna para o desenvolvimento do indivíduo que ali se interna, bem como, para sua família.

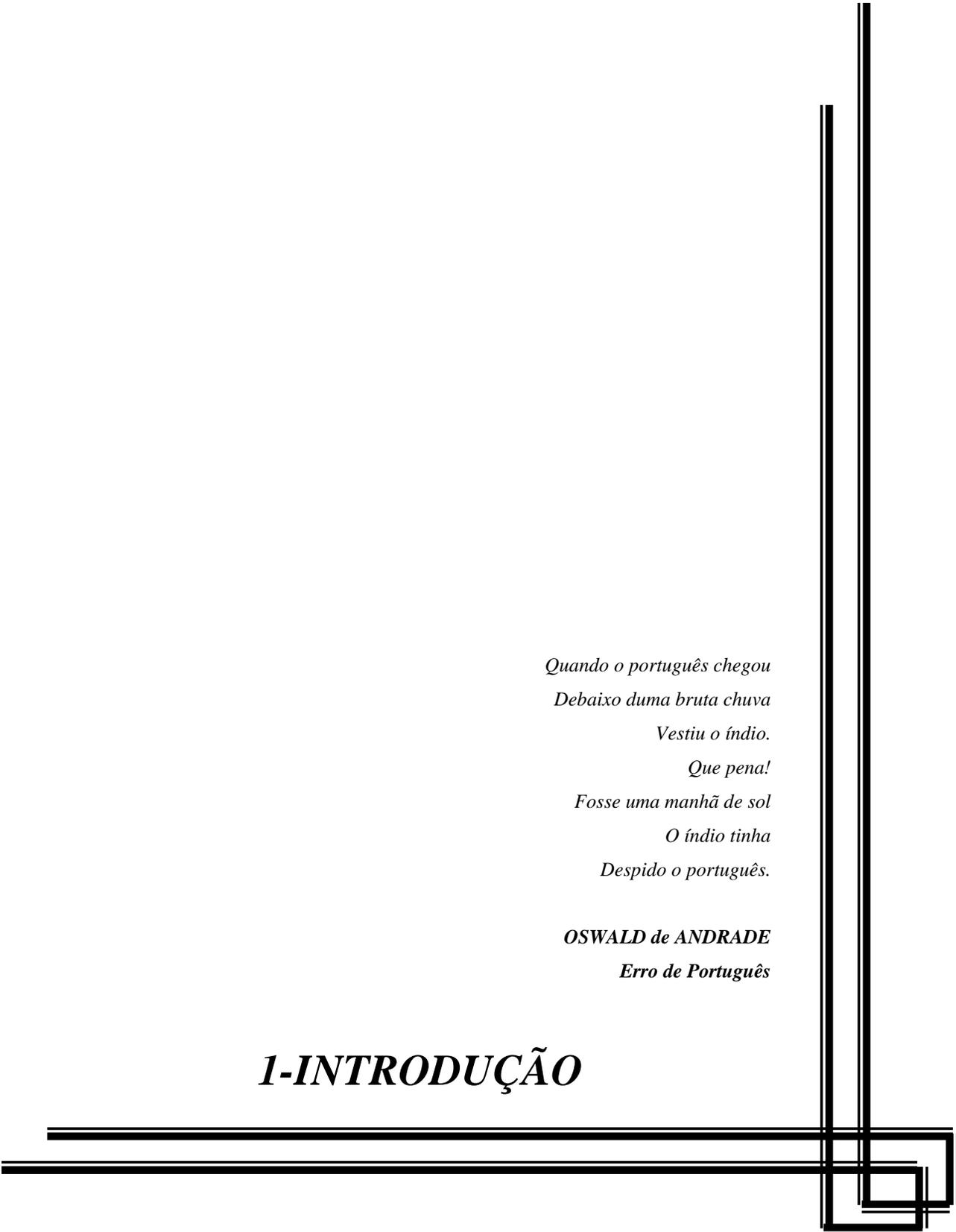
Palavras-Chave: uso de droga, função paterna, adolescência, objeto transicional, espaço potencial

ABSTRACT



The author, from his practical experience with compulsive drug users who had been in a psychiatric clinic, develops the hypothesis that these patients do not have developed the capacity of thinking in a symbolic way, due to a failure in the performance of the paternal function in their formation. This limitation to symbolization would be in the origin of an omnipotent behavior, which includes, among its modes of expression, the compulsive use of drugs. The drug use would work as a 'transitional object', mainly worn during adolescence, a cycle interpreted as a 'potential space'. The psychiatric hospitalization should be a very useful resource if it could perform the paternal function in order to achieve both the patient and their family growth.

Keywords: Drug addiction, paternal function, adolescence, transitional object, potential space



*Quando o português chegou
Debaixo duma bruta chuva
Vestiu o índio.
Que pena!
Fosse uma manhã de sol
O índio tinha
Despido o português.*

*OSWALD de ANDRADE
Erro de Português*

1-INTRODUÇÃO

Há cerca de duas décadas, quando ainda era estudante de medicina, estagiando em um pronto-socorro, atendi uma jovem, com pouco mais de vinte anos de idade, de aparência envelhecida, com a higiene precária, que procurava auxílio para um quadro agudo e intenso de flebite no membro superior direito. Após uma rápida intervenção, fui colher a história que culminara naquele quadro clínico. Essa paciente era uma usuária de drogas e, especialmente, de drogas injetáveis. Numa necessidade imperiosa de drogar-se e não tendo material adequado para fazê-lo (faltava-lhe água destilada para diluir a droga), ela foi a um local ermo, próximo à rodoviária, onde ao lado corria o rio da cidade, e sem importar-se com o esgoto que ali era despejado, utilizou a água daquele local para injetar-se a droga, tendo, poucas horas depois, apresentado aquele quadro que a trouxe ao hospital, onde eu me encontrava. Este episódio me chamou atenção para, além da gravidade do caso clínico, a necessidade compulsiva daquela pessoa em fazer algo, mesmo que todas as condições reais fossem contrárias.

Passados alguns anos, já tendo concluído meu curso médico e exercendo a especialização em psiquiatria, me vi muito próximo a pacientes que, com as mais diversas histórias, traziam quadros de igual ou maior gravidade e que necessitavam da minha compreensão e intervenção nos seus quadros psicopatológicos, que parecem ter-se iniciado antes mesmo do uso de drogas.

Diariamente, ouço relatos que mobilizam intensamente meus sentimentos, e isso é o que se deve esperar na convivência com os pacientes usuários compulsivos de drogas. Deve-se estar, de alguma forma, preparado pra isso. Freqüentemente, eles impõem sua presença, se fazem presentes, nem que seja apenas em nossas lembranças. Nas últimas semanas, destaco três dentre as inúmeras experiências que poderia relatar, que envolvem pacientes usuários de drogas e suas famílias. A primeira delas diz respeito a uma senhora que telefonou-me de sua cidade, relativamente distante de onde eu estava, pedindo orientação sobre como deveria medicar e internar sua filha adotiva, de dezessete anos. Ela dizia: “A minha filha veio com o namorado dela e o irmão dele, até aqui em casa, pra matar eu e o Jair. Como tinha mais gente aqui em casa, a gente conseguiu colocá-los pra fora, e prendemos aqui dentro a Tatiana. Agora eu queria ajuda do Sr. pra gente dar um remédio pra ela, pra poder internar ela lá em Itapira, ... pulou!”. Enquanto aquela senhora

conversava comigo, sua filha pulou do 8.º andar, onde moravam. Estava em uso de drogas e queria dinheiro dos pais para drogar-se.

A segunda experiência foi na reinternação de um paciente, no local em que trabalho. Ele estava telefonando-me por dias seguidos, dizendo que precisava de nova oportunidade para tratar-se. Inicialmente dizia que estava com medo de voltar a drogar-se, depois dizia que já havia usado pequena quantidade de drogas, e, à medida que aproximava sua vinda até à clínica, ele finalmente relatou que estava em uso diário de heroína e crack. Dentre os muitos relatos que ele fez desde que está internado, destaco o seguinte: - “Eu estou desesperado[...]conheci um cara lá em Piracicaba e a gente tava fazendo umas viagens[...]a gente ia pra Bolívia, iam umas dez pessoas, pegava a droga, e vinha pro Brasil. Lá na Bolívia a gente fazia umas trouxinhas pra engolir a droga e poder passar, cada um trazia umas sessenta delas”. Pergunto: - “Mula?”. Ele: - “É, mula. Aí quando chegava no Brasil a gente evacuava tudo”.[...]”Teve um cara, que era da polícia, a gente tem certeza que estourou uma daquelas bolsinhas dentro dele, aí não dava, a gente teve que jogar ele do avião”. Pergunto: - “Mas como vocês tinham certeza que estourou?”. Ele: - “Porque ele começou a ter convulsão, uma atrás da outra, aí não tinha mais jeito”.

A terceira experiência foi com um paciente já internado. Esse paciente fugiu da clínica numa determinada noite, para procurar por drogas. No dia seguinte, à tarde, ainda não sabíamos de seu paradeiro. Quando, finalmente, alguns policiais o localizaram, ele estava na rodoviária de Itapira-SP, sujo, sem dinheiro e drogado. Fomos buscá-lo. Ele chegou à clínica perguntando sobre seu pai; havia telefonado a seu irmão pouco antes, e este disse-lhe que seu pai havia sofrido um grave acidente. Coincidentemente, havia ocorrido um grave acidente em frente à clínica, pouco antes de nosso paciente retornar. Um guarda que presenciara o acidente, relatou: “aquele homem do acidente estava andando de um lado pro outro da estrada, ia pra lá e pra cá, desde cedo, até que passou um caminhão e ele veio com tudo e se enfiou debaixo do caminhão”. Morreu na hora. Era o pai de nosso paciente. Fui comunicar a morte de seu pai àquele paciente, e ele disse, mesmo antes de saber dos detalhes que relatei anteriormente: “Meu pai suicidou, eu sei, e fui eu que matei meu pai.”

Tais relatos nos sensibilizam profundamente e nos introduzem num mundo de intenso sofrimento. O caráter de urgência permeia cada caso atendido. Tal proximidade, nos assusta e ameaça, e facilmente nos vemos procurando nos esconder a esta realidade. A especificidade de cada caso exige grande dedicação por parte de quem assiste a tais pacientes. Nesta semana mesmo, internei Cláudia, uma jovem de 24 anos, que faz uso compulsivo de drogas, que nos veio trazida por seus pais. Estes, estão separados desde que Cláudia tinha 15 anos. Agora, encontraram-se novamente para trazerem-na à clínica. O marido de Cláudia também será internado em outra clínica, ele também faz uso de drogas. Até aí, estamos vendo algo rotineiro em nosso serviço. Mas, quando começamos a aprofundar em sua história, descobrimos que Cláudia é mãe de um bebê que, há dois dias, completou um mês de vida. Cláudia tem um irmão gêmeo e é filha adotiva. Durante toda sua gravidez e até hoje, Cláudia fez uso de drogas. Agora, é a filha desta nossa paciente quem será adotada por um de seus parentes, enquanto a mãe está conosco. Quais as conseqüências de toda essa situação sobre esse bebê? Se somente nos importasse tratar o vício de Cláudia, pouco nos angustiaríamos, mas não é o que acontece. A angústia que sentimos diante de situações como estas, se tolerada, torna-se combustível para a busca de soluções criativas para a vida de nossos pacientes e de suas famílias.

Trabalhando em diversos serviços psiquiátricos com pacientes de várias classes sociais, dedicando especial atenção a estes pacientes, drogadictos¹, meu interesse em aprender como abordá-los foi superando minhas deficiências; vislumbrei através deste contato com centenas deles, modelos de funcionamento mental e modelos de intervenção, que me levaram a desejar aprofundar em nível de pesquisa científica na abordagem destes casos, avaliando principalmente as possíveis causas de terem desfechos tão funestos quanto pouco precisos.

¹ Para BUCHER (1992, p.6), 'Drogadicção' designa "a dependência do 'adicto' ". Para DALGALARRONDO (2000, p.212), "A dependência de drogas é um estado mental e, muitas vezes, físico, que resulta da interação entre um organismo vivo e uma droga psicoativa. A dependência sempre inclui uma compulsão de usar a droga para experimentar seu efeito psíquico ou evitar o desconforto provocado pela sua ausência.". Neste trabalho, o termo 'Drogadicto' é utilizado como sinônimo de 'Usuário Compulsivo de Drogas', caracterizado pela 'dependência', que o indivíduo experimenta, da droga, sendo que, ao longo desta dissertação estaremos esclarecendo melhor os limites conceituais dessa expressão.

A Direção da Clínica Cristália (Itapira-SP²), no ano de 1993, convidou-me para elaborar um Projeto específico para atendimento a esses pacientes, que representavam àquela época e ainda representam, uma demanda importante dos serviços públicos de saúde (representados pelo SUS) e, também de famílias, que, de forma desesperada, não sabiam, e parecem ainda não saber, como abordar seus filhos e menos ainda aonde encaminhá-los para tratamento específico, quando se deparavam com este problema em

suas casas. Após alguns anos, lidando diariamente com esses graves quadros e nunca tendo deixado de estudá-los, procurei ampliar e formalizar os conhecimentos que adquiri através desta pesquisa.

Paralelamente a essa iniciativa, iniciei minha formação em Psicanálise, no Instituto da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro, o que vem me provendo de recursos teóricos para pensar e abordar essa prática. Aqui minha experiência procura transitar por idéias não comprometidas com o caráter ideológico da medicina, que no sistema capitalista muitas vezes se mostra transformada numa agência de normatização das relações humanas, me permitindo a aventura de me desgarrar e pensar mais livremente sobre estas questões, especialmente interessando-me pelo sujeito além da droga e sua dinâmica pessoal que culmina no hábito de drogar-se.

A Psicanálise³, como primeiramente definida pelo seu mentor, é um método de pesquisa, de conhecimento do homem em sua subjetividade e, conseqüentemente, nas dinâmicas intersubjetivas que nele se dão, contribuindo para as ciências humanas, mostrando-se como um recurso para a compreensão do ser humano. As relações humanas podem, através desse método, ser interpretadas pelas teorias psicanalíticas que se centram nas noções de “Inconsciente” (FREUD, 1915) e de “Transferência” (FREUD, 1912). Desde as descobertas Freudianas sobre a mente humana, podemos avaliar os comportamentos

² A cidade de Itapira-SP é, relativamente, um dos maiores centros psiquiátricos do País, congregando, ao início desta pesquisa, aproximadamente dois mil leitos psiquiátricos. Dados sobre a hospitalização psiquiátrica em Itapira, suas origens e situação atual, podem ser encontrados em JESUS (1996), e em FERNANDES (2000).

³ No início do artigo ‘Dois verbetes de enciclopédia’, Freud (1923), afirma que Psicanálise é o nome: 1.De um procedimento para a investigação de processos mentais que, de outra forma, são praticamente inacessíveis. 2.De um método[...]para o tratamento de distúrbios neuróticos. 3.De uma série de concepções psicológicas[...]que se somam umas às outras para formarem progressivamente uma nova disciplina científica.

humanos, na sua individualidade, bem como nas suas vivências grupais, distanciando-nos do caráter racional e cartesiano com que vinham até então sendo abordados, aproximando-nos dos sentimentos que envolvem tais condutas, o que nos conduz a uma outra realidade, muitas vezes obscura e negligenciada, a realidade subjetiva do homem. Assim, a psicanálise pode aqui ser utilizada como modalidade de clínica que considera a escuta do funcionamento psíquico dos drogados, como condição para seu manejo terapêutico (BIRMAN, 1993, p.58).

Em tempos áridos, de escassez compreensiva sobre o uso de drogas, sintoma cada vez mais observado no homem moderno, e de forma mais ampla na sociedade moderna, podemos aplicar tal recurso na busca de elucidação das variáveis que fazem parte do processo que constitui tal prática. Tal condição, ressaltado, é individual e também coletiva, é pessoal e também social. Afeta e aflige tanto o homem em sua pessoalidade como em sua universalidade. Daí, o estudo das ciências sociais, especialmente da Antropologia, que vem delinear o 'ethos' do universo das drogas, assegura e abarca esta dimensão, proporcionando a oportunidade de uma visão mais integrada desse fenômeno. Tanto a Antropologia como a Psicanálise estão à margem da ciência positivista alardeada nas Universidades, mas nesse trabalho mostram-se centrais na busca da compreensão dessa atividade que também se mostra central em nossa sociedade atual.

HASANOV (2002), declarou que o crescimento do abuso de drogas e alcoolismo é o maior problema enfrentado atualmente pela maioria dos países em todo o mundo. E acrescenta que, de acordo com um recente relatório das Nações Unidas, há em torno de 180 milhões de drogadictos no mundo, ou 4,2% do total da população da terra acima de quinze anos de idade, dos quais 13,5 milhões de pessoas são usuários de ópio, sendo que entre estes não menos que 9 milhões tomam heroína; 14 milhões são dependentes de cocaína; 144 milhões usam cannabis (maconha e substâncias similares) e 29 milhões usam estimulantes do grupo das anfetaminas. Ainda, de acordo com tal relatório, o número de países e territórios onde as drogas são fornecidas, no período de 1980 a 1998, aumentaram de 120 para 170 países (informação verbal)⁴.

⁴ Sr. Eldar Hasanov, Membro do "Board of Directors" da ICAA – "Politics, Legislation and Drug Policy: Congruence or Divergence" The 45th ICAA International Conference; realizada em 13/12/2002, no Rio de Janeiro-RJ.

Após tantos anos de prática clínica, lidando diariamente com usuários de drogas e suas famílias, busco articular nessa pesquisa, aspectos psíquicos e sociais, objetivos e subjetivos, indagando se o drogadicto configura-se como uma personalidade própria, reflexo de nossos tempos, sintoma de uma sociedade alienante, que vê nestes, aqueles que fugiram às normas instituídas e mantenedoras desta mesma sociedade. Qual a identidade do indivíduo que faz uso de drogas? Percebemos que também a sociedade atual carece de uma identidade bem definida, haja visto que vivemos em um tempo de posturas fragmentadas e ambivalentes, cujos caminhos a serem trilhados por seus indivíduos, são tortuosos e sem um claro delineamento. O drogadicto reflete esta sociedade? Como abordá-lo nestes tempos?

Certamente, o debate aqui implementado se faz extremamente atual e necessário, na busca de um sentido a esta prática, na busca de algo que possa redefinir o problema, inserindo-o no campo dos fenômenos emergentes da conduta humana que carecem de esclarecimento científico.

1.1-A QUESTÃO DA INTERDISCIPLINARIDADE

A pesquisa que aqui está apresentada é calcada no vértice da interdisciplinaridade, tanto nos critérios conceituais que adota, quanto na sua descrição prática. Por se realizar em uma Instituição Psiquiátrica, formada por equipes multidisciplinares, que privilegiam há cerca de doze anos o trabalho interdisciplinar na abordagem dos pacientes ali internados, a cultura que formou-se desde então tem essa característica, e os relatos que se ouve são conclusões mescladas de disciplinas que, de forma concomitante, dedicam sua atenção ao paciente e à sua família. Os debates ali implementados tem por objetivo reunir as diversas visões, dos diversos profissionais que abordam o drogadicto, e procuram integrar tais considerações na busca de uma melhor compreensão e de uma melhor conduta a ser então instituída.

Para cada um dos pacientes que se interna nessa Instituição, a equipe multidisciplinar responsável por tal paciente, se reúne para definir-lhe o ‘Projeto Terapêutico Individual’, que nada mais é que o encontro das diversas disciplinas disponíveis para abordar o paciente, enquanto este estiver ali internado – Médico

Psiquiatra, Médico Clínico, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Enfermeira, Auxiliares de Enfermagem, Prof.º de Educação Física, Psicóloga e Auxiliar Administrativo – quando então definem o modo de vê-lo e a conduta específica que pode ser adotada, tudo isto sob uma ótica fenomenológica, ou seja, de forma dinâmica, podendo e devendo ser modificado de acordo com a evolução de cada paciente.

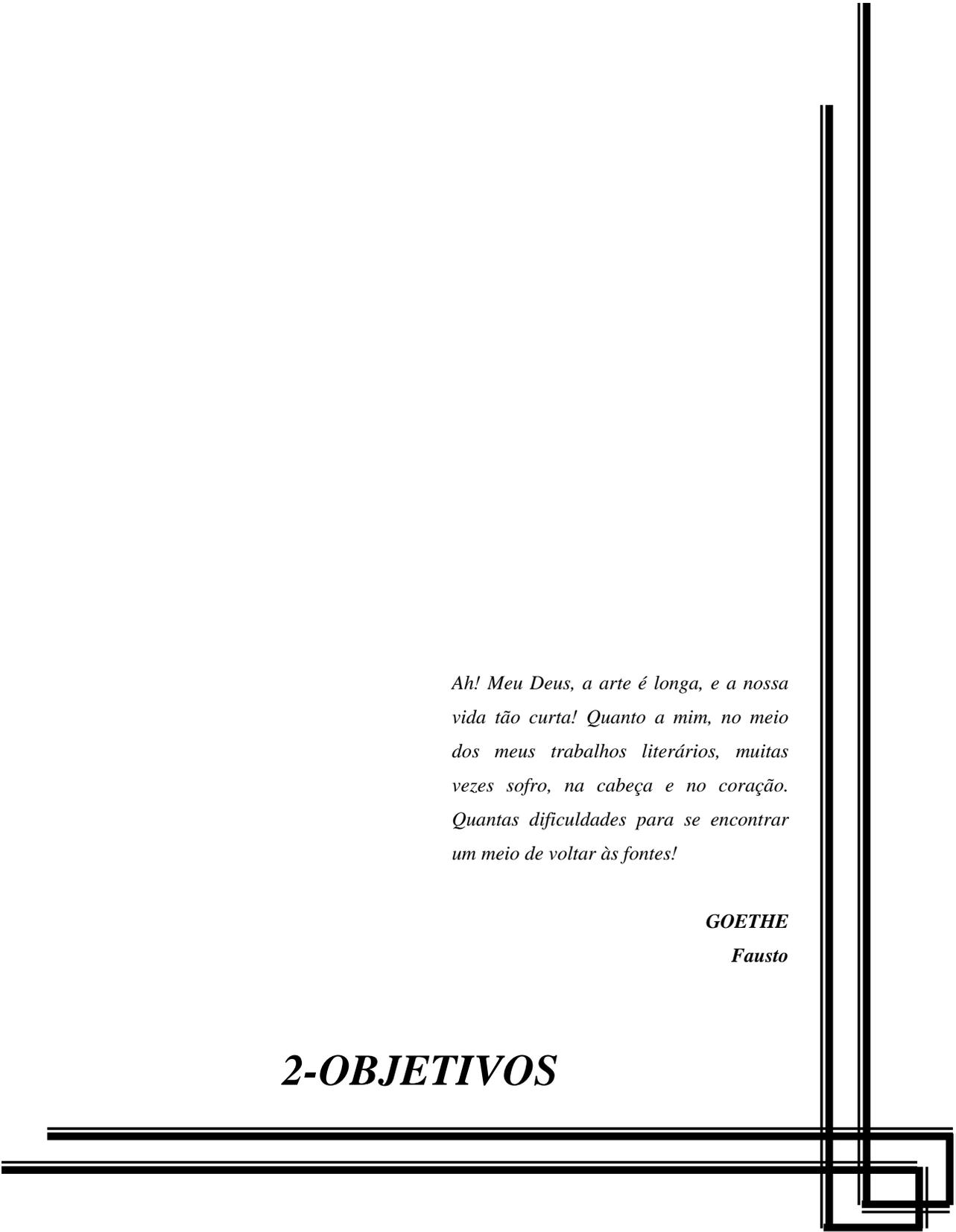
A institucionalização da prática de pesquisa científica interdisciplinar é uma questão crucial. Sem o apoio institucional, dificilmente a condução de uma pesquisa interdisciplinar poderia ser viável. Ao mesmo tempo, é importante acentuar o fato de que o apoio institucional deve aparecer como um suporte que possa adaptar-se ao caráter do projeto que está sendo executado e não o contrário, quando o projeto tem que se adaptar aos meios institucionais disponíveis. Dessa forma, as instituições aqui envolvidas, mostraram-se abertas às propostas iniciais, facilitando a obtenção de dados e o intercâmbio interdisciplinar.

Outro ponto importante a ser considerado é a questão da integração da Universidade com a coletividade. Nesse aspecto, o paradigma interdisciplinar, desenvolvido a partir de um problema que se projeta para fora tanto das fronteiras de cada uma das disciplinas acadêmicas como da própria Universidade, enquanto instituição centrada em suas próprias tradições, está muito mais apto para lidar com as demandas trazidas pela sociedade.

Há muitas dificuldades para se conseguir tal intento. A visão romântica que por vezes aflora nestes momentos em que tentamos definir conceitualmente a prática da interdisciplinaridade, muitas vezes não encontra correspondência na realidade. Há também dentro da instituição hospitalar, como nas Universidades, uma forte tendência à departamentalização das ações. É preciso que se tenha muita disponibilidade pessoal a escutar o que o outro tem a dizer, sem limitar-me sobre meus conceitos apenas. Isso é muito difícil de ser conseguido, especialmente quando se trata de algo subjetivo, construído sobre nuances, sobre fronteiras maldefinidas, que por muitas vezes, pode interromper a caminhada que se está conseguindo trilhar. Por mais que defesas apropriadas, como a formalização do que deve ser feito, sejam utilizadas, aspectos pessoais dos envolvidos que se dispõem a tal prática podem definir a distância que vão alcançar os passos que podem ser

dados. Mais que distâncias físicas a serem percorridas para que o encontro interdisciplinar se dê, existem distâncias emocionais que por vezes parecem muito maiores.

Essa pesquisa integra basicamente elementos da Psiquiatria, da Psicanálise e da Antropologia Social e Cultural, tanto nos seus aspectos teóricos como práticos. O ponto tangencial entre ambas as disciplinas esta no conceito de ‘Representações’. Tanto a noção Freudiana de que estamos, o tempo todo, lidando com ‘representações psíquicas’ que temos, internamente, do mundo à nossa volta, como o conceito de ‘representações sociais’, adotado pela moderna antropologia, associam-se nessa pesquisa como forma de observação dos usuários de drogas. A Antropologia emprestou modelos de coletar dados, a Psicanálise nos auxiliou a interpretá-los.



Ah! Meu Deus, a arte é longa, e a nossa vida tão curta! Quanto a mim, no meio dos meus trabalhos literários, muitas vezes sofro, na cabeça e no coração. Quantas dificuldades para se encontrar um meio de voltar às fontes!

GOETHE

Fausto

2-OBJETIVOS

Minha hipótese inicial é de que o usuário compulsivo de drogas carece da capacidade para pensar de forma simbólica, como consequência de uma falha no exercício da função paterna na sua formação. Esta limitação à simbolização estaria na origem de um comportamento onipotente, que inclui, entre suas formas de manifestação, o uso compulsivo de drogas.*

A definição dos objetivos desse trabalho deu-se de forma consequente a essa hipótese, tendo em vista os questionamentos pessoais que tive, fruto de minha experiência na lida diária com usuários compulsivos de drogas, em especial, os internos de uma clínica psiquiátrica na cidade de Itapira-SP.

Os objetivos inicialmente traçados, descritos abaixo, nortearam esse trabalho e exigiram uma formalização para se configurarem em pesquisa. O principal objetivo alcançado, não explícito aqui, foi o aprendizado de como se deve pesquisar, como se constitui uma pesquisa qualitativa e sua importância no universo do conhecimento científico. A ampliação do universo do pesquisador, que passou a pensar de forma metodológica, serviu de estímulo a outras iniciativas como esta.

Podemos pensar que a pesquisa qualitativa e seus objetivos, constituem-se no contato direto com seu objeto de estudo, ficando por vezes maculada se lançarem mãos de hipóteses prévias, mas como nos diz TURATO (2003, p.556),

“[...]não podemos perder de vista que todo pesquisador é movido por uma pergunta que o incomoda e pede resposta, que sua mente é invadida por um palpite de como as coisas funcionam, e que a isto nós devemos chamar de hipótese, embora não precise vir nas exigências positivistas de duas posições estanques: as correlações causais suspeitadas, de um lado, e as confirmadas ou refutadas pós-experimento, por outro lado.”

A neutralidade do pesquisador, que este tipo de pesquisa exige, é antes de tudo um outro objetivo a ser alcançado, e não uma verdade ‘à priori’, pois se assim o fosse se configuraria numa negação de toda a realidade que o pesquisador viveu até então e o

* Os conceitos para algumas expressões utilizadas, de forma sintética, neste primeiro parágrafo, serão esclarecidos ao longo deste trabalho.

constitui como pessoa e objeto em interação constante com aquele que é pesquisado. Antes, como nos diz CASSORLA (2003, p.23),

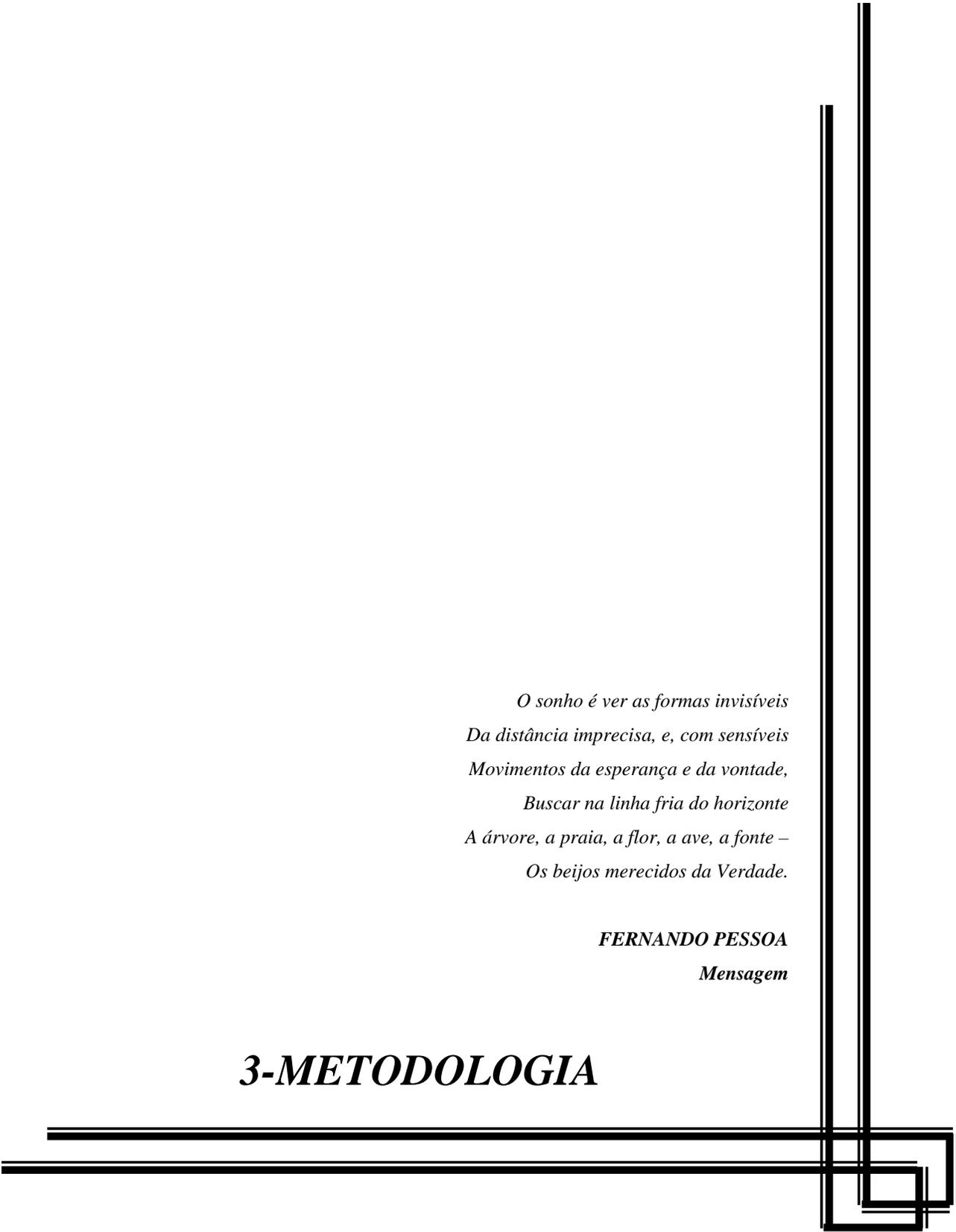
“[...]é importante saber quais são os pressupostos ideológicos do pesquisador, da disciplina, da instituição, da revista científica, da entidade financiadora, de ‘lobbies’ conscientes ou inconscientes, dos grupos hegemônicos momentâneos da sociedade, que estimulam ou desestimulam determinados tipos de investigação. Eles sempre existem e podem estar recalcados no inconsciente ou escondidos nas representações sociais coletivas.”

Portanto, o objetivo geral dessa pesquisa, é descer a micro-subjetividade do usuário compulsivo de drogas, procurando, ao mesmo tempo, remetê-la a um nível sociológico e cultural mais amplo. A leitura dos fenômenos observados, é feita pela Psicanálise, que antes de tudo, como definida por seu próprio criador, é principalmente um método de pesquisa. A escolha do ambiente hospitalar para sua realização, deu-se inicialmente pela intimidade que o pesquisador tem com esse ‘setting’, sendo inclusive ali, o lugar onde nasceram as questões suscitadas; mas também, por encontrarem-se ali, de forma mais ideal, os pacientes definidos como sujeitos dessa pesquisa. A clínica onde esses pacientes estavam alocados, se configurou num grande laboratório, no qual suas manifestações puderam ser observadas ‘in loco’, e apreendidas pelo olhar do observador.

De forma mais específica, podemos enumerar os objetivos a serem alcançados pelo trabalho empreendido:

- 1) Explorar a visão subjetiva do problema da drogadicção, a partir de pacientes internados na Clínica Cristália (Itapira-SP), e de alguns de seus familiares, em especial, os que acompanham esta internação, desde a entrada dos mesmos à clínica até sua alta hospitalar.
- 2) Conhecer as condições de tratamento hospitalar, especialmente, a forma de abordagem ao usuário compulsivo de drogas.
- 3) Relacionar o conhecimento empírico proveniente dessa pesquisa com um universo teórico mais amplo, em uma perspectiva multidisciplinar, proveniente da Psicanálise, da Psiquiatria e da Antropologia Social e Cultural.

- 4) Observar se há um ‘padrão de funcionamento’ àquilo que é coloquialmente observado no trato da clínica diária com estes pacientes, e observar se sua patologia, apresenta-se estruturada sob uma desestrutura familiar, baseada na presença de uma figura paterna frágil, como se nos afigura teoricamente.
- 5) Traçar um roteiro sobre como o usuário compulsivo de drogas se fez, desde suas origens, sua inserção na Cultura, até sua internação no hospital psiquiátrico, o que poderia ser definido como sendo sua Carreira.
- 6) Estabelecer uma visão crítica sobre a questão da hospitalização psiquiátrica como forma de abordagem ao usuário compulsivo de drogas.



*O sonho é ver as formas invisíveis
Da distância imprecisa, e, com sensíveis
Movimentos da esperança e da vontade,
Buscar na linha fria do horizonte
A árvore, a praia, a flor, a ave, a fonte –
Os beijos merecidos da Verdade.*

FERNANDO PESSOA

Mensagem

3-METODOLOGIA

O objetivo de uma pesquisa é investigar o mundo em que vive o homem, bem como o próprio homem. Para tanto, os recursos que o investigador dispõe, são a experimentação, a observação e a reflexão sobre os problemas que lhe são apresentados; aliados também às experiências passadas e atuais dos homens na solução destes problemas.

A natureza dessa pesquisa convida à adoção de uma postura eclética do ponto de vista teórico e metodológico. De modo geral, as grandes correntes da Antropologia, instruindo o modo de obtenção de dados, e da Psicanálise, interpretando estes dados, estão presentes. A pesquisa se utiliza dessas abordagens teóricas para realçar pontos relevantes da realidade dos usuários compulsivos de drogas, ao invés de usar os fatos pra confirmar determinada teoria.

3.1-A PESQUISA QUALITATIVA E A PESQUISA QUANTITATIVA

Diferenciar apenas qualidade de quantidade é uma simplificação pouco reveladora entre os métodos qualitativo e quantitativo. Ambos os métodos, têm especificidades valiosas, que se utilizados de forma simbiótica, se potencializam em suas funções de esclarecer questões relevantes de determinado fenômeno.

A metodologia quantitativa, consiste em procurar a confirmação de hipóteses previamente definidas, geralmente a partir de teorias conhecidas, considerando geralmente a ciência como uma verdade objetiva.

“É baseada no método de Francis Bacon (1561-1626), na matemática de René Descartes (1596-1650) e de Galileu Galilei (1554-1642), no método experimental de Blaise Pascal (1623-1662), na física de Isaac Newton (1642-1727) e nos materialistas do século XVIII.”[...]“No paradigma quantitativo, a realidade construída é composta de causas e efeitos”[...]“Nos últimos dois séculos esse paradigma tem sido hegemônico na ciência. O sucesso do método científico em controlar e intervir no mundo natural é inquestionável”. (QUEIRÓS, 2004, p.6).

O método de Pesquisa Quantitativo, calcado na ciência positivista, segundo CHIZZOTTI (1998, p.25),

“[...]consiste em submeter um fato à experimentação em condições de controle e apreciá-lo coerentemente, com critérios de rigor, mensurando a constância das incidências e suas exceções e admitindo como científicos somente os conhecimentos passíveis de apreensão em condições de controle, legitimados pela experimentação e comprovados pela mensuração”.

A Pesquisa Qualitativa, Indutiva, é um método nascido das ciências humanas, especialmente da fenomenologia, e posteriormente, se viu influenciado diretamente, segundo CHIZZOTTI (1998, p.77/78), “pela física atômica, pela teoria da relatividade, pela termodinâmica e pela cosmologia, que revelaram, que a complexidade imprevisível dos fenômenos, a mutabilidade, a fluência e a instabilidade dos eventos naturais”, não se adequam aos pressupostos da pesquisa quantitativa.

O paradigma qualitativo, segundo QUEIRÓS (2004, p.6/7),

“teve origem no século XIX, na Alemanha, quando alguns acadêmicos, insatisfeitos com o uso de métodos naturalísticos nas ciências sociais, propuseram uma abordagem holística para o estudo de fenômenos sociais. Neste caso, a realidade é construída a partir do quadro referencial dos próprios sujeitos do estudo, e cabe ao pesquisador decifrar o significado da ação humana, e não apenas descrever os comportamentos. O axioma da investigação dos ‘objetos’ sociais é que os seres humanos respondem a estímulos externos de maneira seletiva. Tal seleção é influenciada pela maneira através da qual eles definem e interpretam situações e acontecimentos. Em geral os teóricos qualitativos sustentam a idéia de que não existem padrões formais ou conclusões definitivas e que a incerteza faz parte de sua epistemologia”.

Em oposição ao método experimental, a pesquisa qualitativa privilegia o método clínico - a descrição do homem em um dado momento, em dada cultura. A Investigação Qualitativa é uma forma de estudo que se centra na forma como as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências e ao mundo em que elas vivem. A

abordagem qualitativa se fundamenta na existência de um vínculo dinâmico e indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito.

Nessa pesquisa a postura metodológica qualitativa, através da eleição do conceito de 'Representações', presente tanto na Antropologia, como na Psicanálise, é privilegiada para dimensionar a realidade estudada. Essa perspectiva, como nos diz QUEIROZ (2003, p.19), "significa uma abordagem compreensiva que percebe o ator social como um agente que interpreta o mundo à sua volta com uma atitude que contém intenções e, portanto, projetos de ação"; assim a compreensão do fenômeno do uso de drogas resultou de um processo indutivo, que foi sendo definido no contexto social da própria pesquisa, representado pelo hospital psiquiátrico onde a pesquisa foi realizada. Através das informações transmitidas pelos usuários compulsivos de drogas, atores principais dessa pesquisa, que em conjunto a outros informantes, técnicos contratados pelo hospital, pessoal administrativo e familiares destes, todos de alguma forma, através das representações que têm desse fenômeno, contribuíram para a construção dessa compreensão.

Procurou-se apreender a visão que os usuários compulsivos de droga tem sobre si mesmos, definindo os caminhos que percorreram até seu estágio atual de aprofundamento nesta prática. Pode-se estabelecer um intercâmbio entre as experiências do autor, do próprio usuário e da família deste. Houve um envolvimento interpessoal neste processo, haja visto que o pesquisador, praticamente esteve presente em todos os procedimentos da pesquisa, interagindo diretamente com o objeto de sua pesquisa.

Os estágios do processo de pesquisa qualitativa, formulação do problema, identificação das informações-chave, coleta de dados e análise, não foram facilmente distinguíveis, no sentido de uma demarcação clara de cada fase, visto que a pesquisa evoluiu a partir da série de interações que se deram, com modificações de compreensão e subseqüentes descobertas, durante a redação das experiências previamente vivenciadas. Esta flexibilidade é característica da abordagem qualitativa, que desta forma permite uma aproximação real com a realidade dos envolvidos.

Segundo PATTON (2004), os dados qualitativos levantados nestas condições consistem de

“[...]descrições detalhadas de situações, eventos, pessoas, interações, comportamentos observados; citações diretas das pessoas acerca de suas, experiências, atitudes, crenças e pensamentos; e extratos ou passagens inteiras de documentos, registros de correspondência e históricos de casos”.

Todo este material, denso, permite que um pequeno número de unidades amostrais tenha grande representabilidade.

3.2-ALGUMAS CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

O conceito de ‘Representação Social’, aqui utilizado, tem tido importância crescente na metodologia qualitativa, ainda que tenha recebido críticas que apregoam sua falta de objetividade e de ter um sentido impreciso. Segundo QUEIROZ (2003, p.25), pode ser entendido como “um tipo de saber, socialmente negociado, contido no senso comum e na dimensão cotidiana, que permite ao indivíduo uma visão de mundo e o orienta nos projetos de ação e nas estratégias que desenvolve em seu meio social”. Para adquirir significado pleno, tais representações devem estar consoantes à situação e ao estágio evolutivo em que se manifestam.

O termo “representações coletivas”, foi empregado inicialmente por DURKHEIM (1957), em sua obra ‘As formas elementares da vida religiosa’. Esse filósofo, através de seus estudos sobre as manifestações religiosas e os sistemas totêmicos de povos primitivos, iniciou uma reação ao achatamento sofrido pelas ciências humanas com o advento e a difusão do positivismo como modelo científico a ser seguido. Havia se instalado o abandono da busca pelas ciências, do ‘noumeno’ Kantiano, em decorrência da valorização progressiva de uma ciência cujo paradigma é positivo-mecanicista. Mesmo a instalação do positivismo havia sido uma reação, extremamente pertinente, às versões teológicas que circulavam desde o período medieval; e viam agora, através destes estudos sociológicos, nova reação, que pela necessidade de se imporem às normas predominantes, armaram-se de aspectos rígidos, que ditam que a dimensão social se impõe de um modo totalitário, desconsiderando por exemplo os fenômenos psicológicos existentes no indivíduo; que paulatinamente foram encontrando novas versões como nos estudos de WEBER (1985). Segundo QUEIROZ (2003, p.34), “para Durkheim as ‘representações

sociais' são apenas sombras refletidas pela estrutura social objetiva, para Weber elas são a matéria-prima fundamental que forja e dá sentido à realidade social". Para Weber, o método seria um instrumento determinado pela natureza do objeto sob investigação e não um fim em si mesmo como pretendia o positivismo.

A metapsicologia Freudiana também se aproxima, na sua abordagem sobre 'Representação', do conceito sociológico de 'representação social', e a meu ver, amplia esse conceito, quando o particulariza em cada indivíduo, e o define como algo além de simples imagens mnêmicas, fazendo uma distinção,

“[...]entre o traço mnésico e a representação como investimento do traço mnésico, embora esteja sempre implicitamente presente, nem sempre é, contudo, nitidamente situada”[...]“porque é difícil de conceber no pensamento freudiano um traço mnésico puro, isto é, uma representação totalmente desinvestida.” (LAPLANCHE, 1985, p.584).

Nos seus textos, Freud distingue dois tipos de representações: a que deriva da coisa, essencialmente visual, e a que deriva da palavra, essencialmente acústica. As primeiras estariam no nível mental inconsciente e as segundas num nível pré-consciente/consciente.

DURKHEIM apud FIGUEIRA (1980, p.334), procurou fazer, sem ter sido bem sucedido, uma distinção entre as representações coletivas e as representações individuais.

“O que fundamenta a diferença entre os dois tipos de representação, é a diferença ontológica entre indivíduos e sociedade ou, mais especificamente, a distinção e articulação, com base em complexidade crescente, dos níveis 'orgânico', 'psíquico', e 'social'.” (FIGUEIRA, 1980, p.334)

O conceito de representação em psicanálise é elástico, e muitas vezes confunde-se aos que são indicados por outros termos, como imagem, idéia, conceito, significado, categoria, etc..

“Genericamente, indica o modo com que a mente se representa algum 'conteúdo' seu, ou como os conteúdos da mente são estruturados”[...]“Isso de fato aparece toda vez que se estuda a memória para indicar como a experiência que um indivíduo vivencia

e da qual conserva algum traço venha a ‘representar-se’ na sua subjetividade, no seu mundo interior.” (IMBASCIATI, 1998, p.130)

“Considerando, a memória *in totum*, nos seus aspectos mais complexos e em suas funções globais, não é mais possível descrever o traço mnêmico sob a forma de representações que tenham a corporeidade física das imagens de origem sensorial. A memória é uma organização lógica, ou melhor, semântica, antes de ser perceptiva”[...]“A memória tem a mesma complexidade daquilo que chamamos pensamento. O aprendizado, que nada mais é que uma modificação da memória, implica a aquisição de operações complexas, ligadas estrategicamente, de progressivas estruturas funcionais, capazes de juntar em vários modelos as informações perceptivas”[...]“Há representações, por assim dizer, não-representáveis, ou representáveis por analogia, por metáforas, representações de caráter estranhamente interior, que não coincidem com imagens de realidades externas.” (IMBASCIATI, 1998, p.132-133)

Ambas perspectivas, antropológica e psicanalítica, encontram aplicabilidade a partir da Fenomenologia, que tem no filósofo Edmund Husserl, seu expoente máximo, e cujo objetivo primordial “é o conhecimento daquilo que se manifesta para a nossa consciência sem a mediação de proposições conceituais ou metafísicas.” (QUEIROZ, 2003, p.35). A perspectiva fenomenológica é intuitiva e busca desta forma a essência de um determinado fenômeno. Neste contexto, as ‘representações’ aparecem como instâncias privilegiadas de investigação fenomenológica, uma vez que contém os ingredientes do pensamento e da vida social. O “ator social” surge como um agente que interpreta o mundo à sua volta, com uma atitude que contém intenções e, portanto, um “projeto de ação” (SCHUTZ, 1973).

A perspectiva fenomenológica que influencia essa pesquisa, percebe o fenômeno como uma estrutura, reunindo dialeticamente na intencionalidade o homem e o mundo, o sujeito e o objeto, a existência e a significação. A pesquisa, assim delineada, dirige-se aos significados ou percepções que os sujeitos pesquisados têm sobre um determinado tema. O controle do pesquisador de seus conhecimentos prévios acerca do

fenômeno (através da colocação desse conhecimento entre parênteses) é fundamental a essa perspectiva.

MALINOWSKY (1979), inaugurou a Antropologia Moderna, introduzindo métodos importantes que formalizaram a pesquisa antropológica, e que são hoje amplamente utilizados, como o método que é privilegiado por esta pesquisa, que é a ‘Observação Participante’. Para esse autor, exige-se do pesquisador uma abertura para captar o ‘outro’ em seus próprios termos, transformando a pesquisa numa experiência vivencial, onde o sujeito passa a ser parte inseparável do seu objeto de pesquisa. O pesquisador necessita equipar-se com uma sensibilidade aberta para o imprevisível e preparar-se para poder ver o que não consta em perguntas e preocupações configuradas num esquema metodológico fechado.

“Malinowsky, foi o primeiro a apreender nas concepções de Freud uma hipótese que fez sua: a da origem instintiva das estruturas culturais. É o que chama de motivações (“drives”), pulsões primordiais que tendem à satisfação. As necessidades da vida social tendem a reprimir ou a desviar estas pulsões nos fatos da cultura. Em seguida, esses fatos da cultura se organizam dentro de um determinismo secundário, aparentemente desinteressado. Mas não se pode separar as necessidades primárias das respostas secundariamente elaboradas pelas culturas. Uma profunda ‘unidade funcional’ junta umas às outras.” (EY, s.d., p.996)

FREUD (1920), de modo semelhante, desenvolveu os conceitos de ‘processo primário’ e ‘processo secundário’, designando este como aquele utilizado pela Cultura, como possibilidade de sobrevivência em comunidade. Para apreender o processo primário, ele desenvolveu o método psicanalítico, visto que em determinadas condições previamente estabelecidas, dentro de um ‘setting’, ele tenderia a manifestar-se. O uso de drogas poderia ser compreendido como uma manifestação da e na Cultura, enquanto os fatores estimulantes a esta manifestação estariam submersos, precisando ser apreendidos por algum método de pesquisa. O método da ‘Observação Participante’, associado à ‘Psicanálise Aplicada’, nortearam a coleta de dados dessa pesquisa. Lembro MEZAN (2002, p.319), que referindo-se à psicanálise aplicada, diz: “é capaz de ler, nas maiúsculas da cultura, coisas que podem ter validade também nas minúsculas da vida psíquica individual”. Também,

LAPLANTINE (1988, p.184), nos dizendo sobre a posição de ‘insider’ ou de ‘outsider’ do pesquisador, ponto fundamental da Observação Participante: “Existe uma espécie de fronteira aquém da qual é preciso estar para simpatizar com o mito, e além da qual é preciso estar para estudá-lo”.

É um pressuposto fundamental, que os sujeitos que foram entrevistados têm representações, embora incompletas, relativamente coerentes em relação ao universo vivido e experimentado. Trata-se de um conhecimento prático, de senso comum, que forma uma concepção de vida e orienta as suas ações individuais. Como sujeitos da pesquisa, identificam e analisam os seus problemas e propõem intervenções mais eficazes na realidade. O conjunto dessas representações, compreendendo consenso e discórdia a respeito de vários tópicos relativos ao universo vivenciado, ofereceu uma compreensão da realidade. E, apesar da subjetividade de cada um desses indivíduos, consideramos com SCHUTZ (1973), que elas foram geradas a partir da estrutura social comum, como um produto da sociedade e da Cultura. Dificilmente, uma pesquisa quantitativa poderia se aproximar destes aspectos subjetivos aqui encontrados.

3.3-SUJEITO DA PESQUISA: Consumidores Compulsivos

O principal objeto de nossa pesquisa são, como dito anteriormente, os internos de uma clínica psiquiátrica, que têm a característica de serem, até se internarem, “Consumidores Compulsivos” de drogas ilícitas (portanto, não se incluem como objeto dessa pesquisa, os alcoolistas), que diferentemente dos consumidores esporádicos (também chamados de ‘recreativos’), fazem uso crônico e abusivo das drogas. A demarcação temporal e a quantidade, necessárias para definirmos o que justificaria os adjetivos ‘crônico’ e ‘abusivo’, são relativas. Pode-se usar drogas uma única vez em dose que pode se considerar abusiva, ou pode-se usar drogas por um longo tempo em quantidade relativamente pequena. A associação destes dois fatores, tempo de uso e dose ingerida, pode ser facilmente percebida na prática clínica e, geralmente, quem procura o recurso da internação para tratar-se, está fazendo uso de drogas há pelo menos um ano e em uso crescente na sua quantidade. O tipo de droga utilizada também é variável, como veremos adiante, mas aqui estaremos lidando essencialmente com os usuários de drogas ilegais

(basicamente, maconha, cocaína, crack, êxtase e LSD). WURMSER (1974), distingue em três as classes dos consumidores de drogas: o Experimentador, o Consumidor Recreacional e o Consumidor Compulsivo; sendo que define este como aquele com manifestações psicopatológicas, que percebe os efeitos da droga aliviando-o do sofrimento. Também XAVIER DA SILVEIRA (1988, p.27) distingue os toxicômanos dos usuários:

“Os toxicômanos verdadeiros se caracterizam por uma conduta toxicomaniaca em que o elemento dependência assume papel de destaque na relação dual indivíduo-droga. O que distingue, em última análise, o toxicômano do usuário é o grau de dependência ao produto.”

WEREBE (1981, p.322), aproxima-se desse conceito, e introduz uma visão dinâmica a esse processo: “O toxicômano é o indivíduo que vai mais além, estabelecendo com o produto que utiliza uma relação tão íntima e tão intensa que toda a sua vida só se orienta no sentido de não romper esta ligação”. E acrescenta: “Evidentemente - e felizmente - o número de jovens que utilizam drogas é muito maior do que o de toxicômanos”.

O binômio uso-abuso deve ser visto de forma dinâmica, pois quando falamos em abuso de drogas, pressupomos a idéia de que há um uso, que não é necessariamente gerador de dependência química. BUCHER (1992, p.30), nos diz: “Distingue-se assim, ao lado dos usuários ‘recreativos’, aqueles que conseguem manter um uso controlado, a nível de uma ‘dependência negociada’, que não coloca em cheque a inserção social ou profissional”.

“Usar drogas *pode* levar à farmacodependência”[...]”Neste sentido, lembra-se que a periculosidade do produto em si é relativa; considerando tão somente a toxicidade da substância, corre-se o risco de esquecer-se dos outros fatores da equação da dependência, em primeiro lugar a pessoa, sua maior ou menor fragilidade e os seus conflitos, inscritos em sua historicidade; em segundo lugar o contexto sociocultural e econômico, que pode, em encadeamentos desfavoráveis, induzir a entrega às drogas.” (BUCHER, 1992, p.31)

O usuário de drogas não pode ser visto isoladamente; a perspectiva aqui adotada pressupõe observá-lo a partir do contexto sócio-cultural em que ele vivia até ser internado. Essa noção introduz outros personagens a serem identificados, como seus familiares que se fizeram presentes, de uma forma objetiva e/ou subjetiva, à sua internação. Assim, sempre que possível, estes foram entrevistados e suas manifestações anotadas.

3.4-OBTENÇÃO DE DADOS

Em outubro de 1993, elaborei um projeto específico para atendimento a usuários compulsivos de drogas que se internavam na Clínica Cristália. Desde então, há cerca de dez anos, convivi, quase que diariamente com estes pacientes e seus familiares, de forma ininterrupta. Essa convivência somente foi interrompida em meus períodos de férias, que geralmente equivalem a trinta dias do ano. Sou médico psiquiatra, com a função de médico assistente e coordenador da equipe técnica do setor hospitalar responsável pela recepção e atenção a estes pacientes. Acumulo portanto, funções que contaminam minha neutralidade na condição de observador, mas o longo período de observação me permitiu colecionar experiências que preponderam sobre as falhas que poderiam haver na coleta de dados dessa pesquisa, ou seja, a experiência clínica acumulada é vultuosa o suficiente e se impõe, quando de forma conjunta, se observam os fenômenos aqui descritos. Durante quatro dias por semana, perfaço uma carga horária de trinta e seis horas, dedicando-me exclusivamente a estes pacientes e à equipe responsável por sua abordagem dentro do hospital. O interesse nesta pesquisa se deu de forma processual, e se impôs como uma necessidade na busca de respostas para questões sobre seu modo de funcionamento mental e sua conseqüente inserção no mundo das drogas. Quando essa pesquisa foi iniciada sistematicamente, há cerca de cinco anos, passei a redigir um diário do trabalho que fazia ‘em campo’. Desde então, centenas de usuários de drogas circularam pela clínica, mostrando diversos matizes na sua forma de interagir comigo e com a equipe.

Minha interação com o paciente, sua família e a equipe se dão em diversos momentos e sob diversas formas: sempre que possível, atendo o paciente em sua chegada à clínica; atendo-o individualmente uma vez por semana, durante cerca de meia-hora, ou em outros momentos, em situações especiais; atendo sua família em entrevistas previamente

agendadas onde discutimos a evolução do paciente e sua dinâmica familiar; coordeno um grupo ‘terapêutico’, onde participam alguns destes pacientes usuários compulsivos de drogas, três vezes por semana, com duração de uma hora; coordeno a reunião da equipe técnica deste setor, onde os profissionais que compõem esta equipe discutem sobre estes pacientes e sobre os problemas enfrentados; e ainda participo da reunião de coordenadores dos diversos setores da clínica, junto à administração hospitalar.

O atendimento ao paciente pressupõe sua medicalização e a interrupção desta, e a identificação dos diversos momentos em que ele está inserido em sua internação, desde sua chegada, sua evolução pessoal e na relação com as drogas, sua percepção no seu contexto sócio-familiar, até sua alta hospitalar. Também sou responsável pela concessão de ‘licenças terapêuticas’, quando o paciente volta para sua casa, geralmente, para conviver com sua família, por períodos previamente estipulados, que giram em torno de dez dias.

Cada um dos pacientes possui um ‘prontuário’, no qual os diversos técnicos que compõem a equipe (médico psiquiatra, médico clínico, psicóloga, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeira, professor de educação física e auxiliares de enfermagem), registram evolutivamente suas observações, geralmente semanais, e por vezes diárias, como no caso dos auxiliares de enfermagem. Do prontuário, ainda fazem parte, a identificação do paciente, sua anamnese, seu exame psíquico e um ‘projeto terapêutico individual’, no qual, de forma individualizada, cada técnico registra a forma de abordagem que se propõe para tal paciente. Todos os prontuários são devidamente arquivados pelo hospital, assim que o paciente deixa esse serviço. O paciente pode deixar o hospital por alta médica, alta a pedido (do responsável pelo paciente quando de sua internação), alta por abandono de tratamento, ou ainda por alta administrativa (quando, por alguma intercorrência, considerada grave, o paciente é desligado de seu tratamento).

O paciente pode internar-se desacompanhado, quando será ele o responsável por sua internação, mas assim que possível, sua família será localizada e convocada para comparecer à clínica e acompanhar essa internação. Uma das exigências que a administração hospitalar faz aos pacientes, enquanto estão internados, é que somente podem sair da clínica, para licença ou de alta, acompanhados por algum membro da família ou por um profissional do corpo de enfermagem.

Nestes últimos cinco anos, somente puderam se internar neste setor, ‘pacientes particulares’, ou seja, que custeiam sua internação ou que pertencem a algum serviço conveniado de saúde, quando é este quem arca com os custos desta internação. Portanto, a maioria dos pacientes observados pertencem à classe média. O custo atual da internação está em torno de R\$ 55,00 (cinquenta e cinco reais) a diária, o que condiz a uma mensalidade de aproximadamente R\$ 1.650,00 (um mil e seiscentos e cinquenta reais), e que inclui todos os serviços técnicos prestados, o fornecimento dos medicamentos necessários e todo o serviço hoteleiro ali oferecido.

Muitos eventos extras (olimpíadas, passeios, churrascos, aniversários, etc.), são realizados durante o ano; bem como, todas as datas festivas (natal, carnaval, São João, etc.) são comemoradas. Existe uma tentativa de reproduzir, em menor escala, a realidade social externa ao hospital. Desta forma, em muitos momentos e de diversos modos, o paciente pode manifestar-se, em seu quadro psicopatológico. Um observador atento pode perceber o fenômeno ao lado, interagir com ele, e até intervir neste. O paciente, após um período de tempo, variável de acordo com cada indivíduo, se repete na sua forma de comportar, permitindo uma avaliação sob diversos prismas, neste caso, sob o prisma do pesquisador.

É importante salientar que, de forma geral, para cada uma das atividades desenvolvidas junto ao paciente, há um horário definido para se iniciar a atividade e para terminá-la, e isso é seriamente respeitado pelos técnicos envolvidos naquela atividade. Pensamos que assim o paciente se vê inserido em um ‘setting’, um espaço em que pode, de forma assegurada, manifestar-se no que ele é.

De forma mais estruturada ainda e, servindo a essa pesquisa, foram elaboradas entrevistas, e aplicadas em um determinado grupo de pacientes, eleitos em todo o hospital, ou seja, para pacientes do SUS (Sistema Único de Saúde), e para pacientes particulares. A metodologia aqui adotada, privilegiou a profundidade das informações em detrimento da sua extensão. Entrevistas, com um roteiro aberto, permitindo ao entrevistado expressar-se de um modo pouco dirigido sobre os mais diferentes tópicos de sua experiência de vida em geral e do uso de drogas em particular, constituíram a matéria prima, que aliada às observações feitas na convivência direta com estes pacientes, serviram ao trabalho de análise.

Não houve qualquer limitação no que diz respeito à duração e quantidade de entrevistas dirigidas para um determinado 'ator'. Elas foram gravadas em fita cassete e duraram o necessário e em quantidade tal que permitiram delinear o problema de um modo satisfatório. O roteiro das entrevistas obedeceu às especificidades apresentadas pelo campo de pesquisa delineado neste projeto. No início da entrevista se comunicava sua função e o necessário sigilo.

Os dados constantes dos questionários foram assim subdivididos:

- I - Identificação (que além de dados básicos de identificação pessoal, também eram acrescidos de informações sobre a Vida Gregária, Vida Cultural, Renda pessoal e familiar, Grau de Instrução, Profissão, entre outras);
- II - Queixa Principal (o que teria motivado a internação do paciente);
- III - História Pgressa da Moléstia Atual (na qual pesquisava-se o início do uso de drogas, a idade, a forma de contato, o tipo de droga e sua frequência; e ainda, sobre o uso atual de drogas);
- IV - Relacionamento Familiar (com quem mora, forma de convivência das pessoas da família entre si, doenças familiares, mortes na família, etc.);
- V - Antecedentes Pessoais (história da sua gestação, nascimento, desenvolvimento psicomotor, doenças de relevância, distúrbios de comportamento, envolvimento judicial, desenvolvimento escolar, entre outros);
- VI - Antecedentes Familiares (casos psiquiátricos na família ou outras doenças, pragmatismo familiar, relacionamentos dos pais com seus ancestrais, etc.);
- VII - Outras formas de Tratamento (a que o paciente havia se submetido até então);
- VIII - Exame Psíquico (principais características psicopatológicas encontradas no paciente, sendo estes dados obtidos diretamente pelo pesquisador, ou colhidos em seu prontuário) e;

IX - Inspeção Física (Tatuagens, maneirismos, compatibilidade entre idade real e idade aparente, etc.).

É preciso ainda esclarecer que o entrevistador se apresentava à entrevista como sendo alguém que estava desenvolvendo uma pesquisa e necessitaria colher informações através deste contato direto com o entrevistado. Acrescento que, outro entrevistador, devidamente treinado para tanto, também se ocupou de um número menor de entrevistados, desenvolvendo com igual êxito o que se propôs.

Os questionários foram enriquecidos por dados que constavam do prontuário médico do paciente, que facilmente tive acesso, e que traziam outras informações fornecidas pelos componentes de sua família ou responsável quando de sua internação.

Os questionários foram aplicados em pacientes internos da Clínica Cristália, que tem uma especificidade: atender apenas pacientes do sexo masculino (com exceção a pacientes da categoria ‘particular’, quando então se aceita a internação de pacientes do sexo feminino); em um período de seis meses, entre junho/99 e novembro/99, quando então constatou-se uma porcentagem de aproximadamente 10% de pacientes internados sob o diagnóstico de ‘Transtorno mental associado ao Uso de Drogas’¹. De uma população de 571 pacientes que ingressaram nesse hospital no período acima mencionado, 56 contavam com aquele diagnóstico.

Sabemos que estes dados podem não ser totalmente coincidentes com a realidade, pois além de alguns pacientes que não puderam ser abordados (ou porque fugiram do hospital antes que a entrevista pudesse ter sido feita, ou não se dispunham à entrevista para este seu objetivo), uma boa parte deles, internados sob outros diagnósticos, tem como uso de drogas um diagnóstico secundário, não sendo dada tal importância como causa premente à internação, ou ainda por haver omissão de uso de drogas no seu relato, com o fim de não se sentirem estigmatizados com esta revelação.

Outro fator importante a se lembrar, é que esse hospital tem sua principal clientela nos pacientes do SUS, e que este tem ingerência sobre boa parte da demanda desse hospital, ou seja, há um encaminhamento efetivo, em geral, baseado no diagnóstico do paciente.

¹ Segundo as descrições clínicas e diretrizes diagnósticas da ‘Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10’ (1993)

O que se pode assegurar, é que, certamente, o número de drogadictos seria bem maior se o hospital em questão aceitasse, ou melhor, oferecesse vagas disponíveis a drogadictos, ao SUS. Isto não é feito (aliás, há um preconceito a que isto seja feito), devido a enorme dificuldade de se abordar tais pacientes e suas famílias².

O período de internação, em geral, é rápido, não chegando a um mês, visto a grande demanda desse recurso, que é a hospitalização. Isso não inclui os pacientes particulares, nos quais inclusive, os relatos destes são bem mais completos, sendo sua observação feita com frequência, ao longo de alguns meses. Assim, esses casos são citados com mais riqueza de detalhes.

Esta avaliação não teve um caráter epidemiológico, necessitando aí uma ampliação desse período de abordagem a tais pacientes e um trabalho conjunto a outros serviços, mas prestou para encontrar pontos comuns na história destas pessoas, que associados à Literatura, fizeram jus à hipótese inicial.

Para se analisar as descrições explicitadas pelos sujeitos pesquisados e obter os significados diante da questão do uso de drogas, utilizamos os quatro momentos propostos por MARTINS e BICUDO (1994). Esses momentos iniciaram-se com a leitura global das entrevistas a fim de se familiarizar com as experiências vividas pelos mesmos. Em seguida, cada entrevista foi relida, buscando colocar em evidência os significados atribuídos pelos sujeitos entrevistados ao problema, o que propiciou as ‘Unidades de Significado’. Essas unidades são partes de descrições cujas frases se relacionam umas com as outras, indicando momentos destacáveis da percepção dos sujeitos sobre a vivência do fenômeno. Essas unidades foram apreendidas pelo pesquisador mediante sua postura fenomenológica. O conjunto de unidades de significados, resultantes da tematização do indivíduo sobre o evento, constituiu os dados da pesquisa. Os temas relevantes que se repetiram, foram então reagrupados para delinear a estrutura do fenômeno. A esses agrupamentos denominamos ‘Categorias’.

² Atualmente (Abril/2004), a Direção da Clínica Cristália estuda a possibilidade de suspender a internação de pacientes, advindos do SUS, com o diagnóstico de ‘Transtorno Mental associado ao Uso de Drogas’, sendo esta uma informação extra-oficial.

Após a identificação das categorias, das convergências e divergências das unidades de significado identificadas, buscamos compreendê-las com o objetivo de chegar à estrutura do fenômeno e à sua compreensão e interpretação.

Sempre que possível, o contato com a família foi feito, e corroborados os dados antes colhidos, ou ainda, se viu o surgimento de novas informações que valorizavam ainda mais a pesquisa feita.

O início da pesquisa deu-se com a busca no “Medline” e no “Lilacs”, bases de dados de trabalhos científicos amplamente reconhecidos, de trabalhos que discorriam sobre o tema “Uso de Drogas Ilícitas” e outros afins, como “Cocaína”, “Crack” e “Maconha”, sendo que foram levantados, no período de dez anos, entre 1990 e 1999, aproximadamente oito mil ítems. Mas o que se constatou é que havia um padrão sobre o que estava ali apresentado, que privilegiava a abordagem farmacológica e suas viscissitudes, o que pouco interessava à nossa abordagem. Esta carência de dados revelou-se, ainda mais, como um estímulo a essa pesquisa.

3.5-O PROJETO HOSPITALAR-A Abordagem Hospitalar ao Drogadicto

A Clínica Cristália tem a função de tratar pacientes psiquiátricos nas suas mais diversas apresentações psicopatológicas. É um hospital especializado e para tanto admite pacientes dos mais diversos diagnósticos, dentre eles, pacientes com ‘Transtorno Mental associado ao Uso de Drogas’. Para tanto, situa-se no município de Itapira-SP, numa área rural, e contava, no início desta pesquisa, com 589 leitos, distribuídos entre pacientes que se inserem na categoria SUS (Sistema Único de Saúde) e, pacientes particulares e conveniados. Tinha então, dez equipes no seu corpo técnico, inicialmente compostas de profissionais de diversas áreas (médico psiquiatra, médico clínico, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, professor de educação física e profissionais administrativos). Cada equipe tem autonomia para elaborar o ‘Projeto Terapêutico’ de seus pacientes. As unidades de internação (em número de dez, cada qual com prédio próprio) tinham em média 60 pacientes que eram assistidos por cada uma daquelas equipes. O hospital está em funcionamento há cerca de trinta anos e freqüentemente passa por modificações em sua filosofia, estas que dizem respeito às

demandas sociais, especialmente às exigências do SUS que é seu principal cliente. Os pacientes para ali encaminhados eram, em sua maioria, advindos de postos de saúde geridos pelo SUS. Outras formas de encaminhamento incluem: serviços médicos particulares por indicação de ex-pacientes, por indicação do convênio médico do paciente, advindos de outro serviço hospitalar, ou ainda por escolha pessoal.

A Clínica Cristália, campo de nossa observação, hoje, adota um modo formal de atendimento aos drogadictos, que pressupõe uma internação por um período que varia de um a seis meses, sendo neste tempo o paciente e sua família abordados pelos técnicos, que colhem suas histórias e sua evolução, e elaboram o curso que deveriam tomar a partir desse episódio dramático que é a internação. O paciente se submete a atendimentos individuais e grupais, e a atividades de socioterapia e laborterapia, sempre com profissionais especializados que estão constantemente dividindo suas dúvidas e descobertas sobre cada caso, particularmente, em estudos que são regularmente feitos.

Foi constituído nessa clínica um Departamento Científico que, semanalmente, por aproximadamente seis anos consecutivos, trouxe profissionais para ampliar os conhecimentos da equipe que aborda tais pacientes, visando melhorar a formação de seus técnicos.

Como foi citado anteriormente, os prontuários destes nossos pacientes contêm sua ficha de Identificação, a mais completa possível, dados de Anamese, Exame Psíquico, Projeto Terapêutico Individual e Evolução do paciente. Acrescento que o ‘Projeto Terapêutico Individual’ realizado inicialmente, à internação do paciente, é constantemente modificado à medida que novas descobertas são feitas sobre cada caso, procurando adaptar-se àquele caso a melhor terapêutica, seja medicamentosa ou psicológica.

Mais que o endereço objetivo que o paciente e sua família nos apresentam, procurou-se através desse trabalho descobrir os caminhos, a origem e o caminho traçado até que o paciente nos chegou.

É preciso também deixar claro que, a Internação Psiquiátrica é dos últimos recursos procurados pela família do drogadicto, é “fim de linha”, o que nos preserva o contato com um longo caminho, prévio a esta situação atual. Sobre isto, AQUINO (1993, p.5), nos diz: “Quando nos defrontamos com a necessidade de hospitalização de um

paciente, temos que recorrer a um hospital psiquiátrico, ficando então a questão da toxicomania reduzida a uma dramática equação: tóxicos = loucura + cadeia”.

E LEITE (1995), falando da importância do acolhimento que a instituição pode dar ao drogadicto, permitindo-lhe, ao se estabelecer um vínculo, que repita comportamentos e possa então ter sobre eles uma conduta terapêutica, nos diz:

“O dependente de substâncias psicoativas, ao chegar à instituição para tratamento, revela e denuncia, através dos sintomas expressos nas suas ações e no seu discurso falado, singularidades que denotam um ponto secreto (perverso) na relação familiar, mantenedora de sua problemática, que fica assim inserida neste contexto mais amplo da patologia familiar”[...]“Observa-se que a instituição, ao acolher o usuário, procura, de alguma forma, preencher os vazios deixados pela falha da função parental, ao mesmo tempo que será alvo das constantes demandas de repetição desta relação perversa”.

*No meio do caminho tinha uma pedra
Tinha uma pedra no meio do caminho
Tinha uma pedra
No meio do caminho tinha uma pedra.*

CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE

Alguns Poesia

4-UMA PERSPECTIVA TEÓRICA SELETIVA

4.1-DADOS HISTÓRICOS - Inserção do Uso de Drogas na Sociedade

O problema do uso não-médico de drogas é tão antigo quanto a própria civilização. “Desde que o homem começou a registrar sua história, todas as sociedades usaram drogas que produzem efeitos sobre o humor, o pensamento e as sensações” (JAFJE, 1983, p.470).

“No entanto, até a década passada, a toxicomania sempre se manifestou como prática isolada e absolutamente marginal” (RAMADAM, 1973, p.14).

“O uso de drogas na antiguidade era controlado pela sociedade, e sua prática era restrita a rituais religiosos ou festa comunais, onde geralmente as drogas eram consumidas em seu estado natural” (AQUINO, 1993, p.1), diferente das drogas, dita artificiais, que dominam o mercado de hoje. Segundo esta autora, a morfina e a codeína já se encontravam no mercado desde 1832, e a heroína desde 1898.

Segundo, GOLD (1992), apud AQUINO (1993, p.2), também no século passado, algumas bebidas à base de folhas de coca, foram vendidas como ‘tônicos’ à população. A cocaína, estudada por este autor, era conhecida pelos povos andinos como um presente dos deuses. Acredita-se que a quantidade diária de cocaína consumida pelos Incas era baixa, em torno de 200-300 mg/dia, através do hábito de mascar folhas de coca. “Hoje é comum um consumo de cocaína, em torno de até 20 g/dia, sob a forma inalada, fumada ou injetada”.

WEREBE (1981), faz uma reflexão a respeito dos momentos mais marcantes da sociedade que culminaram no uso de drogas como hoje conhecemos: Com o fim da Segunda Guerra Mundial, caracterizado pelo surgimento de um enorme entusiasmo, tivemos a volta de milhões de jovens dos campos de batalha, a abertura dos campos de concentração, a declaração dos direitos do homem, a democratização de inúmeros países, e o começo da descolonização. Também observou-se a necessidade de reconstrução de um continente destruído. O desenvolvimento industrial aumenta sem cessar e rapidamente entra-se na chamada ‘sociedade de consumo’ passando esta a ser o fim de todos os desejos e no qual sucesso individual é aquilatado pela maior ou menor disponibilidade para consumir. A sociedade de consumo traz em si, entre outras, a idéia de que a sensação de bem estar e a felicidade podem ser produzidas por agentes químicos adquiridos em

mercado. Uma grande facção de adolescentes, saídos principalmente da classe média, começa a refutar os valores vigentes. Os movimentos de contestação se desenvolvem sobretudo a partir dos anos sessenta e culminam no apogeu do 68 europeu. Há uma enorme difusão dos métodos anticoncepcionais que favorecem a adoção de novos padrões sexuais pelos jovens. A partir de 1960, surgiu nos EUA uma “cultura das drogas”, ou um movimento de “contra-cultura”. Consumia-se drogas depressoras do SNC (heroína), drogas psicodélicas (maconha e LSD), e estimulantes, como as anfetaminas: “procurava-se denunciar uma sociedade opulenta e injusta”.

A criminalização das drogas produziu uma inflexão decisiva neste universo. “A difusão social do seu consumo em escala assustadora foi um efeito direto deste processo de criminalização que teve no narcotráfico o seu agenciador fundamental no espaço social.” (BIRMAN, 1993, p.59)

Podemos pensar com ESCOHOTADO (1997, p.32), que “a realidade sociológica em matéria de drogas é uma consequência e não uma premissa do seu status legal”. Daí, os Estados Unidos, o país que mais investiu na ‘Guerra às drogas’, empreendida pelos presidentes Nixon, Reagan, Bush e Clinton, com seu famoso e divulgado slogan “just say no”, também é o país onde se observa o maior volume de consumidores de drogas, com políticas proibitivas declaradas, assim também como o são as fábulas numerárias investidas. Grande parte dos argumentos utilizados como arsenal nesta guerra não encontraram respaldo da sociedade e se mostraram falidos pela própria história. Há dados mundiais que mostram como nossa forma de intervenção neste hábito precisa ser repensada. Segundo o próprio ESCOHOTADO, op.cit., p.37ss, na China, a legalização do ópio reduziu de 160% para 5% o índice de aumento de importações desta droga, e não houve aumento do consumo. Nos Estados Unidos, após a experiência proibitiva do uso do álcool (a famosa Lei Seca) concordou-se com o retorno das bebidas alcoólicas à legalidade. Desde os anos setenta, na Holanda é praticamente livre e pública a venda de haxixe e maconha em ‘coffee shops’, e nem por isso é maior o consumo de drogas, relativamente a outros países. Quando foi proibido o uso de opiáceos naturais e a cocaína, seu consumo se manteve baixo enquanto houve uma oferta de drogas equivalentes nas farmácias, mas explodiu quando se restringiu a disponibilidade de seus análogos sintéticos; entre inúmeros outros exemplos.

“A história nos ensina que nenhuma droga desapareceu ou deixou de ser consumida em decorrência de sua proibição. Ensina também que, enquanto subsistir uma proibição, haverá uma tendência muito maior a consumos irracionais.” (ESCOHOTADO, 1997)

“A idéia básica de que a realidade é complexa e se dá em múltiplos planos confere à utilização de substâncias como as drogas um significado particular, na medida em que esses níveis de realidade são definidos de acordo com as lógicas de diferentes culturas, de diferentes sociedades.” (VELHO, 1997, p.66)

4.2-SOBRE OS DADOS ESTATÍSTICOS NA PESQUISA DE DROGAS ILÍCITAS

Para iniciarmos esta abordagem, primeiramente vamos lançar mão do conceito de BALDESSARINI (1983, p.346), para definir o que entendemos por ‘drogas psicotóxicas’. Segundo este autor, elas seriam:

“as substâncias que quando introduzidas no corpo podem alterar a função do sistema nervoso central, mas não se incluem na categoria de medicamentos usados no tratamento de distúrbios psiquiátricos, mesmo sendo ao lado destes coletivamente chamados de psicotrópicos ou psicoativos.”

Outra de suas características, que nos é fundamental para abordarmos a questão de estatísticas no uso de drogas, é o fato de serem ‘ilícitas’, que para BUARQUE DE HOLANDA (1988) é definido como “proibido pela lei”. Portanto, o uso de drogas ilícitas, é uma prática de imensa, ou mesmo impossível, avaliação do ponto de vista estatístico, isto se não quisermos incorrer no erro de expor dados que certamente teriam de ser redimensionados na sua realidade. Somente pelo fato de se lidar com algo ilícito, portanto que não pode ser divulgado, já seria compreensível esta conclusão.

WEREBE (1981, p.322), nos diz que as estatísticas oficiais mensurando a extensão da toxicomania, se baseiam em dois tipos de dados: “Primeiro, os dados fornecidos pela polícia, isto é, a quantidade de droga apreendida, o número de interpelações e prisões de toxicômanos; Segundo, os dados fornecidos pelos serviços especializados de tratamento”. E conclui: “Sabemos que a maioria dos indivíduos que se drogam escapam a estes dois controles”.

ZANINI e GENTIL FILHO (1973), apud ROSA, COSTA e ARRUDA (1995, p.32), consideram que a falta de dados reais permite uma larga exploração política cujas conseqüências são impossíveis de serem aquilatadas.

Apenas pelo volume de relatos, pelos mapas já traçados, pelas apreensões policiais, pelos recursos empregados nas práticas paralelas àquele hábito, se pôde inferir que a droga tornou-se “a segunda maior indústria econômica do mundo” (MAGALHÃES, 1997, p.13).

Apesar das dificuldades mencionadas, alguns dados podem ser mensurados. O NIDA (2003) realiza a cada seis meses, em 21 grandes cidades americanas, um levantamento sobre as tendências de uso de drogas pela população. Utilizam-se de variadas fontes de informação (internações por drogas, mortes, apreensões, e levantamentos de consumo entre a população). Do relatório preliminar de dezembro de 2000 podemos citar alguns achados: Em 18 das 21 cidades pesquisadas, o consumo de crack/cocaína mostrou uma queda, atribuído em parte à impopularidade da droga entre os usuários mais jovens ou iniciantes. Em 15 daquelas cidades, houve um aumento no consumo de heroína. Sobre a maconha, nos diz que o uso que vinha crescendo de 1990 a 1998, estabilizou-se, embora ainda continue alto. O Ice (metanfetamina) teve seu consumo elevado, especialmente em festas ‘rave’. E, o êxtase (MDMA), viu-se disseminado em 17 daquelas cidades.

Segundo o levantamento domiciliar sobre drogas psicotrópicas no Brasil, realizado pelo CEBRID (2003), de setembro a dezembro de 2001, em cidades, com mais de duzentos mil habitantes, 11,2% da população brasileira que vive é dependente de álcool, 9% de tabaco, e 1%, de maconha. Quanto ao uso de pelo menos uma vez na vida, as drogas de uso mais freqüentes são o álcool (68%) e o tabaco (42%), e entre as drogas ilícitas, destacam-se a maconha (6,3%) e a cocaína (2,1%).

No levantamento realizado pelo CEBRID (2003), em 2001, os dados revelam que as porcentagens de uso na vida, de solventes, ficam atrás apenas do Reino Unido e EUA. Entre os estudantes de dez capitais de 1º e 2º graus, em 1997, 13,8% já haviam feito uso de solventes, a primeira com mais uso entre os estudantes, quando se exclui da análise o álcool e o tabaco. O uso na vida entre meninos de rua, da cidade de São Paulo, foi de 59,6%.

NOTO et. al. (2003), pesquisadores do CEBRID, fizeram um levantamento das prescrições de psicotrópicos, retidas durante um ano em drogarias, farmácias de manipulação, postos públicos e hospitais, de dois municípios do estado de São Paulo. Levantaram 108.215 prescrições, assim divididas: 76.954 (benzodiazepínicos), 3.540 (opiáceos), 26.930 (anorexígenos) e 791 (outros). Entre as considerações que fizeram, destacamos que, apesar da OMS recomendar um período máximo de uso de um mês para os ansiolíticos e de três meses para os anorexígenos, foram encontrados 225 casos de pacientes que haviam recebido mais de 12 prescrições, com quantidades equivalentes a um tratamento de 24 meses com psicotrópicos. Foi observado um caso de um único médico com 7.678 prescrições de psicotrópicos no ano (cerca de 30 por dia útil), praticamente todas as receitas dispensadas em uma mesma farmácia de manipulação. Foram detectadas uma série de erros nas prescrições analisadas, a mais freqüente foi a ausência de dados das notificações. Houve também casos de notificações feitas até mesmo por médicos que já haviam falecido há anos. E concluem, que estes resultados obtidos confirmam a ocorrência de um uso irracional e uma série de práticas inadequadas que envolvem a prescrição desses medicamentos no Brasil, indicando a necessidade de uma ampla revisão no atual sistema de controle dessas substâncias.

SANCHEZ e NAPPO (2003), fizeram uma investigação qualitativa, considerando o ponto de vista que usuários e ex-usuários de crack têm desse fenômeno. Detectaram duas fases distintas do uso de drogas: a primeira com drogas lícitas, sendo o cigarro e o álcool as mais citadas. Os parentes e amigos, os incentivadores e a necessidade de auto-confiança foram o motivo alegado para esse uso. O consumo e o uso pesado de uma ou ambas as drogas são determinantes para iniciarem uma escalada de drogas ilícitas, sendo a maconha a primeira droga dessa segunda fase. O estudo reflete a escalada nas drogas, que parece estar mais associada a decisões externas (pressões do grupo, influência do tráfico, etc.), quanto à droga utilizada do que a preferência do usuário. Foram identificadas duas progressões diferentes: 1. entre os mais jovens (menos de 30anos) – cigarro e/ou álcool, maconha, cocaína aspirada e crack. 2. entre os mais velhos (mais de 30 anos) – cigarro e/ou álcool, maconha, medicamentos endovenosos, cocaína aspirada, cocaína endovenosa e crack.

ORLANDI et. al. (2003), fizeram uma pesquisa, entrevistando pais de adolescentes que freqüentam serviços de assistência à saúde do adolescente do hospital São Paulo, sendo 50% destes, pais de usuários de drogas, e a outra metade, pais de não-usuários, para verificar as relações entre o consumo de drogas e uso freqüente de medicamentos pelos familiares. Constataram que entre os pais de usuários de drogas, houve sete vezes mais o hábito de ingerir medicamentos com freqüência, quando comparados ao controle.

Outra pesquisa do CEBRID (2003) que interessa diretamente a essa pesquisa, diz respeito às internações decorrente do uso de psicotrópicos no Brasil, no período de 1988 a 1999. Foram analisadas 726.429 internações, das quais o álcool foi responsável por 90%. Também constatou-se que a proporção de internações decorrentes do uso de outros psicotrópicos, cresceu consideravelmente ao longo dos anos, passando de 4,7% (1988) para 15,5% (1999). A cocaína e seus derivados foram os psicotrópicos cujas internações mais cresceram no período, passando de 0,8% (1988) para 4,6% (1999). A proporção de homens foi muito superior a de mulheres, numa relação de 15/1 para o álcool, e de 9/1 para os demais psicotrópicos. No ano de 1999, foram notificadas 44.680 internações, das quais 84,5% por álcool, 8,3% por múltiplos psicotrópicos, 4,6% por cocaína, 1,3% por maconha, 0,2% por solventes, entre outros.

A primeira pesquisa global sobre êxtase e anfetaminas, realizada pelo Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crimes – UNODC (2003), revela que a produção e o tráfico dessas substâncias estão crescendo em todo o mundo. Algumas constatações dessa pesquisa podem ser aqui reproduzidas, pois sua atualidade nos interessa muito:

“Na última década, as apreensões dessas drogas aumentaram dez vezes, subindo de 4 toneladas no período 1990/1991 para 40 toneladas no período 2000/2001.”

“A produção de êxtase e anfetaminas é estimada em mais de 500 toneladas por ano, sendo que cerca de 40 milhões de pessoas usaram essas drogas nos últimos 12 meses, o que representa cerca de 1% da pop. mundial acima de 15anos de idade.”

“As drogas sintéticas estão se transformando no inimigo público número um entre as substâncias ilícitas. Vistas como uma

característica aceitável da cultura ‘dancing’ de clubes e casas noturnas, elas estão sendo banalizadas e usadas por pessoas muito jovens’ (Antonio Maria Costa – diretor executivo do UNODC, durante o lançamento do relatório ‘Ecstasy e Anfetaminas, Pesquisa Global 2003’, em Roma (Itália)). O relatório ressalta que as anfetaminas podem causar dependência e diferentes tipos de psicose, e que o êxtase acelera o processo de envelhecimento, levando a sintomas semelhantes ao Mal de Alzheimer.”

“As autoridades policiais estão encontrando laboratórios sofisticados que conseguem produzir até 1 milhão de pílulas de êxtase por semana. Em 2001, cerca de 8 mil laboratórios clandestinos envolvidos com a fabricação de anfetaminas foram fechados, principalmente nos EUA. Entre 1991 e 2001, o número de laboratórios clandestinos envolvidos com a produção de êxtase e fechados pela polícia subiu seis vezes.”

“O uso abusivo de anfetaminas e êxtase está crescendo em termos geográficos, etários e de renda. Nos últimos 12 meses, estima-se que 34 milhões de pessoas tenham consumido anfetaminas e metanfetaminas, enquanto que 8 milhões de pessoas consumiram êxtase, na faixa etária acima de 15 anos de idade. Isso representa um número maior que o consumo combinado de cocaína e heroína.”

“O relatório afirma que a internet tem sido usada para transferir a tecnologia de fabricação dessas substâncias, o que favorece a abertura de laboratórios clandestinos em qualquer parte do mundo, principalmente nos países onde há fácil acesso a precursores químicos, uma demanda em crescimento, oficiais corruptos e uma legislação fraca.”

4.3-A IDADE DA PEDRA

O Uso abusivo e compulsivo de Drogas Ilícitas se tornou então uma realidade para uma boa parte da população ocidental, principalmente a constituída de adolescentes e jovens, o que é assegurado pelos estudos de RAMADAM (1973, p.15) e CARLINI et al. (1995).

Podemos constatar que entre as pessoas que hoje procuram se internar para tratamento específico, o fazem referindo principalmente estarem em uso abusivo de Crack, além de outras drogas, às quais dedicam menor importância. O Crack é a forma sólida da Cocaína, conseguida através de um simples processo, que conforme descrito por nossos pacientes, envolve o aquecimento da “Cocaína, água e bicarbonato” de sódio. Em temperatura ambiente, há uma solidificação do pó, formando as “pedras” de Crack. Essas formas sólidas são fumadas geralmente através de um cachimbo, em geral confeccionado manualmente com “copinhos de Yacult”, “proporcionando aos seus usuários, em menos de 15 segundos, intensa sensação com duração de cerca de 15 minutos”, conforme SMART (1991, p.14).

O Crack é uma droga com alto potencial de dependência, devido à forte sensação que produz, aliada à compulsão para seu uso, transformando-se numa das maiores preocupações da atualidade no campo das drogas psicotrópicas ilícitas (HALL et al., 1990).

Segundo INCIARDI (1993), as primeiras apreensões de Crack no Brasil, foram feitas pela polícia em 1991, em São Paulo, ao passo que, segundo BUDD (1989), por volta de 1985, esta droga teria surgido nos Estados Unidos, alcançando rápida assimilação local, constituindo-se na droga de maior abuso (exceto o álcool) em todo o país. Esta afirmação é corroborada pelo NIDA (2003) (National Institute on Drug Abuse - órgão americano responsável oficial pelos dados sobre abuso de drogas).

Um dos pioneiros estudos feitos no Brasil, sobre o uso desta droga, deve-se à uma equipe (NAPPO, GALDURÓZ & NOTO, 1994) do CEBRID (Centro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas) que se perguntou: “Uso do Crack em São Paulo: fenômeno emergente?”. A primeira conclusão deste trabalho (p.82), nos diz: “Este estudo aponta para o Crack como uma das formas mais arrasadoras do uso da Cocaína”. Seu uso, segundo esse estudo,

“[...]dá-se em jovens com menos de 20 anos, pertencentes a diferentes classes sociais, com predominância da classe baixa. Entre eles, o Crack é classificado como uma droga anti-social que os leva a um isolamento social. A paranóia que se instala gera medo e suspeita das pessoas, o que contribui para esse isolamento e confinamento a locais fechados. O usuário rapidamente tem ruptura de caráter. A

mentira passa a fazer parte de seu discurso, que associada à desconfiança pode gerar agressividade e até violência. Em menos de um mês, instala-se a dependência, que para muitos traz também a necessidade de roubar e/ou prostituir-se para sustentar o vício. A degradação física é outra característica do usuário de Crack.”[...]”Devido a essas características, o Crack parece ser incompatível com qualquer modo tradicional de vida (trabalho, estudo, relacionamento amoroso, etc.), marginalizando totalmente o indivíduo que dele faz uso.”

UCHÔA (1996), em seu livro “O Caminho das Pedras”, nos relata (p.38) que:

“A indústria da Cocaína e seus derivados movimentam US\$ 25 bilhões anualmente nos Estados Unidos. Em contrapartida, o governo americano desembolsou US\$ 16 bilhões entre 1981 e 1988 com a elaboração de campanhas elucidativas de combate ao uso e abuso de drogas.”

Outras fontes (NIDA, 2003) nos informam dados mais impressionantes, afirmam que o abuso de drogas e álcool, custa à sociedade em torno de US\$245 bilhões, sendo US\$97 bilhões devido ao abuso de drogas, incluindo custos de tratamento e de prevenção, custos associados com a produtividade reduzida no trabalho, ou a perda salarial, e outros como a preocupação com o crime organizado e o bem-estar social. Estes dados referem-se ao que se gastou em 1992 nos Estados Unidos, estando em grande parte assim divididos: Governo 45,3 bilhões e Dependentes e seus familiares 42,9 bilhões.

De um estudo feito por BUSCH e SCHNOLL (1990, p.99), a respeito da epidemiologia, história e farmacologia da cocaína, constatando-se uma ‘epidemia de cocaína’, retiramos os seguintes dados:

“A nível nacional (EUA), os atendimentos em salas de urgências e óbitos relacionados à cocaína aumentaram em 200% entre 1976 e 1982. Entre 1975 e 1980, houve um aumento de 500% no número de pessoas que buscavam tratamento para o abuso da cocaína; enquanto que, de 1975 a 1981, a percentagem de admissões em programas de tratamento relacionados à cocaína aumentaram de 4.5 para 19,1.”

4.4-UM OLHAR SOBRE A SOCIEDADE ATUAL

Os pacientes quando vêm internar trazem uma série de marcas que sua estrada obscura lhes deixou, e que revelam a brutalidade do mundo que vivem: brigas com a família, queixas dos vizinhos, perseguições da polícia, histórias de roubos, histórias de mentiras, etc., e principalmente toda a carga de raiva que eles provocam contra si mesmos. Certo dia internei um paciente que tinha sua conjuntiva ocular preenchida por sangue, provocado por uma coronhada lançada por um policial. Outro paciente trazia diversas cicatrizes, que ele relatou terem sido feitas em sessões de tortura dentro de prisões e delegacias.

No fim do século XX, observamos o ceticismo dominando os discursos. As utopias políticas que hasteavam bandeiras, desde a revolução francesa, perderam crédito. A felicidade prometida pelo Iluminismo através do domínio da razão científico-positivista, já não encanta como antes. É crescente o processo de reeducação evangélica, transfigurada nas mais diversas modalidades de seitas, com as mais diversas e sedutoras promessas de ‘ascensão ao paraíso celeste’, e isto não é por acaso. Tudo isto encontrou o homem num imenso vazio existencial. O “mundo desencantado (WEBER, 1965), e sem Deus (HEIDEGGER, 1962)”, apud BIRMAN (1993, p.66), é ao mesmo tempo reflexo e mantenedor deste desamparo existencial.

PASSETTI (1997, p.74), nos faz uma reflexão sobre o momento atual de nossa sociedade:

“É a sociedade do espetáculo cedendo lugar à sociedade do contato”[...]“É o tempo da videosfera, do controle pelo estímulo, da cretinização de massa, da videopolítica como prolongamento dos resultados por outros meios, divinizando o presente. É a era da democracia sem povo, com um telecorpo otimista e conformista, em que o ‘anchorman’ aparece como ideal tipo do homem político.”

FRECCERO (1994) apud PASSETTI, op.cit., p.76, mostra que a comunicação de massa ameaça a liberdade e a democracia num processo de modificação de valores que leva a uma mutação radical. “A verdade e o poder passam a se expressar em termos quantitativos e não qualitativos”. E PASSETTI, op.cit., p.78, conclui:

“A democracia midiaticizada dos tempos de hoje utiliza adequadamente as políticas de combate ao tráfico, com suas estatísticas, imagens editadas, discursos humanitaristas, ‘cobertura ao vivo’, para reiterar, simultaneamente, a belicosidade necessária e a melodramática constatação do fato ocorrido.”

O prof. FERNANDEZ (1988, p.250) reconhece na clínica psiquiátrica uma metamorfose, com o aparecimento de novos quadros clínicos. Responsabiliza as transformações culturais como causa destas mudanças e fala de “uma cultura tecnificada e tecnocrática de sociedade de consumo”. O homem consome, não só para satisfazer as suas necessidades naturais, mas também, suas necessidades artificiais e facultativas. E se as necessidades naturais do homem são absolutas e limitadas em número e quantidade, as necessidades artificiais são ilimitadas.

A pós-modernidade (termo cunhado por TOYNBEE, 1947, apud KATZ & COSTA, 1996, p.335), referindo-se às modificações da sociedade a partir da década de 50), traz importantes repercussões, principalmente sobre os adolescentes, que segundo KATZ e COSTA (1996, p.335), são

“o sentimento de vazio e irrealidade, ausência de valores, pensamento dirigido para o consumo e o prazer imediato e fragmentação do processo de informação que decorrem do bombardeio maciço e aleatório de informações parceladas que nunca formam um todo.”

Segundo DRUCKER (1993), alguns consideram a pós-modernidade um período de decadência, por estar associada ao descrédito de grandes idéias e valores das instituições ocidentais, como, Deus, Razão, Ciência, Verdade, Consciência, Estado, Revolução e Família. Além disso, ela constitui-se no declínio do Cristianismo, do Iluminismo, do Marxismo e outros ‘ismos’ que marcaram a humanidade desde os gregos e se acentuaram na era moderna com a Revolução Industrial.

LIPOVETSKY (1986) e LYOTARD (1991), também demonstram que esta era encontra-se marcada pelo neo-individualismo, caracterizado pela ausência de projetos, tendo como ideal o culto a auto-imagem e a busca de satisfações imediatas. Haveria uma ‘inversão de valores’, os pais reconhecendo a juventude dos filhos como ideal a ser

seguido, se esforçariam para se assemelharem a estes. As hierarquias familiares, há muito estariam com as margens que as distinguem, indefinidas. Surge uma característica, os vínculos se tornam fraternizados, uma sociedade de irmãos em que há uma hegemonia da adolescência. É a “Era do Vazio”, no dizer de Lipovetsky. Ou ainda, o que SIMÃO GOLDMAN, apud CARVALHO (1979, p.7) chamou de “Coisificação” do ser humano.

COSTA (1995, p.623), estudando as condutas anti-edípicas na sociedade contemporânea, nos diz:

“O predomínio do narcisismo sobre o Édipo reflete-se nas preocupações com a estética em detrimento da ética, nas preocupações com o corpo mais do que com as idéias. Os falsos valores são idealizados. Os investimentos na autonomia não seguem o modelo edípico, mas o modelo narcísico da recusa de reconhecer e levar em consideração o outro, configurando relações simbióticas, assexuadas, nutridoras de uma felicidade absoluta que negam a dependência e o conflito”.

MELMAN (1993, p.45) acrescenta:

“Vivemos numa cultura marcada por um discurso que precisamente nos promete uma satisfação que pode ser perfeita. O discurso que anima nossa cultura é o ‘discurso da ciência’”[...]“A toxicomania, como fenômeno social, é a resposta direta feita ao discurso da ciência.”

Em “O Mal-Estar na Civilização”, FREUD (1930/29, p.93) estudando a mente humana e a adaptação do homem à vida, nos diz:

“Sem dúvida, a vida tal como a encontramos é árdua demais para nós, proporciona-nos muitos sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis. A fim de suportá-los, não podemos dispensar as medidas paliativas”[...]“Existem, talvez, três medidas deste tipo: derivativos poderosos que nos fazem extrair luz de nossa desgraça; satisfações substitutivas, que a diminuem, e substâncias tóxicas que nos tornam insensíveis à ela.”

E ainda no “Mal Estar...”, FREUD, op.cit, p.111, nos diz: “O homem, por assim dizer, tornou-se uma espécie de ‘Deus de prótese’”[...]“No interesse de nossa investigação, contudo, não esqueceremos que atualmente o homem não se sente feliz em

seu papel de semelhante a Deus”. Há uma busca insana pela condição de Deus, pelo controle onipotente dos sentimentos que surgem a cada instante nos relacionamentos que fazemos, ou nas aquisições, que ao se darem nos diferenciariam ainda mais de nossos primeiros vínculos.

4.5-A ONIPOTÊNCIA “NORMAL” E A ONIPOTÊNCIA PATOLÓGICA: Uma Visão Psicanalítica sobre a Drogadicção

WINNICOTT (1975, p.26) nos diz: “A mãe, no começo, através de uma adaptação quase completa, propicia ao bebê a oportunidade para a ilusão de que o seio dela faz parte do bebê, de que está, por assim dizer, sob o controle mágico do bebê. A onipotência é quase um fato da experiência”. Nada mais próximo da versão divina. O bebê é, para si mesmo, Deus, enquanto aquele que cria e se sacia. Também observamos, como veremos adiante, esta identificação nos nossos pacientes drogadictos, que se comportam como se bastassem a si mesmos, como se fossem imortais.

O desamparo traveste-se de Onipotência, e assim, há a ilusão de que o ser é auto-suficiente. O leite materno que era dado pela mãe, hoje é mamado em um gargalo ou injetado pelas veias de um corpo que serve de objeto a esta ilusão.

Há poucos dias um paciente drogadicto me relatando sua infância me contava que, por volta de seus seis anos de idade, sendo criado pela tia, tinha o hábito de “tirar caca do nariz e comê-la”; disse, textualmente, que desde muito cedo, precisou crer que não podia contar com outras pessoas para lhe amparar, desenvolvendo a idéia de que se bastava, que poderia tirar dele mesmo o seu sustento. Aliás, muito a propósito, WINNICOTT, op.cit., p.197, diz:

“Uma criança de qualquer idade (seis anos, digamos) pode subitamente necessitar tornar-se responsável, talvez devido à morte de um genitor, ou à desagregação da família. Essa criança tem de envelhecer prematuramente e perder a espontaneidade, a capacidade de brincar e o impulso criativo despreocupado”.

O ser humano, desde seu nascimento, busca o alívio para as impressões desprazerosas que advém com a vida. Assim, teme a dor, as separações, o desamparo e por fim, a morte. No dizer de MACHADO (1998, p.825): “A maneira mais usual de combater

esses medos é o incremento da onipotência”. As drogas com seus efeitos estupefacientes, estimulantes ou alucinatórios, sempre acompanharam o homem em sua trajetória, em rituais que buscam a comunhão com divindades, e, assim, com a imortalidade.

RAMOS (1998, p.816), associando sua larga experiência no trato com drogadicctos, nos acrescenta:

“O fato de perceber-se dependente enseja, provavelmente, uma das maiores feridas narcísicas no ser humano. Quando a dependência é de uma substância química, isto fica maximizado, e o dependente responde a isto onipotentemente, fazendo negações maciças de sua realidade. O meio para sustentar essa negação costuma ser a mentira contumaz.”

Aliás, etimologicamente, segundo KALINA (1991, p.32), a palavra ‘droga’ significa ‘mentira’, ‘embuste’.

A drogadicção é a doença do desamparo. Se isto é possível de ser observado numa pesquisa individual em nossos consultórios, também é possível de se ver na forma como são socialmente abordadas estas pessoas.

JOEL BIRMAN (1993, p.65), nos diz: “O consumo de drogas se inscreve no circuito pulsional, onde a droga é fascinante pois é uma promessa de que o sujeito não se confrontará com o desamparo”.

O desamparo – “protótipo da situação traumática geradora de angústia” (LAPLANCHE e PONTALIS, 1985) - encontra seu corolário na incapacidade de se elaborar pensamentos abstratos, capazes de fazer o homem se aperceber de suas necessidades, internas e externas, para que assim objetive sua satisfação, ao contrário (como no bebê), de esperar que as satisfaçam por ele. Dito de outra forma, **é na incapacidade de Simbolizar que o estado de Desamparo melhor se reconhece.**

O desamparo maior então, não diz respeito à falta de nutrição ou de outros recursos materiais que nossa fragilidade exige à nossa sobrevivência. O desamparo primordial, e nossa hipótese de trabalho, se encontra na profunda limitação à Simbolização.

4.6-O PROCESSO DE SIMBOLIZAÇÃO

A capacidade de simbolizar é a marca mais específica da condição humana. Os animais não alcançam o processo simbolizador. O pensamento animal é sígnico.

A antropologia, a partir da teoria evolucionista de Darwin, pensou o homem como o produto “acabado” da evolução entre as espécies. Esta ciência, define como “Processo de Hominização” (RANZI, 1983; BOURGUIGNON, 1989) à passagem da condição sígnica à condição simbólica, à passagem da natureza à Cultura. Mesmo que a morfologia diferencie os primatas do homem, o que mais os distingue é a capacidade de pensar e falar, aprender e transmitir conhecimentos, e acima de tudo, produzir símbolos. Este é um salto qualitativo. A hominização é um processo dinâmico, que implica em forças constantes atuando para sua consecução. E desde que processos conflitivos da personalidade não obstaculizem, há constantemente a promoção do signo à condição de símbolo.

ZUSMAN (1994, p.156ss) diferenciando os símbolos dos signos, postula que o signo ao representar o objeto não o dispensa de sua proximidade passada, presente ou futura, à semelhança da noção médica de sinal ou sintoma. Ele diz: “O signo remete ao objeto a que está referido enquanto o símbolo remete a uma concepção do objeto”[...]“O signo denota, o símbolo conota”. E falando a respeito da forma como o signo se apresenta: “O pensamento sígnico é um pensamento do corpo, no corpo, que não ganhou transformação simbólica, e que se anuncia como ação motora, secretória ou visceral”. E adequando-os a noção do pensar, ele associa os signos com as proto-manifestações mentais, que se situam na faixa de transição entre o animal e o humano.

ZUSMAN, op.cit., p.162, define sua origem: “A opção sígnica da morte decorre de situações de abandono ou de profundas situações de perda e desamparo, do luto insuperável, de situações de desespero ou de ataques de inveja muito intensos”.

A drogadicção se inscreveria então na categoria dos processos sígnicos, onde impera a linguagem corporal e a perturbação da temporalidade. Mas também deixaria implícito que a simbolização seria possível, nesse processo, que repito, é dinâmico. Haveria a possibilidade da aquisição da linguagem verbal a partir desta forma não-verbal de se comunicar.

ZUSMAN, op.cit., p.163, também se utiliza de outro conceito de BION (1988, p.106), o de Rêverie (que poderia ser explicado como a capacidade da mãe de conter em si as angústias de seu bebê, metabolizando-as para ele) para explicar de outro modo o processo de simbolização. Ele mostra que inicialmente a linguagem entre mãe e bebê é sígnica. Com a introdução da capacidade de rêverie da mãe, “a produção simbólica teria um curso autônomo na mente da criança, sujeita agora às vicissitudes do processo simbólico, isto é, aos conflitos que interferem e coíbem a produção de símbolos”.

KLEIN (1981) nos diz, que o simbolismo é a capacidade que dá oportunidade ao sujeito de se relacionar com o mundo exterior e com a realidade em geral.

FERENCZI (1912), apud KLEIN (1981, p.297), já havia dito que a Identificação, precursora do simbolismo, surge das tentativas que a criança faz para reencontrar em todos os objetos, seus próprios órgãos e respectivas funções. Portanto, a adaptação à realidade, entendendo-se realidade externa e interna, adaptação que pressupõe boa convivência e capacidade criativa para se lidar com conflitos, está diretamente relacionada às primeiras experiências e primeiros relacionamentos que fazemos em nossas vidas.

MILNER (1991, p.92ss) estuda em que condições “os objetos primários e secundários são fundidos e sentidos como sendo o mesmo e único”, e estuda “o estado emocional da pessoa que experimenta esta fusão e as condições ambientais que possam facilitar ou interferir nela”, e conclui que “o processo de simbolização é dependente da identificação do objeto primário com outro, que em realidade difere dele, mas é sentido emocionalmente como sendo o mesmo”.

JONES (1919) apud SEGAL (1993, p.46), em “A Teoria do Simbolismo”, fazia as seguintes afirmações sobre o verdadeiro simbolismo:

- I - Um símbolo representa o que foi reprimido da consciência, e todo o processo de simbolização é realizado inconscientemente.
- II - Todos os símbolos representam idéias sobre o “self e das relações consangüíneas imediatas e os fenômenos de nascimento, vida e morte”.

III - “Um símbolo tem um significado constante”. Muitos símbolos podem ser usados para representar a mesma idéia reprimida, mas um dado símbolo tem um significado constante e universal.

IV - O simbolismo surge como resultado do conflito intrapsíquico entre as “tendências repressoras e o reprimido”. Mais além: “Somente o que é reprimido é simbolizado; somente o que é reprimido necessita ser simbolizado”.

E de forma resumida, para Segal, Jones estaria dizendo que quando um desejo, devido ao conflito, tem que ser abandonado e reprimido, ele pode se expressar de modo simbólico, e o objeto do desejo que teve de ser abandonado pode ser substituído por um símbolo.

SEGAL (1993), ampliou em muito o estudo sobre o Simbolismo, criando o conceito de ‘equação simbólica’ (no qual “o símbolo está tão equacionado ao objeto simbólico que os dois são sentidos como sendo idênticos”, p.49), diferenciando-o do conceito de ‘representação simbólica’ (no qual “o símbolo representa o objeto” sem estar equacionado a ele, p.49), e em seu trabalho mais recente - “Psicanálise, Literatura e Guerra” (1988) - ela acrescenta (p.44):

“A ascendência do princípio da realidade não significa que a fantasia foi abandonada. Ela permanece no inconsciente, e se exprime simbolicamente. Mesmo nossos desejos mais primitivos encontram formas simbólicas de expressão”[...]“A falha no processo simbólico está ligada à falha da função de continência do objeto”.

A respeito do início do processo de simbolização, KLEIN (1982/1981), tem uma teoria própria e amplamente aceita pela psicanálise. É a teoria das Posições: ‘Posição Esquizo-Paranóide’ e ‘Posição Depressiva’. É um conceito estrutural, uma forma de compreender o funcionamento mental, um conjunto de mecanismos mentais que levam a lidar com determinadas ansiedades.

Klein, identificou a evolução de uma posição a outra, como sendo algo dinâmico que permite retro-posicionamentos. A Posição Esquizo-Paranóide é coincidente com o início do funcionamento mental. As características principais das primeiras relações

de objeto do bebê são as seguintes: o objeto é visto como sendo cindido num objeto idealmente bom e noutra totalmente mau. O objetivo do ego seria a união total com o objeto ideal e a aniquilação total do objeto mau. O pensamento onipotente predomina e o sentido de realidade é intermitente e precário. Um mecanismo de defesa preponderante nesta fase é a ‘Identificação Projetiva’, além da negação, da onipotência e do triunfo maníaco, no qual o sujeito, em fantasia, projeta grandes partes de si mesmo para dentro do objeto, que fica identificado com as partes do self que sente que ele contém. Estamos falando da Posição Esquizo-Paranoíde. Estas primeiras projeções e identificações constituem o início do processo de formação de símbolos.

Quando se introduz as relações objetais, nas quais o objeto é admitido como não-eu, se está em direção à Posição Depressiva. E quando esta é alcançada, a principal característica da relação de objeto é que este é sentido como um objeto inteiro, e não parcial, não bom ou mau, mas bom e mau. Há uma melhor percepção da diferenciação e separação entre o ego e o objeto. Há um crescente sentido de realidade. O mundo interno torna-se diferenciado do mundo externo. O pensamento onipotente, característico da posição anterior, dá lugar a um pensamento mais realista. Esta situação seria um estímulo poderoso para a criação de símbolos.

Estas observações de Melanie Klein iniciaram o estudo da simbolização como um processo criativo e evolutivo, e ainda, mostraram que anormalidades na capacidade de formar símbolos podem impedir o desenvolvimento do ego.

BENTO (1993, p.377), em um belo estudo associando as toxicomanias às paixões, nos diz:

“Pode-se observar que a intoxicação possui a função de anestesiar a dor da falta de um corpo. Além disso, vê-se que não existe diferenciação entre o ego e o objeto. Quando não existe falta, o ego não pode simbolizar seu ideal. Ele permanece fusionado a seu objeto, o qual ocupa o lugar do ideal do ego”.

SEGAL (1993, p.55), nos aponta:

“A formação de símbolos governa a capacidade de comunicação, já que toda comunicação é feita por meio de símbolos”[...]“Os símbolos são necessários não apenas para a comunicação com o mundo

externo, mas também na comunicação interior”[...]“A capacidade de simbolizar e desta forma diminuir a ansiedade e resolver o conflito, é usada para lidar com os conflitos anteriores não resolvidos, simbolizando-os”.

CAPER (1997, p.906), concluindo suas observações a respeito das idéias de Klein, resume que “a capacidade de pensar simbolicamente é consequência da aceitação da própria posição na família junto aos pais”.

STEINER (1997) revisitando a situação edípica (melhor caracterizada em ítem posterior), afirma que é sempre traumática, com dor e sentimento de injustiça, a introdução do terceiro objeto na díade bipessoal, com tendência a provocar vingança, pois abala a convicção de relação exclusiva entre mãe e criança, que tão freqüentemente forma a base de uma relação de objeto narcísica anterior. E acrescenta que, falhas ambientais e intrusões traumáticas, por parte de adultos perturbados, desempenham um papel crucial, determinando a extensão do trauma. Conhecer a realidade psíquica da relação entre os pais, significa um golpe à onipotência. O sentimento de injustiça torna-se mais doloroso se ocorrer após um período de sedução por parte do objeto primário. Quando a vingança é sentida como inaceitável transforma-se em mágoa e forma o núcleo de um “refúgio psíquico”. Quando o paciente consegue emergir desse refúgio onde impera a irrealidade, toma contato com a realidade psíquica, incluindo a dependência mútua, mas não igual. A partir daí, pode surgir o perdão e permitir a saída do refúgio psíquico para encarar a realidade do relacionamento.

Agora, utilizando o conceito de “Continente Flácido” de ADAMO (1997), penso contribuir para a visão e estabelecimento de uma noção dinâmica à formação do drogadicto, que reúne os conceitos anteriores de simbolização e conflito edípico.

Inicialmente, é preciso definir outros conceitos de BION (1988, p.127), os de “Continente” e “Contido”. Este autor, define um modelo de relação, onde ‘Continente’ seria o local para dentro do qual o objeto foi projetado, e a este objeto que pode ser projetado para dentro denominou-se ‘Contido’. Bion, estipula que à medida que há maior ou menor continência do Continente haveria maior ou menor possibilidade da evolução das experiências sensoriais às simbolizações. As funções de conter engendram tanto uma qualidade de abrigo (sensação de estar seguro), como uma sensação de coerência interna,

promovendo a constituição de um mundo interno com limites, no qual o sentido pode ser encontrado.

O “Continente Flácido”, segundo ADAMO (1997, p.963), seria:

“um continente sob o domínio de forças que se movem em direção à aniquilação da verdade, do tempo, do espaço, do significado e da existência”[...] (Haveria) “inércia, falta de firmeza para segurar o que existe, falta de compromisso com o que existe”[...]“tudo o que ali se alojar deixará de existir.”

Assim como a mãe inicialmente deveria representar para o bebê um continente (rêverie, segundo Bion), capaz de acolhê-lo em suas necessidades; ao pai é dada a função de ser um continente àquela dupla. Quando estas **funções**, materna e paterna, não são exercidas a contento, todo o processo de simbolização fica comprometido.

O casal ADAMO, op.cit., p.965, nos diz:

“A ausência de vigor, firmeza e elasticidade do continente esvazia de significado (símbolo) o contido”[...]“Uma vez esvaziado de significado, o contido desvitalizado não é capaz de despertar vigor e interesse no continente. Instaure-se assim, uma espécie de círculo vicioso, tendo como produto final, gradual e progressivo comprometimento da realização emocional, do sentido e do significado do que se vive”.

Em minhas observações clínicas, especialmente no trabalho com drogadictos, constatei a presença quase constante da figura de um pai frágil na família que me procurava para que eu cuidasse de seu filho. Esta constatação se dava em geral pelo relato desse filho e por outros membros de sua família, que não o pai, mesmo porque comumente esse fazia-se ausente, isto quando ainda era membro que convivia sob o mesmo teto com sua família.

Com esta realidade, a capacidade de simbolizar fica muito comprometida, e o que resta é a concretude - forma primitiva de nossa mente, contrária à simbolização, caracterizada pelo pensamento mágico-onipotente - como forma possível de se confrontar os conflitos, que naturalmente surgem ao longo da vida e que exigem de nós a utilização de recursos, internos e externos, para uma melhor adaptação.

A falta desses recursos internos, ‘o pai’, ou melhor, a ‘**função paterna**’, não introjetada, dificulta a aceitação de limites e a aceitação da realidade. **O pensamento mágico-onipotente, recurso natural dos bebês para lidarem com sua fragilidade, anterior à simbolização, é utilizado excessivamente, e o uso de drogas seria a forma plástica de se constatar este estado mental.**

Anteriormente, elaborei uma descrição bibliográfica sobre a drogadicção, distinguindo o contexto no qual esse fenômeno se insere e como a psicanálise o pensa, especialmente sob o vértice de ser esta, a drogadicção, uma vicissitude da incapacidade de simbolizar. Agora descreverei alguns achados na literatura que ilustram minhas observações à respeito da figura paterna frágil (ausente ou não), associando-os à gênese da drogadicção.

4.7-O PAI E A FUNÇÃO PATERNA

4.7.1-CONSIDERAÇÕES INICIAIS - Conceitos e Especulações

O que é um pai? Qual a diferença entre pai e paternidade? Que condições são necessárias para se definir a paternidade? Quais as funções do pai? O que é função paterna? Estas seriam questões amplas se nos dispuséssemos a observar como as diversas Culturas as experimentam, se, a partir do conceito de representações sociais, observássemos como se comportam os diferentes povos em suas diversidades de mitos e evolução, tanto social, como étnica.

De maneira a delimitar os conceitos que estamos trabalhando, vamos definir o termo Pai e os termos afins a ele. Segundo o dicionário de BUARQUE DE HOLANDA, Pai é 1. Homem que deu ser a outro; homem que tem um ou mais filhos; genitor, progenitor. 2. P. ext. Aquele que exerce as funções de pai.

RECAMIER (1969) apud PARSEVAL (1986, p.12), propôs o vocábulo “paternidade”, designando os processos psicoafetivos que surgem no período de tornar-se pai. Algumas outras considerações dos estudos de Parseval a respeito da paternidade são: Os anglo-saxões empregam o verbo “to father”, para aplicá-lo a todos os tipos de paternidade. A língua alemã também distingue o “ser pai” do “estado de pai”. Para os

kotokoli do Togo, existe o verbo “loro”, que significa “fazer nascer”, que se aplica tanto à mãe quanto ao pai.

E, em minha experiência pessoal,¹ também na cultura árabe há uma questão profunda de identidade associada ao nome do pai.

Mas foi FREUD (1913), em “Totem e Tabu”, quem estudou com profundidade, e é a principal referência nesse trabalho, quando se procura estabelecer a relação entre a antropologia e a psicanálise, sobre a versão paterna. O autor fez um levantamento, em estudos antropológicos, sobre como os povos primitivos iniciaram um esboço da figura paterna que, se hoje é coloquial, iniciou-se de forma drástica. Ele define a cultura totêmica como precursora da civilização como hoje a conhecemos, tornando-a representante de uma fase de transição entre a era dos homens primitivos e a era dos ‘heróis e deuses’.

Citando deduções de Darwin quando estudava os símios superiores, nos mostra que “também o homem vivia originalmente em grupos ou hordas relativamente pequenos, dentro dos quais o ciúme do macho mais velho e mais forte impedia a promiscuidade sexual” (p.152), gerando entre suas principais conseqüências a exogamia. E FREUD (1913, p.170) acrescenta:

“Certo dia, os irmãos que tinham sido expulsos retornaram juntos, mataram e devoraram o pai, colocando assim um fim à horda patriarcal. Unidos, tiveram coragem de fazê-lo e foram bem sucedidos no que lhes teria sido impossível fazer individualmente”[...]“Selvagens canibais como eram, não é preciso dizer que não apenas matavam, mas também devoravam a sua vítima. O violento pai primevo fora sem dúvida o temido e invejado modelo de cada um do grupo de irmãos: e, pelo ato de devorá-lo, realizavam a identificação com ele, cada um deles adquirindo uma parte de sua força. A refeição totêmica, que é talvez o mais antigo festival da humanidade, seria assim uma repetição e uma comemoração desse ato memorável e criminoso que foi o começo de tantas coisas: da organização social, das restrições morais e da religião”.

¹ Observei que um hábito comum, entre alguns povos árabes, ao considerarem seus filhos, sobretudo o filho mais velho, e em especial o filho-homem, é identificar a mãe através do nome deste filho, de forma que ela será chamada coloquialmente não apenas pelo seu nome, mas como “mãe de...”. Também é costume que os filhos recebam o primeiro nome do pai, o pré-nome, em seu sobrenome.

De acordo com FRAZER (1910) apud FREUD (1913, p.158), constituindo toda a essência do totemismo: “O totemismo é a identificação de um homem com o seu totem”. Partindo desse pressuposto, e das observações da psicanálise, FREUD (1913, p.169) associa o totem ao pai (“A psicanálise revelou que o animal totêmico é, na realidade, um substituto do pai”), e conclui:

“Se o animal totêmico é o pai, então as duas principais ordenanças do totemismo, as duas proibições de tabu que constituem seu âmago - não matar o totem e não ter relações sexuais, como os dois crimes de Édipo, que matou o pai e casou com a mãe”[...]“nos permitirá provar que o sistema totêmico”[...]“é um produto das condições em jogo no Complexo de Édipo”.

SMITH (1894) apud FREUD (1913, p.163), referendando isto, diz:

“Não pode haver a mais leve dúvida de que a matança de uma vítima (o totem) se achava originalmente entre os atos que são ilegais para um indivíduo e só podem ser justificados quando todo o clã partilha a responsabilidade do ato”.

Posteriormente, FREUD (1913, p.171), fundamenta a noção de culpa originada do desejo ambivalente de, ao mesmo tempo que se investe contra a morte do totem (pai), também há a admiração por ele, e conclui: “O pai morto tornou-se mais forte que o fora vivo”.

Da luta interna entre os irmãos para se apossarem das mulheres do pai, surgiu a instituição da lei do incesto.

Mais adiante, Freud estuda o surgimento das religiões, como hoje as conhecemos, a partir destas premissas do totemismo, onde mostra que Cristo representa o filho que sozinho investe contra o pai, pagando unicamente ele com a mesma moeda, a morte.

E terminando as observações a respeito das riquíssimas associações feitas neste texto freudiano, podemos dizer, com FREUD (1913, p.185-186):

“Os começos da religião, da moral, da sociedade e da arte convergem para o Complexo de Édipo”[...]“Parece-me ser uma descoberta muito surpreendente que também os problemas da psicologia social se mostrem solúveis com base num único ponto concreto: a relação do homem com o pai”.

4.7.2-O COMPLEXO DE ÉDIPO - Algumas Considerações Relevantes

A concepção estrutural de FREUD (1924,1923,1905) sobre os desígnios da sexualidade infantil, que tem conseqüentes correlações na vida adulta, remonta à famosa tragédia de SÓFLOCLES (1989), “Rei Édipo”, que, seguindo seu destino, e de forma impulsiva, vê-se frente a uma situação na qual deve matar seu pai e desposar sua mãe. Os meandros explicativos sobre a forma como isto se dá fazem pensar que Édipo era inocente no que fazia, e o que Freud acrescenta, é que, no nosso mundo inconsciente, esta condição se dá como algo desejado: o homem deseja matar seu pai e ocupar seu lugar junto à sua mãe.

Conforme COSTA (1995, p.617), o estudo do Complexo de Édipo, coloca a questão do pai real na teoria psicanalítica.

Em nossa tese, inúmeras vezes vamos citar esta situação edípica, principalmente correlacionando-a com a postura anti-edípica da família na qual se insere o drogadicto, ou seja, demonstrando como a figura do pai ‘ausente’, impede o processo de simbolização desta luta, dando a ela um desfecho trágico à semelhança da tragédia de Sófocles. Torna seu desfecho favorável aos desejos do filho, que sem poder simbolizar, atua esses desejos. E no dizer de COSTA, op.cit, p.617: “Concomitante a uma ‘universal constelação edípica’, subsiste no indivíduo uma ‘universal constelação anti-edípica’, defensiva, que é habitualmente negada”.

Estes aspectos citados têm valor se forem compreendidos a nível das fantasias, mas são facilmente observados na prática diária com estes pacientes, bem como em outros que não tiveram boa elaboração de seu complexo edipiano. Também, é necessário lembrar que na falta do pai, ou melhor, de quem exerça a função paterna (falaremos adiante sobre a ‘função paterna’), a possibilidade de fantasiar é quem vem explicar-nos a ansiedade que surge por acreditar-se que esta ausência é de fato decorrente de seus desejos. A elaboração desta ausência é um processo necessário a não realização desse ato, e esta somente é possível com a capacidade de simbolizar instalada.

Outro fator importantíssimo, decorrente do que descrevemos, é a necessária constituição do Superego (como veremos adiante) a partir da dissolução do complexo de Édipo. Essa instância mental é fundamental à restrição de nossos impulsos instintuais

(como visto no Édipo), e à boa convivência familiar e social. De outro modo, se instalaria uma primitiva luta entre os homens contra seus pais e contra seus próprios irmãos, conforme descrito no item anterior. Apesar que, essa luta, em uma capacidade simbólica adequada, se dá a nível fantasioso e deve ser assim, para que haja uma continuidade da vida.

A não consideração das advertências quanto à sexualidade que começa a adquirir o caráter triádico a partir da vivência edipiana, leva muitas mães a não reconhecerem, ou melhor, a negarem, a genitalização que se instala em seus filhos. Daí, é comum observar nesses pacientes o relato de que dividiram a cama com suas mães até pelo menos a adolescência, como um paciente drogadicto que me dizia: - “não sabia o que fazia quando ficava com o peru duro de manhã pra minha mãe não ver ou pra não me encostar nela”, ou outro que disse: - “eu tenho mais vergonha quando minha mulher me vê pelado que quando a minha mãe me vê, com minha mãe eu já estou acostumado”.

BRENNER (1987, p.121), acrescenta: “O desejo de dar bebês à mãe, como fez o pai, é um dos desejos edipianos mais importantes”. Isto corrobora uma hipótese minha, de que alguns desses pacientes não conseguem abstrair seu desejo de ‘nascer’, do ponto de vista mental, ocorrendo que freqüentemente têm filhos, pois sua condição física lhes permite isso, mas não cuidam desses filhos, entregando-os aos cuidados das mães, ou às suas próprias mães para que os criem, e o que sucede é que, elas de uma forma ou outra, compactuam com esta atitude com o explicativo: - “se eu não cuidar, quem é que vai cuidar?”. Mas, um caso mais extremo é o de um paciente que, desejando ver a mãe ter filhos e tendo a prática de observar constantemente o relacionamento sexual dos pais entre si e, sabendo que o pai usava preservativos quando destes momentos, relatou que pegou a caixa de preservativos do pai e com uma agulha perfurou todos os preservativos da caixa, de modo que dois meses depois a mãe lhe comunicava que estava grávida. Ele ficou radiante, parecendo dizer que o filho era dele, ou até, seria ele mesmo, pois do contrário, caso sentisse que esperava um irmão, a reação certamente seria diferente.

O menino, renuncia aos impulsos edipianos, quando admite o medo de ser castrado.

“Se a satisfação do amor no campo do complexo de Édipo deve custar à criança o pênis, está fadado a surgir um conflito entre seu interesse narcísico nessa parte de seu corpo e a catexia libidinal de seus objetos parentais. Nesse conflito, triunfa normalmente a primeira dessas forças: o ego da criança volta as costas ao complexo de Édipo.” (FREUD,1924, p.221)

Assim como Freud colocou que, no Complexo de Édipo, quando os instintos sofrem uma recusa, se tornam um motor para o desenvolvimento social e das relações genealógicas, LÉVI -STRAUSS apud PARSEVAL (1986, p.45), também afirma que “As regras do casamento exprimem uma recusa social em admitir a existência exclusiva da família biológica”, e ainda, que “a proibição do incesto” é a lei humana fundamental.

E prenunciando as patologias decorrentes de uma não resolução dos conflitos edípicos, FREUD (1924, p.222) determina: “Se o ego, na realidade, não conseguiu muito mais que uma repressão do complexo (ao contrário de destruí-lo e aboli-lo), este persiste em estado inconsciente no id e manifestará mais tarde seu efeito patogênico”.

Finalmente, para COSTA (1995, p.627):

“O Édipo é o caminho longo e evolutivo da busca da diferenciação e da verdade em consonância com o princípio da realidade. Ao contrário, o caminho do Anti-Édipo opõe-se ao desenvolvimento e tende a restabelecer a indiferenciação e a égide do princípio do prazer, entronizando Narciso no lugar de Édipo”.

4.7.3-PATERNIDADE EM QUESTÃO - O Pai Social e o Pai em Si Mesmo

A respeito da paternidade, ao contrário da maternidade, lança-se dúvidas quanto a sua veracidade. FREUD (1909b, p.245), nos “Romances Familiares” escreve: “Quando finalmente a criança vem a conhecer a diferença entre os papéis desempenhados pelos pais e pelas mães em suas relações sexuais, e compreende que ‘pater semper incertus est’, enquanto a mãe é ‘certíssima’[...]”, organiza-se essa fantasia que a faz imaginar, em um primeiro momento, um pai ilustre, pois ela não pode pôr em dúvida o fato irrevogável da maternidade.

E ainda, FREUD (1909a, p.234), em “O Homem dos Ratos”, lembra (em época em que o homem ainda não havia chegado à Lua), o aforismo de Lichtenberg: “Um astrônomo sabe se a lua é ou não habitada, com quase a mesma certeza com que sabe quem

foi seu pai, contudo não com tanta certeza como sabe quem foi sua mãe”.

Em seu trabalho, “A Parte do Pai”, DELAISI DE PARSEVAL (1986, p.21), nos adverte:

“As representações culturais da paternidade e da maternidade são, como veremos, perfeitamente acientíficas: trata-se de um discurso que se baseia em uma realidade biológica (os atributos fisiologicamente distintos do homem e da mulher), mas a ‘utiliza’ de maneira teleológica”[...] “Pensamos que essa artificialidade, base de toda organização humana, justifica fenômenos que o sistema ideológico tende a apresentar como ainda mais ‘naturais’ do que outros, tal como, por exemplo, a vivência que se supõe exclusivamente feminina da gravidez, do parto ou da amamentação, momentos dos quais o pai estaria, pela sua própria fisiologia, excluído, em nossa sociedade”.

Na cultura ocidental, há uma desvalorização da paternidade, em benefício da maternidade. LÉVI-STRAUSS (1979), apud PARSEVAL (1986, p.32), em um texto muito apropriado, nos fala:

“Evidentemente, os homens nunca dão à luz bebês, mas em inúmeras sociedades devem se comportar como se o fizessem. E há uma grande diferença entre o pai nhambiquara (tribo indígena por ele estudada) que cuida de seu bebê, limpando-o quando ele se suja, e o nobre da Europa ao qual, em uma época não muito remota, se trazia de vez em quando os seus filhos, os quais permaneciam o resto do tempo confinados nos apartamentos das mulheres, até que os meninos tivessem idade para aprender equitação e esgrima.”

BOURDIER (1978) apud PARSEVAL (1986, p.46), textualmente nos diz:

“Todas as condutas humanas significativas, perceptíveis no desenvolvimento individual e nas manifestações da civilização, são o efeito da dupla aspiração contraditória do homem de, por um lado evitar por todos os meios ser pego em flagrante delito de procriação, e, por outro lado, garantir a todo custo uma filiação qualquer. Como se essa dupla ambição, a procriação e a filiação, megalomaniaca em cada um de seus termos, e não obstante, cuja realização seria a única maneira de satisfazê-lo plenamente, o expusesse, pelo encontro do

incesto e o crime, ao horror da castração”[...]”Para evitar esse perigo que acompanha o encontro desejado da procriação e da filiação, o único que funda a paternidade completa, a paternidade natural será minimizada, deformada, clivada, negada, deslocada, evitada, recusada, sublimada por todos os meios”[...]”entre os quais os sistemas de parentesco e a evolução das leis que os refletem.”

DELAISI DE PARSEVAL, op.cit, p.46, resumindo amplos estudos, basicamente de caráter antropológicos, proponentes a responder à pergunta: “O que é um pai?”, enumera que um pai, pode ser toda uma série de pessoas ou personagens:

“O(s) genitor(es), O amante oficial, O protetor da mulher durante a gravidez, Aquele que pratica o resguardo (pré ou pós-natal), Aquele que desempenha um papel no parto ou durante o pós-parto (ainda que seja um papel de evitamento), Aquele que realiza uma cerimônia oficial durante a gravidez ou após o parto, O marido da mãe (principal ou secundário), O(s) irmão(s) da mãe (tios maternos), O(s) irmão(s) do pai (tios paternos), O avô (pai do pai ou da mãe), Um homem da mesma linhagem, Um homem pertencente ao mesmo clã, Aquele que cria a criança, Aquele que dá o seu sobrenome ou que a adota, Aquele que reconhece a criança, legal e ritualmente, Aquele que transmite uma semelhança, Um velho considerado impotente, Um solteiro, Uma mulher estéril, Um homem considerado estéril, Deus.”

De forma, a nosso ver mais integrada, desde que FREUD e BREUER (1893), publicaram os “Estudos sobre a Histeria”, no qual levantavam a ‘teoria da sedução do pai’, tendo a seguir identificado que o pai relatado pela paciente não correspondia ao pai real, e deixado de enfatizar a seguir o valor da figura paterna (para mais tarde retomá-la); a psicanálise contemporânea, pós-freudiana, vem admitindo o pai como fundamental no processo de individuação do filho, colocando-o em situação de igualdade ao lado da mãe, para que haja sucesso nesse processo.

ABERASTURY (1992, p.32), nos diz que a perda do vínculo único com a mãe e a necessidade de um terceiro determinam uma nova primazia de necessidades na vida da criança:

“Já não lhe basta sua mãe para o desenvolvimento, necessita de um pai”[...]“É necessário que ele encontre uma forma de comunicação com o filho, que responda às necessidades de paternidade do garoto, as quais, conquanto pareçam com as da maternidade, têm matizes diferentes”[...]“Mais importante é o papel que desempenha, fortalecendo sua união com a mãe e oferecendo ao filho o casal como fonte de identificação.”

A paternidade tem raiz biológica originada, de acordo com FREUD (1923b, p.45), de uma identificação primária com o pai da pré-história pessoal, que é tomado como modelo ou protótipo. Então, para se compreender a paternidade é necessário considerar os conflitos do pai com seu próprio pai. Estes vão ser determinantes do modo de funcionamento do novo pai junto à sua nova família, pois o homem neste momento, se vê diante da transgressão da proibição edipiana. Não se passa sem dificuldades do estatuto de filho de seu pai ao de pai de seu filho. Inúmeras vicissitudes podem ocorrer e geralmente vêm expressas sob a forma de manifestações psicossomáticas ou de “actings-outs” (sobre estes, falaremos mais adiante).

REICK (1974) apud PARSEVAL (1986, p.75), escreve:

“Existe portanto naquele que por sua vez se torna pai um duplo receio de represálias: por um lado, teme ser punido pelo próprio pai por ter parcialmente realizado desejos proibidos; por outro receia que seu filho alimente em relação a ele os mesmos desejos”.

BENEDEK (1959) apud PARSEVAL (1986, p.75), chama de “Crise da parentalidade” à profunda reestruturação da libido nesta fase de adaptação à nova vida com o filho, na qual o homem revê seus desejos de realização da aspiração edipiana. Há a reativação de angústias pré-genitais de perda de objeto. A revivescência do conflito edipiano reaviva no homem aspectos incestuosos: ter um filho de uma mulher que é uma substituta da mãe.

O surgimento de certos sentimentos, como a inveja, despertados pelo episódio do nascimento de um filho, podem exigir que o homem lance mão de mecanismos de defesa que muitas vezes são objetivados pelos “actings-outs”. REICK, op.cit, p.76, nos diz: “O resguardo representa uma reivindicação do homem à regressão”. Há características

mudanças de comportamento, que podem variar de algo sutil até situações de grande periculosidade.

4.7.4-A FUNÇÃO PATERNA - Introdução do Princípio de Realidade

KATZ e COSTA (1996, p.330), definem como duas as funções básicas do pai:

I - Desempenhar o papel de “agente protetor” para a mulher nos últimos meses de gestação e durante o período de amamentação.

II - Ajudar o filho a separar-se da mãe.

E acrescentam que mãe e filho no início da vida, funcionam como uma “unidade narcísica e indiferenciada regida pelo princípio do prazer”. Caberia ao pai, ao interferir adequadamente nessa relação, “introduzir o princípio de realidade”.

FREUD (1920, p.20), nos coloca a par da necessidade do homem de encontrar recursos para sua sobrevivência e a partir disto introduz a idéia dos princípios do funcionamento mental, dividindo em dois estes princípios. É ele quem afirma:

“Sabemos que o Princípio do Prazer é próprio de um método primário de funcionamento por parte do aparelho mental, mas que do ponto de vista da auto-preservação do organismo entre as dificuldades do mundo externo, ele é, desde o início, ineficaz e até mesmo altamente perigoso. Sob a influência dos instintos de auto-preservação do ego, o princípio de prazer é substituído pelo Princípio de Realidade.”

Há então um adiamento da satisfação, o abandono de uma série de possibilidades de obtê-la e a tolerância temporária do desprazer. A exigência do homem a esta renúncia a obter satisfação imediata dos seus desejos, obedecendo o princípio do prazer (que aqui é entendido como a serviço do ‘Princípio da Inércia’ (p.396), exposto inicialmente por FREUD em seu “Projeto para um Psicologia Científica” (1950[1895]), também exige a evolutiva capacidade do homem de simbolizar suas experiências e assim a possível aquisição da Realidade.

Para tanto, o próprio autor introduz a idéia da divisão didática do aparelho psíquico em três instâncias, a saber: Id, Ego e Superego (FREUD,1923a); sendo que o Ego seria a fronteira que estabeleceria a relação da Realidade interna à externa, a instância

diplomática entre as outras duas instâncias, contando com o auxílio do Superego - “região mental” que representaria a censura às manifestações do Id (instância que buscaria a descarga imediata das energias constantemente acumuladas na mente pelos constantes estímulos que a ela advém).

FREUD (1923a, p.49ss), ao descrever a origem do Superego, trazendo consigo a censura, a lei e a interdição, diz que ele é resultado de uma identificação com o pai. E ainda afirma: “O pai é um elemento importante no desenvolvimento da personalidade do indivíduo, e conseqüentemente no seu ajustamento psicossocial”.

SIMON (1986), destaca a necessidade da criança receber proibições paternas, que reforçariam a proibição do supergego e ajudariam o controle do id e da angústia.

SANTIAGO (1993, p.76), falando a respeito do que seria a realidade no conceito freudiano, nos diz:

“Define-se mais além do vivido do sujeito: ela traz, em seu cerne, o horror da castração”[...]“Assim, a perda da realidade”[...]“não se confunde com o déficit da realidade concebida como pura objetividade, mas representa um produto lógico da recusa da castração pelo sujeito”.

E BITTENCOURT (1993, p.83), acrescenta:

“Aliás, a adição às drogas parece ser um modo de resposta a impasses que renovam e relançam o laço do sujeito à castração, e lhe exigiria um trabalho de simbolização, como por exemplo, um luto, uma separação, bem como o confronto do sujeito com o outro sexo”.

Ainda, sobre a instalação do Princípio de Realidade, LAPLANCHE e PONTALIS (1985, p.471), acrescentam:

“É o princípio regulador do funcionamento psíquico, aparecendo secundariamente como modificação do princípio do prazer”[...]“A sua instauração corresponde a toda uma série de adaptações que o aparelho psíquico tem que sofrer: desenvolvimento das funções conscientes, juízo, memória, substituição da descarga motriz por uma ação tendente a transformação da realidade. A passagem do princípio do prazer para o da realidade não suprime porém o primeiro”[...]“Assim, os princípios do prazer e realidade formam

uma espécie de dupla: enquanto o primeiro decodifica os desejos e necessidades visando satisfazê-las a qualquer custo, o segundo provê as condições da realidade”.

MELTZER (1991), estudando pacientes com transtornos de personalidade, entre os quais se inserem os drogadictos, observou que revelam problemas de identificação, mascarados por uma pseudo-maturidade, caracterizada pela utilização de recursos defensivos que visam evitar o contato com a realidade.

Penso então ter ficado claro esta forma de abordar o funcionamento de nosso aparelho psíquico, mas sempre considerando a explanação como algo dinâmico, que somente é assim apresentado para sua melhor visualização.

4.7.5-O PAI SUFICIENTEMENTE BOM - A Experiência de Castração

Início este item reproduzindo a forma irônica, que contrasta a função materna à necessidade paterna, com que diz AJURIAGUERRA (s.d., p.759):

“Tem-se a impressão de que o pai não tem o direito de amar. De tanto aceitarmos como fato evidente o amor materno, de tanto o idealizarmos, não se insiste suficientemente no amor paterno, amor direto e sem intermediário, dado por mãos que não as da mãe, pois sabemos que as carícias do homem, embora mais rudes, são por vezes gratificantes, e que as mulheres nem sempre têm as unhas curtas.”

WINNICOTT (1975), de forma original, conseguiu chamar a atenção dos psicanalistas para a importância do ambiente como um todo no inter-jogo estabelecido pelo aparelho psíquico com a realidade, fazendo referências ao “ambiente suficientemente bom” para a formação de um aparelho psíquico criativo no ser humano. Mas, principalmente, esse autor constrói uma teoria que pensa um espaço que se situaria entre o espaço interno e o externo, o “espaço potencial” (nem interno, nem externo, e em constante fruição), que seria necessário à transição entre a experiência fusional com a mãe e a realidade. Uma área intermediária “entre o subjetivo e aquilo que é objetivamente percebido”. Neste “espaço”, que pode ser mais inferido que mensurado, o bebê faria uso de um “objeto transicional” (“a primeira possessão original não-eu”, segundo seu autor), que levaria consigo, em parte

como extensão do corpo da mãe e em parte como pertencente ao mundo externo. Isto, até que a tolerância à realidade seja evolutivamente maior e não haja mais necessidade daquele objeto. Podemos pensar o uso de drogas como o uso que o bebê faz do objeto transicional, tendo então uma função específica voltada à separação e à aceitação da realidade. Sobre isso discorreremos mais detalhadamente na ‘Discussão’ desse trabalho. Aqui também pensamos num outro conceito de Winnicott, no qual o autor vem nos auxiliar com a noção de “falso-self”, que seria a patologia que se formou quando da não viabilidade de uma boa “transição”. O self não teve suas partes integradas na relação com o ambiente (mãe, pai e mundo externo) e o que se formou é um falso-self, que seria uma adaptação possível à realidade, e caracterizado pela comunicação a partir dos “actings-outs”.

Em outro trabalho (GADBEM, 1999), desenvolvi a idéia de “Atividades Entorpecedoras”, aquelas que teriam a função de manter o ‘falso-self’, postuladas como sendo as atividades exercidas pelo indivíduo, que poderiam ter um cunho intelectual, anti-social ou ainda estarem sob outras formas (religiosas, filosóficas, científicas, etc.), que teriam o objetivo de diluir a atenção de quem as exerce de sobre a necessidade de ‘transitar’ (no conceito Winnicottiano), promovendo uma estagnação na evolução, na qual aparentemente não se observaria essa estagnação. Associo esta noção à atividade de usar drogas (lícitas ou não), entorpecentes por si só, como atividades sem objetivo aparente, onde o indivíduo se coloca como brincando num carrossel de parque de diversões, onde se sobe e desce, se diverte, mas nunca sai do lugar. Se Faz para não Ser.

A Lei do Pai, desenvolvida por LACAN ao longo de sua obra, afirma que o ‘pai-falo’, representa a linguagem e a Cultura, instaurando a constelação familiar, promovendo o acesso a ordem simbólica, futura organizadora da linguagem. O pai seria o responsável pelo rompimento da relação dual mãe-filho. A ‘experiência de castração’ (no sentido de ‘separação’, conforme as idéias desenvolvidas nos seminários teóricos ministrados por FERNANDO ROCHA (1999) , na Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro), teria no papel do pai exercido adequadamente, a sua condição primordial. LACAN (1975) apud BECKER e VIDAL (1993, p.70) nos diz: “Tudo o que permite escapar desse casamento é evidentemente bem-vindo, daí o êxito da droga, por exemplo; não há nenhuma outra definição da droga que não seja esta; o que permite romper o casamento com o peruzinho.”

BUCHER (s.d., p.18), em artigo que estuda a vontade de transgredir leis e normas nos adolescentes, e falando da necessidade de se aprender e aceitar que a experiência da falta é inevitável, nos diz: “Não se pode viver sem castração, esta é a estampa da humanização e a emancipação é viável somente se submetida ao seu tempero - mais amargo que o leite materno, é verdade, mas criando menos dependências.”

ABELIN (1975), pesquisando a introdução do pai, e dos pais, na vida do filho, e principalmente a qualidade destas relações, nos diz que “para mãe e filho separarem-se adequadamente é imprescindível participação e influência paternas”.

E COSTA (1995, p.618), reafirmando esta idéia:

“Ao exercer o seu papel diretamente, pelos seus próprios direitos, e não mediante a intermediação da mãe, o pai ajudaria o filho a separar-se e individualizar-se da mãe, conferindo ao mesmo um sentido de espaço, tempo e realidade, além de constância de objeto no ego e identidade sexual.”

4.7.6-O PAI DO DROGADICTO, também sua mãe

Fazendo referência aos pais de drogadictos, MASTERSON (1975, p.66) diz: “Os pais, na maioria dos casos são homens passivos, que se deixam dominar e mantêm grande distância com relação às esposas. Cedem completamente suas prerrogativas como pais”.

XAVIER DA SILVEIRA (1988, p.29), também atesta: “Observamos freqüentemente na história desses pacientes uma figura paterna impotente, ausente ou demissionária, acarretando uma imagem patriarcal extremamente fragilizada”.

KALINA (1991, p.24), muito experiente no cuidado de pacientes drogadictos, claramente confirma: “Espontaneamente o pai não tende a assumir a responsabilidade que lhe cabe. É a figura ausente”.

E, MONTERA (1979, p.729), estudando as famílias destes pacientes, faz referência ao pai da seguinte forma: “O poder do pai se esvazia”.

SCHENKER (1993, p.206), num estudo da função paterna no sistema toxicômano, afirma:

“Voltando o olhar para a dinâmica da inter-relação entre o casal parental e os filhos, percebe-se algo singular: a autoridade do pai é desqualificada/rejeitada nestes sistemas, apesar da aparente exigência de todos para que o homem assuma a função de lei, de autoridade”.

A função paterna esta diretamente relacionada à sua validação no sistema familiar, uma vez que a própria noção de função se define como relação entre as variáveis. No contexto no qual se origina o drogadicto, a função do pai ocupa um vazio, mesmo que haja a figura que o represente, e sempre há. Há então um terreno fértil à hipertrofia dos laços que mantém o indivíduo preso à sua fusão com os objetos primários.

Aliás, sobre isto PALATNIK (1993, p.212) nos diz: “O vínculo de dependência fortemente enrijecido que usuário e mãe mantêm e que foi instaurado muito tempo antes da droga aparecer, se arrasta até hoje, quando o filho já adulto é tratado e apresentado por sua mãe como uma criança”.

SPITZ (1991), nos fala da ‘díade’ onde o bebê, auxiliado por sua mãe deveria passar de uma “dependência absoluta” a uma “dependência relativa”, onde entre outras coisas “a espera torna-se possível e a presença constante da mãe não é mais necessária”.

Mas é importante se considerar que a dependência não é unilateral, mas a mãe também adota padrões patológicos de funcionamento e também se torna dependente de seu filho. Há poucos dias, atendendo um filho e sua mãe (que então estava casada com um homem que não era o pai biológico de seu filho, mas que com ele ainda tinha outros quatro filhos), ouvi o seguinte relato: - “Doutor, meu marido expulsou meu filho de casa, e eu disse a ele que se o P. sair, eu vou junto”. Não é preciso acrescentar que esse mesmo filho já tivera inúmeras experiências de ser expulso dos lugares que freqüentava, da escola, do condomínio onde morava, do hospital onde se internou... , e que sua mãe ainda assim o considerava como vítima, e não como protagonista destas vivências.

BIRMAN (1993, p. 62), sintetiza assim esta vinculação:

“O sujeito busca ocupar permanentemente o lugar preferencial no campo do olhar materno, procurando se reproduzir no registro do ego ideal e da onipotência narcísica. A figura materna funciona

freqüentemente como fomentadora deste cenário fantasmático, onde investe na onipotência do sujeito pela proteção e pela sedução. Com isso, o filho ocupa a posição de complemento fálico da mãe”[...]“Nesta cena fantasmática, o sujeito desafia a figura paterna, que é então mortificada e silenciada no seu poder simbólico”.

Daí, a incapacidade de se colocar limites na relação do sujeito com a figura materna “de maneira a permitir os efeitos da castração e possibilitar a reorganização das relações libidinais”.

Assim, o drogadicto se coloca numa condição de profundo desamparo, ou melhor, se coloca com sua mãe, como uma dupla de desamparados, que não têm acesso ao simbólico, que não poderiam se permitir a “diferenciação sexual” (FREUD,1926), necessitando constantemente da proteção da figura do “pai originário” (FREUD,1927), que tudo pode, inclusive oferecer a infinitude. E como diz MOTA MIRANDA (1993, p.94), “Aceitar a morte é aceitar a castração”.

Para Mc DOUGALL (1991), apud GARCIA (1993, p.109), a falta materna, “capaz de acalmar as tempestades afetivas de seu bebê”, daria início a um relacionamento adicto à sua presença. Sem poder exercer a criatividade, essa mãe posteriormente seria solicitada a toda experiência afetiva, cuja ausência seria substituída pelo “objeto adicto”. “Exercendo um controle onipotente sobre esse objeto,[...]o indivíduo não sofrerá mais a decepção e a angústia da espera.”

LACAN (1958a) apud BENTES (1993, p.142), fazendo este elo entre a figura materna e a paterna, e utilizando conceitos de aliança e parentesco de Lévi-Strauss, nos diz:

“O que queremos acentuar é que não é unicamente com a maneira pela qual a mãe aceita a pessoa do pai que devemos nos ocupar, mas do caso que ela dá a sua palavra, digamos diretamente, à sua autoridade, ou seja, do lugar que ela reverva ao ‘Nome do Pai’ na promoção da lei.”

E explicando melhor sobre a produção deste significante que habita nosso imaginário, nos diz LACAN (1985b) apud PENCAK (1993, p.191) : “[...]A atribuição da procriação ao pai não pode ser efeito senão de um puro significante, de um reconhecimento não do pai real, senão daquilo que a religião nos ensinou a invocar como o Nome do Pai.” Postula-se então um significante “cuja presença é suposta para dar conta do que apareceria

no retorno do recalcado, e ele é o significante cuja ausência é suposta para dar conta do desastre imaginário que é o desencadeamento do delírio” (SOLER,1991) apud PENCAK, op.cit., p.191.

Em outras palavras, a admissão deste significante e a forma como é elaborado, pode representar a força necessária para construir nossa estrutura mental. É preciso então, um “significante privilegiado” (conforme o próprio Soler nomeou), o Nome do Pai, para metaforizar o desejo da mãe, ou seja, para introduzir uma dimensão de lei.

QUINET (1990) apud PENCAK, op.cit., p.192, diz: “O indivíduo aparece inicialmente como significado do desejo da mãe. Com o advento da metáfora paterna, o desejo da mãe é barrado, e o resultado dessa operação é a inclusão do Nome do Pai”[...]“testemunha da inscrição da castração”.

A Lei paterna, antes de ser uma proibição, constitui-se numa libertação. É somente a partir dela que o filho poderia se ‘libertar’ da mãe e se orientar para um futuro.

JOEL DOR (1991) unindo a necessária experiência de castração, advinda da noção lacaniana, atribui grande responsabilidade de seu sucesso ao desejo que a mãe nutre pelo pai, acatando as diferenças: “Não é porque a criança sabe que o pai é o pai provido de um pênis que lhe atribuirá necessariamente a detenção do falo”[...]“A criança descobre que o lugar do gozo materno não mais se situa junto a ela”. E, principalmente, conclui que esta aceitação é importantíssima para se construir a experiência de separação. “Este significante do desejo nada mais é senão o suporte indispensável à simbolização da falta”. Sem o pai não seria possível a necessária experiência da falta. A falta do pai impede a capacitação para a vivência da falta.

OLIEVENSTEIN et. al. (1990), apud RAMOS (1998, p.807), consideram que “mais importante que o prazer propiciado pelas drogas, está o sentimento de falta determinado por elas”. O vazio, a falta, deixada pelas mães ausentes (não suficientemente boas, no dizer Winnicottiano), pelas mães que se mantêm ‘fusionadas’ a seus filhos pela falta da interdição paterna; se torna algo crônico. Algo que fica concretizado no uso de drogas, quando este sentimento de falta é então deslocado para a droga, com a vantagem de ser esta acessível e dar a ilusão de que tem o poder de tamponar a experiência da falta, negando-a.

Assim, KHANTZIAN e WILSON (1993) apud RAMOS, op.cit., p.807, entendem que “quando os indivíduos usam drogas, eles alteram as qualidades e quantidades dos sentimentos, substituindo um sofrimento incontrolável por outro controlável”. Há a experiência de ‘gratificação sem o outro’. A falta é saciada a qualquer hora e em qualquer lugar. Como o clássico caso descrito por ROSENFELD (1968), sobre um paciente que preferia sugar seu próprio dedo em vez do seio materno. Ele nos diz: “A paciente ainda bebê sentia fome e precisava da mãe, mas recusava-se a chorar e preteria a mãe e o seio pelos próprios dedos que sugava até adormecer”.

Aqui, estamos utilizando a definição de KATZ e COSTA (1996, p.332), para definir ‘Privação Paterna’, que seria “a ausência, debilidade ou inadequação das funções de pai no processo de desenvolvimento emocional da criança”.

RAMOS, op.cit., p.810/811, fazendo alusão à transgressão presente nos filhos de pais, como descritos por KNIGHT (1937), ‘frios, pouco afetuosos, dominadores com a família, inconsistentemente severos e indulgentes em relação ao filho’, nos diz:

“Como este tipo de pai não facilitaria o trabalho do bebê de sair da relação fusional com a mãe, a transgressão poderia ser entendida como uma contínua convocação deste pai, sentido como fraco e ausente, que não favorece conseqüentemente o surgimento de identificações adequadas e potencializadoras do desenvolvimento egóico”.

*O coto arredondado era cor-de-rosa, como todo coto deve ser.
(Quando se recria a imagem do homem, por que repetir os erros de Deus?)*

*ARUNDHATI ROY
O Deus das Pequenas Coisas*

5-A PESQUISA PROPRIAMENTE DITA

5.1-PRINCÍPIOS TEÓRICOS: Relações Transferenciais e Compulsão à Repetição

A experiência, adquirida na prática assistencial a pacientes usuários de droga, é sobremaneira fundamental, especialmente para que se possa ter uma compreensão clara deste fenômeno. Mais que teórica, a abordagem destes pacientes tem um caráter prático extremamente importante, o que posteriormente pode ser referendado pela teoria.

O discurso do paciente drogadicto difere da sua forma de expressar-se na convivência do dia-a-dia. Esta, é mais significativa em informações sobre seu modo de ser. Daí, pareceu-me tão ou mais importante, estar atento a seus comportamentos, suas manifestações não-verbais, suas ações, suas práticas, sua linguagem corporal, que apenas ater-me ao que expressava em palavras ou respondendo aos questionários que lhes foram feitos. Mas, também em seu discurso verbal, muitas vezes encontramos características próprias, quando esta verbalização se assemelha mais a uma ação que a uma forma de comunicação. A postura do drogadicto revela situações que seu discurso verbal não contém. Então a convivência com ele, aos olhos atentos de um pesquisador, pode ensinar muito sobre seu modo de ser.

Todos nos relacionamos de forma transferencial, quando delegamos ao Outro papéis que inicialmente apenas pertencem ao nosso mundo pessoal. Há uma adjudicação de papéis. Esta é uma condição da esfera do Inconsciente, que fazemos espontaneamente, com objetivos específicos, desde o fato de nos protegermos do desconhecido (quando o Outro com quem nos relacionamos passa a representar, para nós mesmos, algo ou alguém de nosso conhecimento prévio), até o fato de procurarmos através destas vinculações elaborar questões anteriormente mal elaboradas (quando este Outro nos serve de apoio para tal fim). Assim, num exemplo bastante simples, o médico pode representar o pai para determinado sujeito, que pode, através deste novo-velho vínculo elaborar sentimentos que antes estavam inominados. LAPLANCHE e PONTALIS (1985), em seu ‘Vocabulário de Psicanálise’, caracterizam a transferência como “um processo através do qual os desejos inconscientes se atualizam sobre certos objetos, no marco de um tipo de relação estabelecida com eles.”. De posse desta compreensão, podemos estudar o drogadicto na relação que estabelece com a realidade. PICHON-RIVIÈRE (1988, p.162), nos diz que “o processo transferencial permite inferir a existência e as características do estancamento na aprendizagem da realidade,

gênese do estereótipo que se torna manifesto”. Aqui também se aplica a teoria freudiana de ‘compulsão à repetição’, que nos diz que temos uma tendência intrínseca de construir experiências de forma repetitiva, ou para nos aliviarmos da ansiedade gerada pela vivência de experiências novas, ou com o propósito, sempre inconsciente, de elaborarmos ‘pontos cegos’ das primeiras experiências que agora se repetem em novos-velhos relacionamentos. Freud (1914, p.197) nos diz:

“O que nos interessa, acima de tudo, é, naturalmente, a relação desta compulsão à repetição com a transferência e com a resistência. Logo percebemos que a transferência é, ela própria, apenas um fragmento da repetição e que a repetição é uma transferência do passado esquecido[...].O paciente submete-se à compulsão à repetição, que agora substitui o impulso a recordar, não apenas em sua atitude pessoal para com o médico, mas também em cada diferente atividade e relacionamento.”

Esta visão psicanalítica norteia nosso trabalho junto aos drogadicto, sendo que estamos constantemente atentos às suas transferências estabelecidas e aos seus movimentos repetitivos, no intuito da elaboração de experiências frustradas que hoje se revelam sob a sintomatologia da drogadicção.

“A transferência cria, assim, uma região intermediária entre a doença e a vida real, através da qual a transição de uma para a outra é efetuada. A nova condição assumiu todas as características da doença, mas representa uma doença artificial, que é, em todos os pontos, acessível à nossa intervenção.” (FREUD, 1914, p.201)

A simples repetição, sem a necessária elaboração, está a favor da pulsão de morte, representando a morte psíquica do sujeito. Isto se dá, por exemplo na compulsão à drogar-se que estes pacientes têm, repetindo-se em rituais de uso e na sensação que a droga promove, com pouca ou nenhuma elaboração. A internação hospitalar, é aqui entendida como um início de elaboração.

A princípio, a reação diante das atuações destes pacientes é de impacto, quase há uma paralisação pela perplexidade que suas ações provocam. Mas, a perseverança no exercício de pensar, pode modificar este imobilismo provocado por suas atitudes. Então, a partir dos conceitos psicanalíticos de Transferência e de Compulsão à Repetição, passei a

observar esta classe de pacientes procurando delimitar pontos comuns no seu modo de funcionar. Que tipo de relacionamento estabelecem, e com quem, quando pareciam estar se relacionando comigo? O uso de drogas poderia ser visto como uma manifestação da resistência à elaboração de conflitos prévios?

Estes pacientes, valendo-se de mecanismos mentais primitivos, como estudado em bebês¹, podem nos fazer comunicações, podem ‘transferir’ sentimentos a quem está com eles, geralmente sentimentos que não contém em si, como se estivessem procurando comunicar algo, mas não através de palavras. As palavras aqui serviriam principalmente como forma de manipulação da realidade, semelhante a outros movimentos corporais, numa busca de adaptar-se a realidade à pessoa, minimizando os sentimentos de frustração que ocorrem em muitos momentos de contato com a mesma. Podemos entender então a transferência e a compulsão à repetição como formas de comunicação, explicitadas não apenas por palavras, mas principalmente por atos, à espera de quem os decifre para seu próprio autor, de quem os nomeie.

Uma pessoa inexperiente ‘sofre’ muito ao se dispor a cuidar destes pacientes, o que também é outra característica destes, sendo que, de forma paradigmática, se pode dizer, ‘eles sofrem e fazem sofrer’. Um profissional afoito, que age no afã de abordar um número expressivo destes pacientes, ao mesmo tempo, possivelmente amargará experiências dolorosas, que comumente culminam na desistência de se dedicar a necessária atenção a eles. Seria como cuidar de muitos bebês ao mesmo tempo, no sentido de apreender o que estão dizendo quando ainda não podem falar através das palavras.

5.2-INICIANDO OS TRABALHOS COM OS DROGADICTOS: Primeiras descobertas

Há aproximadamente dez anos, obedecendo a uma nova política de assistência ao portador de transtornos mentais, a Clínica Cristália se viu necessitada de reorganizar-se em sua estrutura física e nos seus recursos humanos, e se propôs a elaborar um projeto de atendimento a drogadictos, que então favoreceria a uma das principais demandas do SUS. Logo que este projeto foi elaborado, iniciou-se sua execução, e percebemos que o setor

¹ Cito o trabalho da Dra. Merrell P. Middlemore (1974): “Mãe e Filho na Amamentação”.

hospitalar disponível para alocá-los facilmente ficou repleto de pacientes. A demanda era muito grande. Se houvessem vagas, diariamente poderiam ser internados vários pacientes. Há muito tempo a ‘Central de Vagas’ do SUS, órgão representado pela DIR (Diretoria Regional de Saúde), com sede na cidade de São João da Boa Vista – SP (definida como ‘município-polo’), aguardava uma oportunidade como esta, sendo que naquela época, ficou acordado, com esta DIR, que para ali apenas seriam encaminhados os drogadictos do sexo masculino, visto que até então a própria Clínica Cristália apenas recebia pacientes adultos do sexo masculino. Usuários de drogas do sexo feminino já eram encaminhadas para internarem-se em outro hospital conveniado. Rapidamente então o setor ficou lotado de pacientes, o que em contrapartida exigia uma equipe adaptada para tal abordagem. Mas esta equipe não existia, mesmo porque, tal equipe, muito mais que um agregado de profissionais, tem entre suas principais funções a necessidade de ter entre seus membros uma ‘mesma linguagem’ para dirigir-se ao paciente, o que só pode ser conseguido após algum tempo de convivência, quando se dividem vivências e se homogeneiza o conhecimento, pode-se aprender de forma comum, com os mesmos erros e acertos. As conseqüências imediatas surgiram e por aproximadamente dois anos se sucederam. Muitas ocorrências, por vezes desastrosas, se davam entre os próprios pacientes, entre os pacientes e os técnicos da equipe, e ainda, entre a equipe técnica e a administração hospitalar.

Após algum tempo, começamos a elaborar estas experiências e percebemos inicialmente algo muito importante: estávamos reproduzindo a condição precária, por vezes caótica, que estes pacientes viviam em seus lares antes de serem internados. Pudemos compreender que havia uma repetição no seu comportamento, que parecia ser uma reação à imaturidade da equipe que os assistia. De fato havia muitas ‘fissuras’ entre os membros da equipe, e entre esta e a administração da clínica, o que permitia que comportamentos que basicamente podemos chamar de ‘sem limites’, se sucedessem de forma quase contínua. Portanto, a constatação primordial então observada foi a identificação existente entre o modo de funcionar destes pacientes para com a equipe, e o mesmo modo, ou algo muito semelhante, destes filhos para com seus pais. A imaturidade da equipe refletia a imaturidade paterna/materna.

Uma queixa comumente feita pelos pacientes à equipe era sobre a melhoria da alimentação oferecida pela clínica; praticamente, em todos os grupos operativos realizados, semanalmente se ouvia reclamações de todo tipo sobre a comida que lhes era dada. Na verdade, esta comida era balanceada e supervisionada por um nutricionista e, ao nosso ver, muito bem preparada, diversificada, e oferecida em quatro refeições diárias. Entendíamos que estes pacientes estavam, através destas queixas, cobrando-nos maior atenção e dedicação para com eles. Parecia-nos que por mais que nos ocupássemos de suas reclamações concretas, nunca era suficiente. Pensamos que estávamos vivendo uma exigência a suprir algo subjetivo que lhes faltava, talvez a dedicação que não teriam recebido em suas casas.

Posteriormente, outras constatações foram feitas, mas até então somente isto estava a nosso alcance para ser pensado. Eram através das atuações (acting-outs) destes pacientes que reconhecíamos sua necessidade de limites e dificuldade de coexistir com regras sociais, básicas à convivência comunitária. Eles não conseguiram conviver em suas casas, em suas cidades, em seus trabalhos, em seus colégios, e agora repetiam conosco a experiência de serem rechaçados por quem lhes representava alguma autoridade.

Alguns pacientes ao longo destes anos foram expulsos do hospital, suas atuações atingiram o limite de tolerância da equipe e/ou da administração hospitalar. Mas a maioria destes, apesar de suas freqüentes atuações, especialmente no início de seus tratamentos, eram tolerados e compreendidos em suas demandas, o que modificava substancialmente as perspectivas de vida destas pessoas. Qual o destino de quem foi expulso de uma clínica psiquiátrica? Pensamos que trata-se de algo profundamente humilhante e que poderia tornar reservado o prognóstico para esta pessoa. Quais os critérios para o desligamento de algum paciente do seu tratamento? Uma clínica especializada não teria justamente que arcar com estes casos mais difíceis? Dentro de uma equipe que se propõe a ter uma postura dinâmica frente ao quadro psicopatológico do paciente, estas perguntas são constantemente feitas e respondidas de forma individual segundo o caso clínico abordado, em confronto com o nível de tolerância dos profissionais envolvidos naquele momento, o que é extremamente subjetivo. Mas a princípio adotamos o critério básico de que qualquer situação ocorrida em que a integridade de algum membro da equipe

fosse ameaçada, seria motivo suficiente para a expulsão daquele(s) que estava(m) envolvido(s) no caso.

O fato é que, aproximadamente após dois anos, conservando uma média mensal de 40 pacientes usuários de drogas internados ao mesmo tempo, com uma proposta de tratamento que previa uma internação por um período aproximado de seis meses, a equipe do setor sofreu uma intervenção da administração da clínica, que definiu que os pacientes usuários de drogas advindos do SUS deveriam ser encaminhados a tratamento em outro setor do hospital, onde outra equipe e outras diretrizes norteariam seus tratamentos, que agora deveria ter um período de tempo de internação reduzido a um mês ou pouco mais que isto. No nosso setor, ficariam sob nosso encargo apenas os ‘pacientes particulares’ e conveniados (exceto pacientes-SUS), mesmo que tivessem diagnósticos diferenciados. Tal medida visava diluir as atuações dos pacientes drogadictos, pois estariam situados em grupos menores e sua grande maioria apenas ficaria internada por um pequeno período de tempo. Estava decretada uma certa falência na abordagem que até então era dada àqueles pacientes por aquela equipe exclusiva. Paralelamente a estas mudanças, também o SUS passou por modificações em suas propostas de assistência, quando em nome de uma ‘política de desospitalização’², passaram a interferir diretamente sobre as internações hospitalares que eram feitas. De um lado tiraram do hospital o controle sobre as vagas disponíveis e passaram a gerenciar estas vagas, através da já citada Central de Vagas (que inicialmente não tinha esta função), que diariamente, desde então, se comunicam com o hospital para lhes dizer quem estaria sendo encaminhado à internação. De outro lado, houve uma regionalização da prestação de serviços desta instância pública, ou seja, somente poderiam procurar vagas na Central, pacientes advindos de determinadas regiões próximas ao hospital, o que novamente modificou o perfil do hospital que antes disso atendia uma demanda de pacientes de várias partes do País. Estes pacientes, desde então, somente podem ser atendidos em alas particulares/conveniadas, a um custo atual de

² A ‘Política de Desospitalização’, tomou corpo no Brasil, através do Projeto de Lei n.º 3.657, de 12/09/1989, de autoria do Dep. Paulo Delgado (PT-MG), aprovado na Câmara dos Deputados em 14/12/1990, que ‘Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória’. Após aproximadamente dez anos, de debates e algumas modificações, o Presidente Fernando Henrique Cardoso sancionou a Lei 10.216, de 06/04/2001, que atualmente norteia a internação psiquiátrica no País, sendo que mantém-se o cerne do projeto inicial que visa principalmente a ‘Desospitalização Psiquiátrica’.

aproximadamente o dobro do que o SUS oferece ao hospital por seus serviços prestados, o que não é acessível para grande parte de nossa população.

5.3-PADRÃO DE FUNCIONAMENTO – Categorias

Além da percepção de como se situam na sociedade, a observação destes pacientes nos permitiu delinear um padrão de como funcionam nos relacionamentos que estabelecem, ou seja, eles repetindo-se conosco ao longo de seu tratamento no seu jeito de comportar-se, de comunicar-se, de agir, de expressar sentimentos, mostram características comuns que podem agora ser agrupadas em Categorias.

Isto nos pareceu de grande utilidade para futuras abordagens que poderemos fazer, e fazemos, a estes pacientes e às suas famílias, conquistando sua confiança para que possamos constituir um vínculo que lhes seja terapêutico, lembrando sempre que trata-se de algo dinâmico, que modifica a cada caso na sua forma de apresentar-se, e também requerendo medidas individualizadas.

Algumas situações de ocorrência freqüente puderam ser por mim detectadas nos pacientes ali internados, e em suas famílias, a partir dos questionários anteriormente aplicados e principalmente na observação direta feita ao longo destes anos, na convivência quase que diária com os mesmos. Citarei exemplos advindos do contato mais próximo com alguns dos pacientes ali internados, para ilustrar o que penso em cada uma das categorias apresentadas, destacando o que me foi dito ou apresentado, cuidando para modificar nomes e lugares dos envolvidos. Deixarei para citar no próximo capítulo – ‘Discussão’ – as principais referências bibliográficas que serviram de base para algumas idéias que são, a seguir, por mim expressas, quando espero poder estar integrando-as de forma a confrontá-las com as hipóteses deste trabalho.

Algumas Categorias puderam ser assim definidas:

- 1 – Uso Compulsivo de Drogas, mesmo dentro do hospital;
- 2 – Forma de Comunicação: “Acting Out”;
- 3 – Alienação da Realidade;

- 4 – Comprometimento da Capacidade de Simbolização;
- 5 – Falsa Independência;
- 6 – Idealização dos Vínculos;
- 7 – Facilitação para movimentos agressivos;
- 8 – Alta Frequência de Abandono do Tratamento;
- 9 – Formação de Grupos que se configuram em Gangues;
- 10 – Hábitos Irregulares, em desacordo com as normas vigentes;
- 11 – Negligência às Propostas apresentadas pela equipe de Tratamento;
- 12 – Atividades Sexuais Facilitadas.

Também, observamos uma diversidade na postura dos familiares de nossos pacientes, especialmente na sua forma de organizar-se frente às demandas do paciente e da equipe que o assiste. Mas, em geral, nos vemos frente a um universo caótico que, quando estudado com maior profundidade, se revela desta forma antes mesmo de nosso paciente ter-se iniciado no uso das drogas. É como se nossos pacientes revelassem o lado oculto de suas famílias. Desta forma, outras Categorias puderam ser delineadas, agora em relação aos familiares destes pacientes:

- 1 – Falta de Assistência às necessidades básicas do paciente;
- 2 – Ausência do Tratamento;
- 3 – Inadequação no Exercício da Função Paterna na Formação do Drogadicto;
- 4 – Uso de Drogas entre os Familiares do Paciente;
- 5 – Postura Desesperançosa frente ao Tratamento;
- 6 – Cultura da Droga.

5.3.1-USO COMPULSIVO DE DROGAS, mesmo dentro do hospital

Essa pesquisa foi realizada com consumidores compulsivos de drogas, que têm o hábito de drogar-se com uma frequência diária ou quase diária, mesmo que tragam em suas histórias o relato de períodos de interrupção desse uso; sua queixa principal, quando são internados, é estar atualmente em uso de drogas. A característica de compulsividade é dada pela percepção da disponibilidade que estes pacientes têm de organizar situações que sejam facilitadoras do acesso às drogas e, estas, são utilizadas de forma ritualística,

solitariamente ou em grupos, mas sempre obedecendo a impulsos incontrolláveis que ditam seu uso. Todo o universo daquele indivíduo se organiza em torno desse hábito. Sua visão de mundo se estreita sobre os caminhos que lhe darão acesso às drogas. Mesmo que ele desenvolva outras atividades, estas têm caráter secundário em suas vidas. Essa é a população que procura o recurso da internação. Ivo, um paciente de 36 anos, que usava drogas desde os 15 anos, me descreveu o que entende por hábito compulsivo:

“Era compulsivo porque enquanto o dinheiro não acabava eu não parava de usar”.

Percebemos que, entre os pacientes internados, é alta a frequência do uso de Maconha, mesmo que associado a outras drogas, sendo que este uso não foi considerado pela maioria dos pacientes como o responsável por sua internação. A maconha é considerada uma ‘droga leve’, sem maiores consequências. Muitos pacientes chegam a verbalizar seu interesse em não interromper o uso de maconha. De outro lado, praticamente todos os pacientes faziam uso de Cocaína e seus derivados (especialmente o “Crack”), o que era justificado como a principal causa de se recorrer à internação, para abster-se deste uso. Há uma visão concreta do seu problema, o sujeito envolvido perde outros referenciais por estar profundamente envolvido com o hábito de drogar-se. É como se ele se confundisse com a droga, ela passa a fazer parte de si mesmo, é tratada como uma entidade viva que determina seu destino. Ele diz ao se internar: “Vim aqui por causa da droga”, como se a droga representasse uma parte sua, como se sua orientação para buscá-la não tivesse valor. Temos a impressão de estar internando a droga e não o indivíduo. Uma situação frequentemente relatada por estes pacientes, era a troca de seu documento de identidade, nas ‘bocas de fumo’, pela droga que queria usar, como garantia de que voltariam para pagar a droga adquirida, até que conseguissem dinheiro para pagar por ela.

Otávio nos conta sobre como começou a usar drogas:

“- Comecei a usar droga porque comecei a idolatrar quem usava. Achava que os caras que usavam, ganhavam as meninas mais bonitinhas, eram os caras mais temidos, inclusive tomavam raiva de mim, aí chegava em casa deprimido, passado um tempo comecei a procurar uma forma de usar, e até hoje eles não se misturam comigo, então não é isso, o que adianta eu querer ser uma coisa que não posso?”[...]”Acho que falta vergonha na cara pra mim”[...]”Agora

não posso voltar pra Curvelo, tô devendo R\$110,00 pra um cara, e droga não pago; pago médico, advogado, o pão da padaria, mas droga não, pago coisa que vai me dar futuro.” (Pergunto a ele:) “- Você acredita em futuro então? (E, ele responde:) “- Acredito que mesmo um homem com noventa anos deve continuar crescendo, dentro dos limites dele.”

Percebemos que cada paciente, depois que constata uma certa dependência às drogas, elabora alguma teoria para tentar explicar o que estaria acontecendo. Renê também tem sua teoria sobre seu início no uso de drogas, ele diz:

“Acho que comecei a usar drogas pra me inserir socialmente, eu era obeso, o pessoal mexia comigo, acho que pra ter controle, e também a separação dos meus pais, acho que contribuiu, se bem que não gosto de jogar a culpa em ninguém. Droga é uma porcaria, que só traz problemas, ultimamente nem sentia mais prazer, só nas duas primeiras carreiras, depois vinha coisas ruins na cabeça.”

A faixa etária dos pacientes internados dá-se principalmente entre os 20 e 25 anos, sendo que já estavam em uso de drogas há aproximadamente 5 a 10 anos, em sua maioria. Constatamos também que o uso de drogas para os pacientes que se internam se configura em um uso crônico, e que um longo caminho fora previamente traçado anteriormente a essa internação. O início do uso de drogas deu-se para os nossos pacientes, principalmente na adolescência. Aproximadamente 80% dos pacientes que atendemos relatam que iniciaram-se no uso de drogas antes dos 20 anos de idade. Este é um dado importante para que políticas de prevenção possam ser especialmente direcionadas a essa população. Esta constatação ilustra bem como um “self” ainda em formação sente a necessidade de adicionar algo para parecer estar melhor capacitado para enfrentar a realidade. Além disso, usar drogas tem um caráter de transgressão, que importa muito ao jovem que está em busca de uma identidade e procura meios de se diferenciar, como se ele precisasse ser percebido como alguém que tem uma identidade, com algo que o identifica. De certa forma a droga, seus efeitos conhecidos, o ritual de uso, dão uma certa organização à personalidade frágil do adolescente. Por que alguns experimentadores de droga se transformam em consumidores compulsivos? Algumas pessoas não conseguiram se

desvencilhar deste hábito, e ao contrário, o intensificaram? Esta é uma questão que tentamos esclarecer neste estudo.

Rafael é um usuário compulsivo de drogas, e apesar de sua idade relativamente jovem, ele tem 21 anos, já esteve internado dezenas de vezes (ele conta, o que é confirmado por sua mãe, que tem em sua história 89 internações, com esta), e diz que desta vez esta disposto a tratar-se realmente. Ele nos relata como deu-se, para ele, o início deste hábito:

“Tinha uns prédios construindo em frente à minha casa, e comecei a ir pra lá pra olhar do outro lado as mulheres tomando banho, aí uma descobriu e o marido dela me ameaçou de morte. Minha mãe não quis saber, se mudou dali, e fomos morar num bairro diferente, complicado. Ali eu me enrolei com as pessoas erradas e acabei conhecendo a maconha, com quatorze, quinze anos. Comecei a fumar, comecei a beber, meu pai foi percebendo; um belo dia, a empregada falou pra minha mãe que eu tava usando drogas, ela não acreditou”[...]”Na época da exposição lá em Catanduva, fui pra lá e conheci o crack, conheci com um barraqueiro que tava vendendo maça do amor; meu pai nunca pôs limite pra mim, podia sair quando quisesse, aí que conheci o crack e viciiei, dei umas duas cachimbadas e viciiei. Tudo que eu fazia, ia procurar o crack, não podia ouvir um não que ia atrás do crack”[...]”De lá pra cá já passei em mais de oitenta casas de recuperação, ficava quinze dias, um mês, mas nunca fiquei fora da droga”[...]”Procurava o crack até pra falar que meu pai é culpado de eu tá procurando a droga, jogava sempre a culpa no meu pai.”[...]”Fugi de várias casas de recuperação, ficava nas ruas da cidade que nem conhecia, igual mendigo, até que minha mãe ia me buscar, quando eu tava no fundo do poço, telefonava pra ela”[...]”Comecei a envolver com roubo, pra usar droga, mas sabia que aquilo não era vida pra mim. nesses últimos dias minha mãe falou, não dou conta mais, acho que é preferível você morrer que matar seu pai e sua mãe.”

Freqüentemente a transição, a passagem de uma fase a outra no caminho da maturidade, é feita através de Rituais³, em que há uma certa submissão do candidato à evolução. Isto ocorre quando passamos no vestibular, no casamento, no trabalho, no

³ “Os indivíduos estruturalmente inferiores aspiram à superioridade simbólica estrutural no ritual; os estruturalmente superiores aspiram à ‘communitas’ simbólica e submetem-se a penitências para conquista-la” (TURNER, 1974, p.245).

exército, etc., no que a Antropologia convencionou chamar de “Ritos de Passagem”. Com quem usa drogas também é assim. Há uma ritualização do uso de drogas. Estas, geralmente são oferecidas inicialmente de forma gratuita, e muitos pacientes dizem que apenas por curiosidade a experimentaram. Reparámos aqui um componente importante que é a onipotência própria do adolescente, que transgride seus limites, nega-os, e se lança a práticas sem considerar suas conseqüências. Como nos rituais, o uso da droga obedece a passos que precisam ser dados, que antecedem ao uso propriamente dito e

que parecem importar muito para que se consiga o efeito final da droga em si. A forma de obtê-la, as pessoas envolvidas e o que representam, a forma de utilizá-la, o tipo de droga e a via de ingestão, o caráter solitário ou grupal, são todos fatores que parecem influenciar na adesão a esta prática.

Constatamos também que o uso de drogas se inicia pela Maconha. Percebemos também que há um crescente uso de drogas no que diz respeito às suas características. Geralmente o uso delas, em sua diversidade de efeitos, é associado à busca de sensações específicas: a ‘maconha acalma’ e a ‘cocaína acelera’. Periodicamente, uma droga é eleita para o uso contínuo, mas a droga anteriormente utilizada está sempre à mão, à disposição para uso. O crack mostrou-se em crescente uso nesta população e é conhecido como ‘droga perigosa’, capaz de induzir ao vício nas primeiras vezes em que é usado, especialmente por trazer sensações imediatas e intensas. O preço da droga também tem importância, alia-se o preço à sensação que a droga produz, e no fim das contas o crack tem garantido seu espaço de uso, na medida em que ele se apresenta com alto potencial de produzir sensações a um custo relativamente inferior a outras drogas, de potencial semelhante.

Geralmente a internação do paciente é feita de forma abrupta, ou seja, ele estava sob uso contínuo de drogas, havia um incremento desta prática, o uso tornava-se cada vez mais crescente, quando, por alguma intervenção externa, advinda geralmente de um dos pais, da polícia, de autoridades religiosas, ou ainda, em pequena proporção, por iniciativa própria, há a procura da vaga hospitalar e o posterior encaminhamento do paciente. Assim, aquele indivíduo que estava até há bem pouco tempo fazendo uso abusivo de drogas, se vê imediatamente obrigado a cessá-lo. Muitos pacientes ainda se drogam na manhã do dia em que se internam, ou na véspera. É incomum que alguém que interrompeu o uso de drogas há mais de uma semana procure essa forma de tratamento. Passadas

algumas horas e mesmo alguns dias, o paciente comumente vive o fenômeno da ‘fissura’, ou seja, sente uma compulsão para novamente drogar-se, sente-se compelido a buscar este objeto com o qual conviveu por muito tempo, freqüentemente de forma diária. A interposição hospitalar, com suas regras e limites próprios, é vivida como um objeto estranho com o qual o paciente não contava. Paralelamente a isso, o paciente ainda não desenvolveu recursos para lidar com essa falta. Não sabe o que fazer para aliviar-se da ansiedade que o domina. Freqüentemente, os pacientes relatam no primeiro mês em que estão internados, que têm sonhos onde se vêem fazendo uso de drogas. São relatos angustiados e descritos em detalhes. Na verdade, relatam que até serem internados raramente se lembravam de seus sonhos, mas já internados, começam a sonhar profusamente que estão vivenciando esta prática.

Este fenômeno é variável de acordo com o tipo principal de droga utilizada pelo paciente, da dose que utilizava e ainda do seu nível de maturidade emocional. Alguns pacientes conseguem perceber-se melhor e até controlar-se ante esse desejo compulsivo, mas outros não respeitam o diálogo e somente vêm à sua frente esse desejo. Nada mais lhes importa. Isso também se dá nas ruas, de onde o paciente foi recentemente retirado. Mas ali ele facilmente se arranja, se organiza para conseguir o objeto de seu desejo, quase, podemos dizer, a qualquer custo. Dentro do hospital, isso está dificultado, mas não impossibilitado. Há meios de se trazer drogas para dentro do hospital, e isso não é raro. A droga entra através do próprio paciente que a traz consigo quando se interna, ou através de sua fuga do hospital para encontrá-la. Também pode chegar através de outras pessoas, amigos, traficantes ou até familiares.

Silvio foi flagrado por um auxiliar de enfermagem, trocando um pacote de cigarros comuns por quatro ‘baseados’, após muita conversa ele contou, pedindo sigilo, como sabia que alguns pacientes, inclusive ele, traziam drogas para dentro do hospital, seja na internação ou no retorno de suas licenças:

“Logo antes de internar, a gente pega um pouco de maconha e coloca numa camisinha, dá um nó bem rente e corta, aí, na hora de entrar pro hospital a gente engole aquela trouxinha, não pode comer mais nada, por isso que não almocei hoje, isso pode agüentar até umas quatro horas. Quando a gente fica sozinho, vai no banheiro e toma

um pouco de água quente, aí põe pra fora de novo, aí já era, a droga tá com a gente de novo; a gente aprende isso na cadeia.”

É claro que, diante dessa realidade, a equipe responsável pelo paciente mobiliza-se no sentido de desenvolver meios de coibir essa entrada, no que nos é possível fazer. Faz-se a revista do paciente quando ele interna-se, somente pessoas previamente autorizadas podem visitá-lo em horários específicos, bem como estipulam-se horários para as atividades do paciente quando se espera monitorá-lo durante todo o dia e à noite, conosco. Não se pode ter dinheiro no hospital, bem como portar jóias e objetos de valor. Mas, apesar destes e outros esforços, a droga continua entrando. É difícil, por exemplo, ter que desconfiar da própria mãe do paciente quando esta vem visitá-lo, e já tivemos alguns casos em que era a mãe quem trazia a maconha para o filho. Menos incomum é a esposa ou amásia do paciente trazer-lhe a droga. E a forma mais comum por nós encontrada é o próprio paciente trazer a droga quando vem internar-se. Já prevendo a revista, ele procura ocultá-la do modo que acredita ser mais difícil de a encontrarmos, como descrevemos acima, mas sabemos que até seu próprio ânus serve de esconderijo. Quando a droga pode então ser acessada, já dentro da clínica, o paciente geralmente não a usa de forma solitária. Distribui a companheiros de tratamento que estão próximos a ele, e é através de um destes que vamos saber do ocorrido, quando então podemos descobrir o que se sucedeu.

Robson chegou para internar-se de madrugada; durante o dia anterior, sofrera uma “overdose” e fora levado para um pronto-socorro de sua cidade por amigos com quem se drogava; após ter sido avisado, seu pai dirigiu-se àquele local e decidiu trazê-lo para a clínica. Esperou que ele estivesse sedado, o que demorou algumas horas, para retirá-lo daquele pronto-socorro e dirigir-se à clínica. Naquela madrugada, sedado, a equipe que o recebeu não o revistou, ou melhor, o fez superficialmente. Havia droga com ele, escondida dentro de sua cueca, como ele nos relatou posteriormente. Após alguns dias internado, Robson ofereceu a maconha que trouxera a um colega de internação, que a aceitou e a guardou sob uma placa de um interruptor de seu quarto. Por alguns dias seguidos, todos os colegas de seu quarto usaram daquela droga e somente quando um deles se mostrou ‘drogado’, foi repreendido e encaminhado a outro setor do hospital, quando contou como tivera acesso àquela maconha. Chegamos até Robson, que nos disse:

“Eu estava desesperado, mas foi só maconha, não tinha mais nada, maconha não é droga, eu uso mesmo e vou usar sempre. Eu não queria estar aqui, foi meu pai que aprontou essa presepada pra mim, se quiser me mandar embora eu vou agora mesmo. Eu não sou doente, não preciso estar aqui. Meu pai não tinha o direito de fazer isso. Agora acabou, pode procurar que não tem mais nada, um monte de gente usou e agora acabou”.

A percepção de Robson sobre o que estava acontecendo se mostrou muito comprometida, não havia um juízo crítico adequado à sua realidade. Ele estava vindo de uma situação de quase-morte (“overdose”) e ainda assim não se via necessitado de estar em tratamento. Outros pacientes que então também haviam usado sua droga, talvez um pouco mais conscientes desta necessidade, já se posicionavam de outro modo, ou seja, mostravam-se arrependidos do que haviam feito, mostravam-se culpados por imaginar que haviam ‘estragado’ seu tratamento.

Todo este movimento tem um preço a ser pago, por todos os envolvidos, pacientes, família e equipe. Há um descrédito da expectativa em recuperarem-se. Há muito trabalho para descobrir-se os detalhes dessa situação, o que descaracteriza o trabalho terapêutico a que a equipe se propõe. Mas quem chega trazendo a droga não consegue visualizar a dimensão do que está fazendo, e portanto, tem-se que estar sujeito a isto. O trabalho maior ainda é procurar reduzir as conseqüências emocionais que ficam após eventos como estes. A equipe se vê desacreditada perante os pacientes, a família e perante a administração hospitalar. Estas conseqüências, subdimensionadas, podem destruir um trabalho que está sendo feito, conforme foi citado anteriormente.

Outra forma da droga chegar até o nosso paciente, é através de pacientes de outros setores do hospital, o que dificulta imensamente nossa conduta, por não termos como identificar com relativa facilidade aquela fonte. Como os pacientes dizem: “Eu não sou cagueta”. Aliás, essa rede de informações também obedece a uma certa ética, não se denuncia a origem da droga. Somente um bom vínculo entre pacientes e terapeutas pode assegurar que talvez a melhor postura seria denunciar quem está mantendo o consumo de drogas ali dentro. Em um macro-hospital, como a Clínica Cristália, com muitos pacientes e muitas equipes detendo a responsabilidade por seus pacientes, a comunicação é precária, e até que se alavanquem informações, muito tempo decorreu. A abordagem das equipes a

seus pacientes é muito diferente umas das outras. Pacientes do SUS atualmente não têm o privilégio que pacientes particulares têm de possuir uma equipe multiprofissional que lhes assista a contento. Há apenas o objetivo de desintoxicá-lo e logo dar-lhe alta hospitalar, há muita demanda. Não há uma preocupação de aprofundar-se em seu quadro psicopatológico, o que desassistiu o paciente de suas reais necessidades. Assim, esse paciente, desassistido, vai agir conforme sabe, conforme está habituado. Os pacientes destes diversos setores se encontram em vários locais do hospital e facilmente se reconhecem como usuários de droga, quando se forma a rede de transmissão desta droga.

Douglas estava muito angustiado porque havia trocado por droga o relógio que seu pai lhe dera há alguns dias. Ele diz:

“Eu estava no campo, aí pintou um cara que me ofereceu maconha, eu falei não tenho dinheiro, mas ele falou que o relógio tava bom, eu não aceitei na hora. No domingo tava muito mal, não conseguia falar com ninguém em casa, bateu uma deprê, aí desci até o R2 (um dos setores da clínica) e procurei aquele cara que me deu um pouco de maconha”.

Fui com Douglas até lá reaver seu relógio, e procuramos juntos por alguém que se assemelhava à descrição que ele havia feito do sujeito, mesmo porque ele dizia que não sabia seu nome. Não encontramos ninguém, talvez já tivesse saído de alta, talvez Douglas estivesse mentindo, talvez aquela pessoa estivesse sendo ocultada pelos outros pacientes daquela ala.

Estes pacientes circulam com facilidade pelo hospital, se preocupam com seu corpo físico e se esmeram nos esportes, daí não lhes é difícil se reconhecerem e se debandarem em busca de droga. Geralmente são jovens e sua compleição física lhes permite sacrifícios para obter o que desejam. O limite físico é transposto com certa facilidade. Circulam na surdina, saltam alambrados, caminham longas distâncias para encontrar aquilo que lhes alivia a ansiedade. Num determinado Reveillon, alguns pacientes fugiram do hospital e caminharam até Itapira, cidade localizada a aproximadamente quinze quilômetros de onde se situa a clínica. Estavam profundamente angustiadíssimos e foram em busca de bebida e drogas. Antes do amanhecer retornaram alcoolizados e drogados à clínica. Tentaram explicar o que tinha ocorrido:

“Não tava dando pra agüentar, todo mundo festejando e nós aqui trancados”,[...]“Bateu uma fissura, a gente tinha que aliviar”.

Uma questão a ser pensada é sobre o desmame destes pacientes. Com frequência suas mães relatam uma gravidez tumultuada, seguida de uma amamentação precária, limitada, envolta em sentimentos depressivos. A relação com a amamentação e o conseqüente desmame parece se repetir como um padrão nas posteriores experiências de separação vividas por estes pacientes. Momentos em que precisam se ver separados de seus objetos primários (mãe e pai), parecem-lhes muito angustiantes e insuportáveis. A entrada na escola parece um bom exemplo onde identificamos episódios de muita ansiedade e dificuldade de assumir esta nova condição. A droga parece trazer o mesmo alívio que o peito teria proporcionado anteriormente. Há uma espécie de sedação, quebra do contato com a realidade. E não parece haver diálogo que importe neste momento, que contenha tamanha ansiedade. A ‘fissura’ é algo físico, que precisa ser aliviada por métodos também físicos. Um dos meios por nós utilizados é a medicação. Ansiolíticos se prestam razoavelmente para este alívio, mas nem sempre. Geralmente precisam ser associados a medicamentos mais incisivos, com maior potencial de sedar o paciente. O importante é que através desta autonomia para medicar o paciente, pode-se estabelecer uma relação com ele, o que posteriormente pode ser um facilitador para o diálogo e elaboração de situações primitivas geradoras daquela ansiedade.

Outra questão que importa é a oferta das drogas. Percebemos que diante da demanda a oferta se organiza. Nos perguntamos como pode parecer tão fácil a estes pacientes encontrarem a droga? Comercializarem-na? Localizarem as ‘bocas’ que lhes forneçam as drogas que tanto procuram? Parece haver uma ‘rede invisível’, paralela à vida social, na qual estes indivíduos circulam quase livremente. Deste modo há uma tentativa de se repetir na vida hospitalar a forma de viver anterior a hospitalização. O diferencial é que há uma preocupação terapêutica com aquele paciente. Sobre esta ‘facilidade’ em ter acesso às drogas, Rafael nos diz:

“A coisa mais fácil é usar droga, quando a pessoa quer vai atrás, hoje em dia se eu estiver no meio do mato eu acho droga.”[...]”Só de você olhar o maluco na rua, só de olhar já vou intimando, parece que um conhece o outro, você fala, onde tem um pó pra gente cheirar, chega

lá você pergunta pra outro, até chegar na boca.”[...]”Aquele dia que eu fugi com o Everaldo daqui, fomos pra Lindóia, a cidade tava morta, cheguei num bar e falei, onde tem um pó pra gente cheirar, ele falou, aqui mesmo. Depois fomos pra Itapira, foi uma menina dentro do carro com a gente, ela foi levando a gente, chegamos lá o cara viu a menina, tinha três papérolas de pó, acho que a menina tinha dívida com os caras, eles começaram a esmurrar a menina, falei não tenho nada com isso, só quero três parangas de pedra, aí pequei e saí fora, aí tava fumando lá pra baixo, aí a menina chegou toda roxa e falou, dá um pega pra mim, e continuou andando, aí me contaram que ela morreu uns dias depois”[...] (Perguntei o que ele acha disso que estava descrevendo:) “Acho que podia estar no mesmo lugar dela, tá devendo pra traficante e ele me gelar ali mesmo.”

5.3.2-FORMA DE COMUNICAÇÃO: “Acting-Out”⁴

A comunicação verbal é uma aquisição do desenvolvimento, que depende basicamente da capacidade de simbolização, que também se desenvolve de modo paralelo a verbalização. Poder expressar de forma verbal o que se sente é uma necessidade para nossa sobrevivência social. Quando o desenvolvimento do indivíduo se dá com falhas, este processo de aquisição da linguagem também fica muito comprometido.

Em um curso⁵ destinado à psicopedagogas que ministrei, versando sobre ‘Dificuldades de Aprendizagem’, pudemos colher diversos exemplos que aquelas profissionais detectavam em colégios e salas de aula, sobre as limitações que os alunos apresentavam para aprender, e principalmente relacionamos estas dificuldades a situações que estavam sendo vividas por estes alunos em suas casas. Situações por vezes corriqueiras como o nascimento de um irmão, ou o adoecimento de algum parente mais próximo eram suficientes para que conflitos internos vividos pelo aluno em relação a estes fenômenos, se

⁴ “Termo usado em psicanálise para designar as ações que apresentam, a maior parte das vezes, um caráter impulsivo[...]e que toma muitas vezes uma forma auto ou hetero-agressiva.[...]O acting out tem que ser compreendido na sua conexão com a transferência, e freqüentemente como uma tentativa para a desconhecer radicalmente.” (LAPLANCHE e PONTALIS, 1985, p.27)

[...]A principal diferença entre a atuação e a ação é que a primeira é binária (emoção – ação) e a segunda é ternária (emoção – pensamento – ação). Nesse sentido, não há pensamento na atuação.” (REZENDE, 2000, p.88)

⁵ Pós-Graduação em ‘Psicopedagogia Clínica’, na Universidade Vale do Rio Verde – Três Corações-MG

expressassem na sua dificuldade de concentração e, conseqüente, capacidade de dar significado ao que precisava ser expresso. A falta de comunicação entre pais e filhos abordando os eventos que estavam sendo vividos, foi considerada primordial para que estes filhos reagissem deste modo à sua experiência emocional.

Em relação aos drogadictos, percebemos que, em sua maioria, não conseguem verbalizar seus sentimentos, especialmente quando estes estão diretamente ligados a sentimentos agressivos. Então, o fazem agindo. Utilizam este mecanismo primitivo, que é transferir ao outro que lhes assiste estes sentimentos, quando este outro passa a conter o medo e a raiva que eles se sentem incapazes de sentir. Sua verbalização está comprometida pela própria incapacidade de conversarem consigo mesmos. Quando esta comunicação é dirigida a quem não pode ouvi-los, geralmente é tratada como uma agressão sendo logo reprimida por medidas punitivas ou contensivas. Como se lhes disséssemos “Cala a boca menino!”. E muitas vezes eles se calam, mas os sentimentos que trazem em si continuam a lhes falar alto e a incomodar. E há uma sucessão de tentativas de comunicá-los, através do que sabem fazer muito bem que é provocar no outro tais sentimentos. Invertem o processo, fazendo o outro sentir por eles os sentimentos que não sabem verbalizar. Somos nós quem muitas vezes sentimos medo diante de um usuário de drogas. Nosso entendimento é de que o medo que sentimos é dele mesmo, identificado com o nosso próprio medo, é um medo que ele ‘sente através do outro’. Também fazem uso de expressões próprias, com muitas gírias, mas os principais significados do que sentem são compreendidos somente por quem os conhece profundamente. Suas atitudes falam por si. Precisam ser decodificadas para serem compreendidas. É como se eles não tivessem adquirido a capacidade de perceber-se e colocar em palavras o que pensam. O próprio uso de drogas pode ser entendido como forma de expressão não-verbal de algo que esta a espera de significação.

Atitudes simples vividas no dia-a-dia com estes pacientes podem ser expressão de algo a ser verbalizado. Mas percebemos que, principalmente sentimentos relacionados à seu medo de desorganização e perda do controle diante das exigências da realidade, os apavoram e os fazem reagir atuando, quando precisariam ser compreendidos neste seu pavor, acolhidos e não rechaçados, numa tentativa de aliviar-lhes no contato com aquilo que ainda não lhes foi nomeado. Como se o pavor sentido fosse por algo inominado e que precisa ser nomeado para ser conhecido, quando então o paciente se sentiria aliviado na

ansiedade provocada por tais sentimentos. O medo da dissolução de seu “self”, que já esta em si muito fragilizado, os deixa muito ansiosos e à procura de medidas defensivas. O que vemos então são estas defesas, principalmente seu isolamento pessoal e suas manifestações agressivas.

As famílias destes pacientes sabem muito bem na prática como é lidar com tais manifestações. É algo muito difícil. Como abordar alguém que parece não precisar do outro? Como se aproximar de alguém que se fechou, como em uma concha, e à aproximação se torna agressivo? David é um paciente de 18 anos, que desde sua primeira infância mora com a avó. Os pais se separaram e sua mãe precisando trabalhar o deixou aos cuidados da avó. Nunca mais voltou para sua casa. O pai casou-se novamente e sua mãe também, mas ele continua morando com a avó. Esta, quando nos trouxe David para internar-se relatou-nos:

“Ele já quebrou muitas coisas da minha casa, a ultima delas foi uma porta que ele chutou até quebrar. Outra vez jogou longe a televisão. Mas ele não é sempre assim, quando não tá drogado é um bom menino. E não adianta querer conversar com ele porque ele não ouve. Ele tava indo na igreja e tinha melhorado mas voltou a usar essas coisas e ficou assim de novo”.

Quando tentávamos conversar com David, parecia estarmos diante de uma pedra, tamanha sua frieza e incapacidade de expressar-se. Quando ia à Terapia Ocupacional, fazia desenhos muito primitivos, sem profundidade, utilizando cores primárias. Nas atividades esportivas se saía relativamente bem, jogava futebol, fazia musculação, mas freqüentemente estava contundido ou se envolvia em atritos com outros colegas. David se internou três vezes conosco, mas parece que em nenhuma das vezes permitiu nossa aproximação. Ficava geralmente um mês internado e decidia abandonar o tratamento. Parecia apenas respeitar as opiniões de um tio, irmão de seu pai, mas nem mesmo este conseguia aproximar-se dele o suficiente para que ele se percebesse necessitado de tratar-se.

A família de Jorge vivia com ele uma verdadeira situação de terror. Seu pai, alcoolista, havia falecido quando ele era adolescente. Ele tinha uma irmã já casada, mas morava com sua mãe quando veio internar-se. Tinha 22 anos e já havia se envolvido em situações muito perigosas, paralelas ao seu uso de drogas. Ele traficava e não tinha outro

trabalho. Apesar da pouca idade já estava aposentado, situação que se deu após um acidente de moto, quando ele perdeu os movimentos de uma de suas pernas. Sua preocupação enquanto esteve conosco era como ia conseguir desvencilhar-se de sua internação. Vivia entre nós como um aprisionado, e de fato fora sua mãe quem praticamente o obrigou a internar-se. Ele havia agredido um policial, lançando sobre este o carro que dirigia, e para livrá-lo da prisão sua mãe recorreu à internação alegando ser ele um drogadicto necessitando de tratamento. Em uma das entrevistas que fiz com sua mãe, ela disse chorando:

“Essa semana tem visita lá em casa e estou com muita vergonha, porque o Jorge quebrou a porta do banheiro e não pude ainda colocar outra. Então quando alguém precisa ir no banheiro tem que avisar, pra ninguém mais passar por ali”.

E me pediu insistentemente que o mantivesse internado, alegando que se voltasse para casa ia agredi-la - ela tinha muito medo dele - e certamente voltaria a fazer uso de drogas. Sua irmã também me telefonou dizendo que ele não tinha condições de convivência com sua mãe,

“O Senhor não sabe o que é ter um irmão como o Jorge, ele vai acabar matando minha mãe”.

O uso de tatuagens também pode ser entendido como uma forma de comunicação. É comum observarmos pacientes usuários de drogas trazendo imagens ou símbolos tatuados em seus corpos. Geralmente são figuras chamadas de ‘tribais’, ou animais e seres mitológicos como os dragões, as serpentes, duendes e fadas, ou animais com características muito agressivas como a pantera e o tigre, ou ainda imagens oníricas como o pôr do sol ou aves voando. Perguntados sobre o que lhes representam tais figuras, eles respondem vagamente, como “Eu gosto”, “Fiz porque achei bonita”, “Essa é da hora”. Renê tem na perna a imagem de um Viking com a boca aberta e os dentes a vista à semelhança de um animal raivoso. Diego trazia uma teia de aranha tatuada na confluência de seu braço com seu antebraço direito, de modo que o centro da teia coincidia com o lugar onde ele se picava para injetar-se cocaína. Rogério era um negro, com o corpo atlético, e trazia uma pantera tatuada no seu braço direito. Ele mesmo era chamado por ‘Pantera’ pelos seus colegas. A cor da tatuagem se confluía na sua pele, assim como sua identidade.

Menos criativas são as tatuagens utilizadas como forma de comunicação nas prisões. Isto também se aprende na prática, quando os pacientes que já haviam sido detidos em prisões e penitenciárias nos contam sobre seus significados. Nomes ou imagens de santos, ou simplesmente pequenos pontos trazem significados específicos, que podem indicar por exemplo qual o delito cometido por aquela pessoa. Também já vimos tatuados nomes de pessoas importantes, como a mãe ou a esposa. Nivaldo me dizia:

“Todo mundo na cadeia sabe quando o cara é estuprador, ele está marcado”.

Durante sua internação Vander tatuou o nome de Helena em sua mão e esta fez o mesmo. Questionados sobre isto, disseram que esperavam desta forma não se esquecerem um do outro. Na verdade, fizeram isto não por terem boa noção temporal, noção do amanhã, mas justamente por não existir para eles um amanhã, um depois. Parecia importar apenas o momento, a satisfação imediata. A concretude do nome ali gravado expressa a concretude de sua forma de pensar.

Esse comportamento se assemelha ao de povos de organização social simples, que também marcavam seus corpos, com pinturas e com apetrechos que além das palavras trazia algum significado, e a meu ver é uma forma de expressar seu modo primitivo de funcionamento mental. Como se em alguma instância de sua mente algo não estivesse podendo ser dito e precisasse se expressar desta forma.

O ‘Acting-out’ é uma expressão utilizada para indicar uma ação que é voltada para fora, para o mundo externo. Aqui associamos esta forma de comunicar a uma ação que é lançada para provocar sentimentos no outro, como uma comunicação primitiva e não elaborada, sendo que esta seria feita através das palavras utilizadas para se construir um diálogo. Dizemos muitas vezes que estes pacientes estão atuando quando nos dizem algo. Suas palavras se assemelham a ações. É portanto preciso estar atentos a esta forma de dizer-nos algo para que tal ação possa se transformar em pensamento, em algo subjetivo, nomeado, para que volte ao seu autor sobre uma forma compreensiva e não como uma retaliação. Por ser algo muito novo a ele, diferente de seus hábitos, este processo precisa ser muitas vezes repetido até que venha a lhe fazer sentido e a instituir um novo paradigma em sua forma de comunicar-se.

5.3.3-ALIENAÇÃO DA REALIDADE

Como estávamos vendo, uma das formas de defender-se ante a agressão que a realidade parece representar, é isolar-se de tudo que a representa, mas de forma a alienar-se. Esse comportamento, que é principalmente uma adaptação mental feita pelo indivíduo, não tendo muitas vezes correspondência no seu comportamento social, tem um caráter destrutivo, mesmo que seja utilizado com o objetivo de salvaguardá-lo de algo que lhe parece perigoso. É o feitiço que se volta contra o feiticeiro. Ninguém consegue desenvolver-se alienando-se.

Uma de nossas primeiras constatações é de que somos seres desamparados que precisamos uns dos outros. Quando a realidade não nos provê deste Outro, podemos utilizar nossas forças para modificar esta realidade, mas quando também não possuímos tais recursos, tendemos a negar esta realidade através da alienação.

Esta condição aparece sob diversas formas nas manifestações de nossos pacientes. Eles parecem por exemplo não sentir necessidade de respeitar normas sociais bem como não sentem necessidade de desligarem-se de seus vínculos de dependência. Não crescem nem socialmente nem psiquicamente. Seguem normas próprias, definidas pelos grupos de que participam e que em geral têm o objetivo final de servirem a seus impulsos. Estão voltados não à sua sobrevivência, no sentido de que esta dependeria de outras pessoas, mas à manutenção de seu vício, algo alienante e que os possibilita manter a negação da realidade. Isto pode ser conferido na sua compulsão a drogar-se, nas suas práticas sexuais promíscuas, com conseqüente aumento do número de doenças sexualmente transmissíveis, e no seu pragmatismo muito comprometido.

Otávio, mostrando como as atividades sociais parecem ter menos importância diante de sua compulsão a drogar-se, descreve um episódio rotineiro de sua vida:

“Sempre que saio com uma menina, vou pra um bar, fico com ela, como um sanduíche, fico ouvindo música, rola um motel, depois que deixo a menina em casa, saio pra noite e vou atrás de besteiras, como se eu quisesse prolongar isso.”

O caráter destrutivo de tal condição se expressa na interrupção de seu desenvolvimento e nos constantes ataques que são dirigidos contra qualquer iniciativa de se pensar no que estaria ocorrendo. Estes ataques se dão através de ações diretas como as agressões físicas e o abandono do tratamento, e através de ações indiretas como o ato de mentir ou desvalorizar aquilo que lhe é pensado. Tais posturas ao longo de anos têm conseqüências profundamente deletérias sobre a personalidade do drogadicto.

Nas palavras de Otávio, podemos perceber como sua história de vida está comprometida pelo uso compulsivo de drogas:

“Parece que é uma idéia que formei na adolescência e ficou, eu passava nos vestibulares e entrava na droga pra comemorar, ficava um doido, aí não ia mais nada em frente.”

Dênis é um ex-usuário de drogas que durante seus últimos vinte anos fez uso compulsivo de etílicos e de cocaína principalmente. Após seu tratamento, quando esteve internado por nove meses, ele se observa:

“Eu não me importava se era dia ou noite, eu acordava tarde e saia pra rua, estava sempre arquitetando um modo de conseguir a droga”,[...]“Meus amigos ligavam, a gente se chamava por apelidos, eu era a Jenifer Black, e ai combinávamos de encontrar em algum lugar. Dali a gente saía com alguém pra transar, sempre tinha que estar cheirado. Eu transava com qualquer um que aparecesse. Às vezes nem sabia o nome da pessoa ou nem tinha conversa nenhuma, era só algo físico mesmo”,[...]“Meus amigos, quase todos, morreram de Aids, não sei como eu não peguei”.

Questionado sobre suas atividades laborativas, ele dizia:

“Eu não precisava trabalhar, minha mãe me bancava o tempo todo. Teve um tempo que morei no Rio, aí eu falava pra minha mãe que estava estudando, que precisava de dinheiro pra pagar a escola, pra pagar o aluguel, e ela mandava”,[...]“Depois comecei a trabalhar com gastronomia, meu pai conseguiu com um amigo dele em Salvador um trabalho no hotel deste amigo, e o que eu sei aprendi lá, depois fiz alguns cursinhos ligados a gastronomia, e fui crescendo dentro da empresa”.

Dênis chegou a trabalhar como ‘chef’ de restaurante. Sempre manteve o uso de drogas aliado a uma vida sexual promíscua. Mudou diversas vezes de local de trabalho.

Trabalhou também como instrutor do Senac no ramo de gastronomia e, quando para continuar a exercer esta atividade lhe foi exigido a conclusão do segundo grau, ele forjou um diploma e conseguiu manter-se no seu cargo. Hoje Dênis tem 47 anos, e está tentando concluir o segundo grau.

Após tantos anos investindo em uma postura de alienar-se à realidade, a retomada deste contato é vivida como uma experiência de perda. De um lado a perda do tempo e dos recursos que poderiam ter sido utilizados para outros investimentos mais construtivos, como estudar, de outro a perda da onipotência de quem acreditava ter controle sobre a realidade, manipulando-a como bem entendesse. Trata-se de uma experiência de luto, que deve ter o auxílio de pessoas habilitadas para que consiga ser vivida, com o risco constante do paciente voltar à condição de alienado, pois este é um refúgio tido como certo. Nos relatos de nossos pacientes percebemos que o número de recaídas no uso de drogas são muito freqüentes, após tentativas de interrupção deste hábito.

Muitas vezes nos chama atenção a desenvoltura com que o paciente se relaciona com outras pessoas, mas a olhos mais atentos percebemos que não há vinculação afetiva que sustente aquele relacionamento. Cássio era um advogado, atleta, que estava vinculado a movimentos sociais em sua cidade, pertencente a uma família ilustre, pai médico, e irmãos com cargos políticos. Seu pai morreu quando ele estava iniciando sua adolescência, ele se desenvolveu amparado por sua mãe e irmãos, se formou e começou a exercer sua profissão. Após algum tempo, casou-se e teve um filho. Parecia estar tudo caminhando com regularidade. Ele havia feito uso de drogas na juventude e esporadicamente ainda usava maconha, mesmo depois de casado. Quando do nascimento de seu filho ele retornou ao uso de maconha, agora com freqüência aumentada, além de beber constantemente, logo passou a fazer uso de cocaína e desta pulou para o crack. Por ter uma certa crítica de sua situação, e ainda amparado por seus irmãos, tentou alguns tratamentos ambulatoriais com psicólogos e grupos de auto-ajuda. Não deu. Já bem desacreditado, pediu para ser internado e o foi em nosso serviço. Fez seu tratamento hospitalar e, ao receber alta, foi-lhe recomendado dar continuidade ao tratamento agora sob forma ambulatorial. Desde então, transcorridos cerca de dois anos de sua alta, ele retornou ao uso de drogas, e mantém uma vida sexual muito promíscua. Em um atendimento que lhe fiz após um ano de sua internação, quando lhe

telefonei para saber como estava e o convidei para vir à clínica para conversar comigo, ele me disse:

“Eu perdi tudo, trabalho, mulher, filho, e não consigo deixar de usar o crack, às vezes dou uma maneirada e fico só na maconha, mas depois volta tudo. Pode ser três horas da manhã, eu estou batendo na casa do traficante pra pegar a pedra, é um desespero tão grande”, ...
“Certa vez fui pro Rio visitar meu filho e acabei na Rocinha, subi quando estava anoitecendo e só desci quando o dia clareou, aí não quis mais que meu filho me visse naquele estado e voltei pra casa”.

Sugeri que ele se reinternasse mas ele não aceitou.

Percebemos que há uma perda das aquisições que a sociedade considera como de valor. O seu juízo de valor está perturbado quando confrontado com os valores apregoados na vida social. É comum ouvirmos nossos pacientes dizerem “Maconha não faz mal nenhum”, ou “Maconha faz menos mal que cigarro”. Deste ponto de vista concreto, observando-se a droga em si, talvez essas afirmações possam até ser viáveis, mas se olharmos o indivíduo como um todo, veremos que refugia-se em pré-conceitos para não ser incomodado em sua alienação. Essa condição, de estar alienado, se dá em diferentes graus, até que se atinja o grau de Psicose. Muitas vezes internamos pacientes sob o diagnóstico ‘Transtorno Psicótico decorrente do Uso de Substâncias Psicoativas’, quando vemos muito alterado esse grau de sintonia com a realidade. De certa forma todos nós talvez precisemos de um certo grau de alienação à dureza da realidade, e é quando essa condição se torna muito acentuada, comprometendo nossa vida social, que se recorre à internação hospitalar. Este grau extremo de alienação pôde ser conferido por Otávio:

“[...]até imaginar que o mundo acabou, que desmaterializou o corpo; eu tô há seis horas cheirando e não quero abrir a porta porque acho que não vai ter mais ninguém”[...]”Aparece o raio do sol e acho que é só pra mim”[...]”É só loucura, a nível gigantesco, imagino que os carros estão voando, que tô na lua, de repente não tô mais, aí a pupila dilata e fico com vergonha de sair.”

5.3.4-COMPROMETIMENTO DA CAPACIDADE DE SIMBOLIZAÇÃO

A capacidade de simbolizar algo ou alguém precisa ser desenvolvida com a ajuda do Outro. E é esta capacitação que vai dar o caráter humano a cada um de nós. Para estabelecermos qualquer relação, para desenvolvermos qualquer atividade, é necessário poder simbolizar, lidar com a falta, sentir a presença na falta. Contar com o Outro mesmo quando ele está ausente. E este Outro é de fundamental importância para que se instale esta capacidade. Por exemplo, se agora posso escrever esta dissertação é porque posso simbolizar as experiências que tive, porque posso simbolizar a presença de meu orientador, mesmo quando não estou junto deste e, porque posso simbolizar a dimensão do que estou descrevendo.

Este Outro em minha vida, é uma inferência a partir da constatação de que pelo meu desamparo necessito contar com alguém, além de mim, para me suprir. Isto inicialmente se dá em nível físico, mas aos poucos, pela continuidade de boas experiências de amparo, também se dá em nível emocional, quando percebo que preciso ser também suprido em minhas necessidades psíquicas, constituindo assim uma mente capaz de abstrair a falta, a ausência, uma mente capaz de pensar.

A separação de nossos vínculos primários é de fundamental importância para que comece a se desenvolver esta capacidade, e esta separação se dá pela interdição de alguém que exerça o que chamamos de função paterna. Esta separação inicialmente é biológica, ao nascermos, mas ela se dará durante toda nossa vida a nível psíquico. Nascemos em data e hora marcados, mas continuamos a poder nascer psiquicamente todos os dias. E para tanto, precisamos da intervenção de alguém que nos coloque em contato com a realidade, tanto social quanto familiar. Roberto me conta:

“Meu pai era quem me levava pra escola, eu ia chorando, mas ele me fazia trocar a roupa, me colocava no carro e me levava. Às vezes ele me deixava chorando mas me deixava assim mesmo”.

Mais tarde, após ter concluído o segundo grau e um curso profissionalizante, ele conta que pediu ao pai que lhe custeasse os estudos em uma universidade. Já terminado o curso, ao iniciar-se na profissão, sentiu-se muito deprimido e abandonou o emprego que

havia conseguido, e me procurou pedindo ajuda. Após algum tempo de tratamento, ainda sem voltar ao trabalho, ele me diz:

“Eu estou começando a querer te evitar, a deixar de vir aqui. Está acontecendo a mesma coisa que acontecia quando eu chegava perto do meu pai, ou do meu patrão”.

Como se ele estivesse me pedindo que exercesse funções semelhantes às que seu pai lhe exercia, como se ele quisesse que eu o pegasse pelas mãos e o levasse ao trabalho. Mesmo com 38 anos ainda estava precisando separar-se de seus vínculos primários e arcar com sua vida.

Sem essa vivência emocional de separação, ou procurando constantemente evitá-la, continuaríamos a viver sob a égide do ‘Princípio do Prazer’, o que não é condizente com a realidade, sendo este apenas um modelo teórico. Este Princípio, é uma inferência a uma experiência adquirida antes de nosso nascimento, quando o Outro ainda não existia como entidade além de nós, e com o qual temos que conviver e ainda mais, sob regras, para que esta convivência seja possível. O Princípio do Prazer seria uma ‘lembrança’, uma ‘porta dos fundos’, pela qual escaparíamos quando nos víssemos sem outra saída perante às frustrações da realidade. Esta, muitas vezes nos frustra e somente podemos contar com nossa capacidade de abstração para intuir soluções para lidar com estas frustrações. De outra forma nossas ações seriam voltadas apenas para a busca da satisfação de nossos desejos. Como se somente importasse o prazer. Aqui se enquadra bem a atitude adicta, uma necessidade compulsiva de se adicionar algo a nós mesmos para que nos sentíssemos menos incompletos. Viveríamos sob uma linguagem sígnica e não simbólica.

Manoel conta como lidava com suas frustrações, tendo as drogas constantemente às mãos:

“Eu fumava maconha e ia procurar serviço, não achava, ia pra favela e pegava uns papélotes de cocaína, ia pra casa, cheirava, esperava passar a ‘chapação’, ia tomar banho e comer alguma coisa e voltava, ia pra noitada.”

Esta adicção não está apenas relacionada ao uso de drogas, mas pode ser estendida à diversas outras modalidades, como aos alimentos, aos medicamentos, às religiões, às organizações, ao trabalho, ao álcool, ao tabaco, e até a outras pessoas. Caso o

paciente tenha apenas sua adicção às drogas abordada em seu tratamento, pode vir a desenvolver outras adicções substitutivas. O que importaria é apenas o alívio à sua ansiedade, que cresce cada vez que se vê com limites, frustrado perante a realidade, e sem poder lidar de forma mais construtiva com seus sentimentos.

Tábata foi uma paciente muito obesa que tivemos, e que nos chegou por também fazer uso compulsivo de maconha. Ela tem hoje 23 anos. Veio se internar porque tinha uma convivência desastrosa com sua família. Já havia abandonado o lar diversas vezes e sempre retornava por também não ter condições de sobrevivência fora dali. Nunca terminou um tratamento, ora estava se tratando em nossa clínica, ora estava em um spa para emagrecimento, e ora estava com algum psicoterapeuta em seu consultório. Às vezes, Tábata me telefona e se eu permitir, pode ficar horas ao telefone, pois tem uma ansiedade talvez maior que seu próprio tamanho. Da mesma forma, ela telefona para diversas pessoas, pacientes, ex-pacientes e funcionários da clínica. Está atualmente morando sozinha em São Paulo, sua mãe alega que ela foi a causa da separação de seu marido. Esta mãe refugiou-se em uma cidade de Alagoas, e vive sob uso de anti-depressivos e ansiolíticos. Tábata não tem o número de seu telefone. Seu pai mora bem longe dali e também não atende mais Tábata pelo telefone, nem pra dizer alô. Mandam-lhe dinheiro para sua sobrevivência, mas não querem mais estar junto dela. Na verdade, este pai é o padrasto de Tábata, porque seu pai biológico suicidou. Estas situações são queixas constantes nas suas falas, e o que percebo é o quanto ela se sente apenas vítima de uma situação, como se não pudesse abstrair-se como protagonista da mesma. Recentemente ela me telefonou:

“Eu queria que o Sr. falasse com a minha mãe pra ela deixar eu fazer terapia”.

De todas as suas falas somente guardei esta, o que me faz pensar no quanto de seu discurso é vazio, de pouco sentido. Como se ela não conseguisse simbolizar suas necessidades, dizer realmente o que precisa. Pedir pelo que precisa. Nem mesmo o fazer terapia parecia fazer sentido a ela. Como se não houvesse uma boa experiência de separação que a possibilitasse perceber-se e falar sobre si de modo compreensível. Aliás, esta pouca experiência de separação estava evidente até mesmo na ausência de contato concreta dela para com sua mãe.

Essa limitação para simbolizar dá ao drogadicto certa semelhança com pacientes portadores de deficiência intelectual, quando também não se desenvolveram neste recurso. Daí seu discurso é pobre, intelectualmente pobre, ou esta intelectualização se mostra artificial, destituída de naturalidade. Isto os torna dependentes de pessoas que lhes orientem no que dizer e no que fazer, o que é em si muito perigoso, pois podem se associar a certas pessoas que percebendo esta sua limitação os exploram para conseguirem o que desejam, o que em geral esta diretamente ligado a situações criminosas. Desta forma percebemos mais uma vez sua necessidade de adicionar-se a algo ou alguém para se sentirem menos fragilizados, por esta incapacidade de simbolizar.

Samir, usuário contumaz de cocaína, numa de suas internações conosco, relatou o seguinte:

“Sabe aquela menina que eu namorava, ela me deu o maior golpe. Coloquei todo o dinheiro que eu tinha no nome dela e ela sumiu. No dia que ela falou que não queria mais nada comigo eu bati nela e agora ela esta movendo um processo contra mim, e diz que esse dinheiro é pra pagar pelo que eu fiz”.

A dificuldade para simbolizar que este paciente apresentava era impressionante. Filho de uma mãe argelina, muito dependente dos filhos, e tendo outras irmãs, se viu como o dono da casa quando seu pai os abandonou para ir viver com outra família. Passou a fazer uso de drogas de forma voraz chegando a psicotisar, quando então foi internado. Não conseguia perceber-se em suas necessidades, trabalhou por pouco tempo junto de um primo, mas desentendeu-se com este e deixou o emprego. Somente via como problema o seu uso de drogas, parando de usá-las dizia estar curado e abandonava seu tratamento. Na última vez em que se internou ele me telefonou dizendo:

“Agora eu sei que preciso me tratar, queria que o senhor conseguisse uma vaga pra mim, me desse mais uma chance, eu estou no fundo do poço”.

Menos de um mês em que estava conosco sua mãe atendendo seus apelos decidiu levá-lo do hospital, justificando:

“Ele esta melhor, fica me telefonando dizendo que quer vir pra casa. Mas agora eu vou mandá-lo pro pai dele cuidar dele”.

Isto significava exportá-lo para outro País, onde vivia seu pai velho e doente (portador do mal de Parkinson).

Muitas vezes diante dessa limitação a nós imposta, precisamos abordar o paciente também de forma concreta, como se estivéssemos tomando atitudes que ele possa reconhecer. Como dissemos, a necessidade do bebê inicialmente é física, é preciso socorrê-lo primeiramente em sua necessidade de sobrevivência física, para depois apreciarmos o surgimento e o possível desenvolvimento de sua capacidade de simbolizar. Muitos pacientes tem seu funcionamento mental muito primitivo e precisam ser tratados como verdadeiros bebês. Precisam ser orientados em sua higiene, em sua necessidade de alimentar-se, no modo correto de vestir-se e de se portar junto a outras pessoas. Desenvolvemos um trabalho no sentido de transformar algo coisificado em algo humanizado.

5.3.5-FALSA INDEPENDÊNCIA

Geralmente a independência motora, física, apresentada pelos pacientes drogadictos, não encontra correspondência no seu mundo psíquico. Ao contrário, eles se mostram muito dependentes, em diferentes níveis, de quem lhes assiste, mesmo que constantemente procurem provar o contrário. Por vezes esmeram-se no desenvolvimento de seu aparato físico talvez até para suprir suas limitações mentais. Suas atividades também exigem-lhes uma compleição física que suporte sua ingestão constante de substâncias psicoativas. Alguns pacientes chegam ao seu limite físico, e quando podem, relatam casos de “overdose” de drogas, uma síndrome conhecida por sua proximidade com a morte. Edson conta que certa vez fez uso contínuo de drogas por dias e noites seguidos:

“Até que começou a me dar convulsão e me levaram pro pronto-socorro, eu fiquei entre a vida e a morte”.

Mas é principalmente no hiato entre seu discurso e suas atitudes que percebemos sua dependência. É quando esperamos deles correspondência para assumirem algumas atividades ou lhes delegamos certas funções, muitas vezes mobilizados por sua aparência, que percebemos o quanto dependem de quem os oriente ou mesmo faça por eles o que deveriam ter feito. Aprendemos que não podemos olhar para o drogadicto esperando

dele a capacidade que se espera de alguém que tem a mesma idade, como se somente isto bastasse para dar-lhe recursos para acompanhar as exigências próprias de cada idade. Geralmente, eles se limitam a atividades simples, com orientação de terceiros, e muitas vezes, quando um pouco mais exigidos, desorganizam-se e abandonam aquilo que estavam fazendo. É o recurso que tem diante de solicitações além do que sentem que podem. Ivo nos relata como sobrevivia:

“Meu pai me dava quinhentos reais pra passar o mês, pagar o aluguel, eu gastava tudo em um dia com droga, aí tinha que me virar pra conseguir o que comer. Ia pras padarias porque sabia que sempre tinha sobras, sabia que nos buffets também sempre sobram comidas, pedia, não tem sobra pra me dar?”

A independência afetiva é uma conquista diária, advinda de uma separação gradual e consistente de nossos vínculos primários e, se conquistada de outro modo, à força, no grito, caracteriza-se em algo próximo a uma aberração, com uma série de conseqüências, que terminam por darem trabalho dobrado a terceiros, numa tentativa de reparar os estragos que esta falsa independência traz consigo.

Carlos tinha 25 anos de idade e estava no seu sétimo mês de tratamento, e apesar deste tempo relativamente longo, não conseguiu a aprovação da equipe para receber sua alta como pleiteava. Não sentíamos que ele mostrava condições de sustentar uma certa independência que estava conquistando com seu tratamento. Mesmo contra nossas indicações ele, amparado por sua família, solicitou ‘alta a pedido’. Nos quatro meses em que esteve fora do hospital, antes de reinternar-se, engravidou sua esposa do quarto filho; voltou a trabalhar e novamente deixou seu trabalho; roubou o cartão de crédito de seu pai e construiu uma dívida que, quando voltou a se internar, contava aproximadamente vinte e cinco mil reais; abandonou seu lar após agredir fisicamente sua esposa, voltou para a casa dos pais, e voltou a drogar-se compulsivamente fazendo transações perversas para obter a droga. Por fim sua família decidiu-se por reinterná-lo. Em uma carta enviada a ele por seu pai, logo após a reinternação, este dizia:

“Carlos, você mente muito e pensa que com as mentiras você nos engana e principalmente engana o Dr. Mauricio, mas não, você só engana a você e a ninguém mais. Pare com isso, encare a sua vida como ela é, cresça”,[...]“Você deixou sua família numa situação

complicada, porque não dizer desesperadora, com uma dívida (temos comprovantes) de R\$ 25.004,20. E a Cristina e seus filhos precisam comer, vestir, ir a escola, sair em parques, brinquedos, ir a médicos, etc. E agora? Gostaria que você desse uma sugestão. Como pagar o aluguel, o condomínio? E as compras de supermercado? E as consultas e exames médicos? E as roupas, sapatinhos, remédios? E o pagamento do cartão que você roubou no quarto e o usou por 4 meses sem sentir um só dia o remorso e só gastou com futilidades, com falsos amigos, prostitutas, vícios, nas noitadas em boates e michês da Sodoma e Gomorra? Evaporou-se na fumaça e na espuma das caras champagnes. Onde estava a sua consciência? Você estava tirando da boca dos seus filhos. Você nos chamou de os ‘vermes estão dormindo’. Sim, são esses vermes que estão aqui orando pela sua cura, cuidando dos seus filhos e da sua mulher e tentando consertar um pouco das besteiras que você deixou pra trás, até que você possa voltar são, sadio e apto para ser verdadeiramente pai-filho-esposo-irmão”.

É comum ver os pais destes pacientes se responsabilizando pelos seus netos, filhos de nossos pacientes. Isso, também pode ser visto em situações de pobreza social, mas aqui percebemos que a pobreza é principalmente emocional. Estes filhos, se mostram maduros para providenciar uma gestação, mas não mostram maturidade para prover seus rebentos, nem materialmente, nem afetivamente, deixando-os aos cuidados de seus pais, especialmente de suas mães. O filho faz, a mãe cria. Esta não é uma regra mas é algo muito habitual. Nossa impressão é de que há, nesta situação, uma expressão concreta daquela separação psíquica mal-elaborada, quando através de seu filho e neto a dependência entre filho e mãe se mantém.

Dênis apesar de seus 47 anos ainda se mantém dependente da mesada que sua mãe lhe fornece. Ela inclusive, apesar de estarem morando a mais de dois mil quilômetros de distância, lhe telefona diariamente, às vezes mais de uma vez ao dia, há mais de um ano (quando ele recebera alta hospitalar), monitorando seus passos e controlando-o em suas iniciativas. Ele diz:

“Não sei o que vou fazer quando minha mãe desaparecer, eu dependo dela pra tudo, vou ter que me virar. Ela não anda bem de saúde, de uma hora pra outra pode ir, tenho que me preparar pra quando esse dia chegar”.

A angústia expressada nessa fala é real e oriunda de uma vida inteira de investimento nessa mútua dependência. Até para vestir-se esse paciente depende da aprovação de sua mãe. Essa dependência é concreta, mas aos poucos começa a ser simbolizada, pois Dênis se mantém em tratamento psicanalítico, e é quando isso se dá que surge-lhe essa angústia, que precisa ser logo elaborada para não se tornar estímulo para que ele se mantenha preso àquela dependência concreta apenas.

Todos nós, inicialmente, dependemos de alguém para conter-nos em nossos temores e ansiedades. Essa capacidade de continência desses sentimentos é própria das funções materna e paterna, essa é uma situação de dependência saudável e necessária, e se forem exercidas a contento podem possibilitar a aquisição da independência de quem era inicialmente dependente. A independência é portanto uma aquisição. Ninguém nasce independente, se torna independente. E esta independência não é dada pelo acúmulo de bens materiais ou de títulos, estas aquisições podem até ser reflexo de uma atitude independente frente à vida, mas não promovem a conquista da independência. Podem até dar uma independência material, mas não uma independência afetiva. Isso é muito claro no cuidado aos pacientes drogadictos. É curioso por exemplo ver como alguns deles ganham muito dinheiro com o tráfico de drogas e o perdem com a mesma facilidade. As aquisições que podemos fazer durante a vida exigem capacidade para mantê-las, para administrá-las, e isso está diretamente relacionado à conquista de sua independência emocional. Rafael ilustra esta falsa independência:

“Minha mãe me pôs pra morar num apartamento dela, vendi tudo, até a mangueira do gás, quando o pastor foi lá, ele falou que parecia que tinha matado galinha lá dentro, de tanto sangue que tinha, porque eu usava droga injetável.”[...]”Ganhei um carro da minha mãe, eu tinha de tudo, minha mãe falava você não tem dezoito anos, mas eu falava, porque meus primos tem e eu não tenho, aí ela me deu um carro, vendi ele na favela e fiquei sete dias pipando, até que ela pôs um detetive pra me procurar e me acharam lá; tentei me matar usando

droga, depois de sete dias tava com pneumonia dupla, tava usando pra morrer, cada cachimbada era uma catarrada de sangue, sem comer, só tomando água, até me pegarem lá, deu o maior rolo.”

Observamos também muitos pais dizendo se sentir culpados pela estado em que seus filhos se encontram, e imaginam que lhes ofertando certos bens estariam se redimindo de sua culpa, como se acreditassem que seu desamparo pudesse ser suprido por estes bens, assim são oferecidas viagens, carros, e outros presentes, que vemos em nossa prática se perderem com a mesma rapidez com que foram adquiridos. Esta situação parece poder expressar mais uma vez o empobrecimento das relações afetivas que eram vivenciadas nestes lares.

O drogadicto é um ser necessariamente dependente, diferente do que defende com sua postura. E esta dependência me parece estar fundamentalmente relacionada a uma separação mal-elaborada de seus vínculos primários, que outra dependência qualquer. A dependência às drogas aparece aqui como uma dependência secundária a esta dependência primária.

5.3.6-IDEALIZAÇÃO DOS VÍNCULOS

A idealização é um dos recursos mentais mais poderosos, desenvolvidos e utilizados pelo bebê, para lidar com seu desamparo, que também pode ser reutilizado em épocas posteriores da vida. A profunda impotência experimentada pelo bebê desdobra-se em 'onipotência' em quem está lhe assistindo, à procura de um equilíbrio tranquilizador. O bebê, nos primórdios de seu mundo mental, vive ilusoriamente como se estivesse sendo assistido por alguém muito poderoso e, este alguém é ainda sentido como uma extensão sua. Quando este Outro puder ser percebido como tal, já não terá mais os mesmos poderes, iniciando-se desta forma o desenvolvimento da mente daquele pequeno ser. Crescer, seria constatar que nem impotência, nem onipotência são verdades absolutas. O ser, inicialmente impotente, aos poucos adquire outros recursos para assegurar sua sobrevivência, que lhe trazem a sensação de possuir alguma potência, e o ser onipotente aos poucos se apresenta como é na realidade, possuidor de características que lhe tornam portador de alguma

potência, mas não da forma desmedida como dele havia sido esperado. Esta constatação é frustrante e precisa ser apreendida de forma paulatina, para ser tolerada.

O principal recurso de que podemos nos dispor para lidar realisticamente com nosso desamparo é a capacidade de pensar. E o pensamento nasce do desencontro entre o esperado e sua realização, é desta pequena fresta que brota, de forma constantemente nascente, o pensar. Quando este desencontro é muito grande e a fresta é brutal, ou de modo contrário, quando o encontro é pleno e não há nenhuma fresta, o pensar não se institui. Para que ele possa nascer é preciso ter-se condições adequadas. No nascimento, observamos algo semelhante à primeira condição, a fresta que se produz é muito ampla, a saída da condição uterina seguida das vivências extra-uterinas são vivenciadas como muito dissonantes, o esperado e o realizado não se coadunam. Isso requer a produção de medidas defensivas urgentes para se suportar tamanho antagonismo. Uma destas medidas é sentir-se amparado por alguém muito poderoso, idealizado. Posteriormente veremos que, da mesma forma que este ser idealizado se presta a suprir falhas muito profundas quanto naturais, também se presta a perseguir o idealizador pelo fato de a todo momento poder se mostrar como realmente é.

A capacidade de pensar, para ser instituída, depende de um ambiente adequado, que favoreça a apreensão lenta e gradual da realidade. Aqui o termo 'ambiente' é utilizado congregando tudo o que cerca o bebê, inclusive seus pais, na capacidade afetiva que demonstram, e não somente o meio físico em que este bebê está alocado. Uma pessoa capaz de pensar não se utilizaria com muita frequência desse recurso que é a idealização. Ao contrário, poderia suportar mais facilmente a frustração que advém do contato com a realidade.

Como estamos vendo, uma das principais carências que têm os drogadictos, está justamente localizada na sua limitação em pensar e, conseqüentemente, um dos recursos por eles utilizados para lidar com essa deficiência é a idealização. Eles idealizam coisas ou pessoas para que possam viver à sua sombra, descansar à sua sombra. Como o bebê, estabelecem uma extensão entre si e o objeto idealizado, e assim se privam do contato com sua fragilidade.

Este fenômeno é amplamente estudado quando se estuda a constituição dos grupos, quando observamos a reunião de pessoas em torno de um líder, sendo este, alguém a quem se delega funções que somente ele poderia exercer. O líder ampara somente pelo fato de existir.

Lembro-me da descrição de um paciente sobre seu empenho para ser o líder de uma ‘boca de fumo’:

“Eu tive que matar muita gente pra disputar aquela boca. A primeira vez foi mais difícil, depois eu aprendi que pra matar a gente não pode olhar no olho do cidadão, aí vai bem”.

Entendi que o olhar humaniza, e isso atrapalha quem vive como um autômato, idealizando para fugir do humano. Ter a ‘boca’ era seu ideal e, pra tanto, não cabe se valer de seu lado humano.

Renato, um paciente usuário de drogas que trabalhava como militar, ao ser frustrado por mim em uma colocação que fiz, que diferia da sua, rebelou-se contra minha autoridade, que me foi dada por direito dentro do hospital, e se voltou agressivo contra mim, espumando de raiva:

“O Sr. vai ver o que vai lhe acontecer, meu comandante vai saber de tudo, o comandante e o médico da minha unidade”.

Não tinha o que saberem, isso até tem pouca importância, quando um mínimo de frustração para uma mente muito primitiva, que precisou se utilizar em grande monta este recurso da idealização, parece ser algo muito grande e ameaçador.

Luís relata a onipotência presente no discurso carregado de sadismo, de alguns policiais quando esses o prenderam:

“No dia que a polícia me pegou com maconha, me colocaram no camburão e ficavam falando entre eles vamos matar esse aí, vamos matar, vamos matar!”.

Também as crianças brincam de se matarem uns aos outros, posicionam um revólver de plástico em nossa direção e dizem: “Te Matei! Agora você morreu!”, “Pá!, Pá!”, e isso não tem maiores conseqüências. Mas, se isso é comum ao pensamento infantil, observamos agora pessoas adultas contendo essa forma infantil de lidar com a vida. Como

se a vida não importasse, como no mundo anímico, onde lidamos com seres sem vida. Outro paciente, Vander, também viveu experiência semelhante:

“Tenho um trauma, fico o tempo todo pensando no dia que uns policiais colocaram um revólver na minha cabeça e ficavam falando que ia atirar. Eu tava com um amigo meu, a gente tinha roubado umas jóias e fomos pro centro da cidade pra tentar vender. Acho que a mulher reconheceu a gente. Aí quando fomos pro mocó pra pegar, chegou a polícia e enquadrrou”.

Otávio, também vive constantemente sob sentimentos persecutórios, ressaltando que estes sentimentos são a principal expressão de sua tendência à idealização:

“A polícia tá doida pra pôr as mãos em mim, vivo uma situação de fuga constante.”

Percebemos, quando os pacientes nos chegam para internar-se, que geralmente estabelecem um vínculo idealizado conosco. Tanto os pacientes quanto seus familiares. Percebemos que isso é necessário e permite o reassentimento de uma situação que estava sendo experimentada como caótica. Quando se dá esta forma de vínculo inicialmente, a continuidade do tratamento parece ser mais exitosa, ou seja, o suporte para a desidealização é a própria idealização. Essa experiência conosco poderia ser posteriormente reproduzida em outras instâncias da vida de nossos pacientes.

René chegou para internar-se num fim de semana, quando eu não estava na clínica, mas quando fui entrevistá-lo pela primeira vez, ele disse:

“Eu estou aqui única e exclusivamente por causa do Sr., me falaram que o Sr. é um dos melhores psiquiatras do Brasil, várias pessoas me falaram lá em Goiânia e eu resolvi procurá-lo”.

Pelo seu modo de falar, até ele mesmo não parecia ter importância, nem o que o trouxe, só importava o que eu lhe representava. Naquele mesmo dia percebi que esta necessidade tão grande de idealizar o Outro escondia alguém muito desvalorizado, que se sentia muito pequeno, mas que habitualmente se apresentava de forma idealizada:

“Todo mundo me conhece lá em Goiânia”,

ele dizia. E não parecia ser simples força de expressão, parecia que realmente ele acreditava no que estava dizendo.

É preciso estar atento para o fato de que o paciente nos idealiza como idealiza as drogas que usava. Representamos a ele algo que ele adiciona a si mesmo para se sentir menos frágil, menos impotente. E para sermos manipulados desta forma não podemos ter vida própria, quanto mais distantes menos trabalho damos pra esta manipulação. A proximidade desidealiza, o que é conseguido ao longo de sua estada conosco.

5.3.7-FACILITAÇÃO PARA MOVIMENTOS AGRESSIVOS

Freqüentemente, estes pacientes se utilizam de seu corpo para se impor à realidade. Por terem pouca habilidade para o diálogo, apelam para outras formas de linguagem; comunicam-se através dos hábitos motores e é preciso estar atento para ‘decifrar’ estes seus movimentos. Era assim em suas casas e será assim nas clínicas onde se internam. Seu nível de tolerância à frustração em geral é baixo e poucos motivos bastam para lhes irritar. A resposta a essa irritação vem através de manifestações não-verbais, ou seja, através das atuações e, entre elas notificamos as brigas, os atritos, os bate-bocas, as discussões, ancoradas em pré-concepções que, rígidas, pouco contém no âmbito das relações interpessoais. O que se vê com maior freqüência são as ameaças. Essas, são geralmente dirigidas a alguém que, de alguma forma, questionou o comportamento daquele que ameaça. Esse, vendo-se ameaçado, revida através de uma ameaça. A equipe tem que ser muito continente, estar atenta a estas situações para se interpor e prevenir-se de algo mais contundente. Tanto esta equipe como os próprios pacientes estão passíveis de serem ameaçados.

José Carlos grita com uma auxiliar de enfermagem:

“Você é uma mentirosa, uma vagabunda, não perde por esperar. Como você pode dizer uma coisa dessas de mim? Mas o mundo é pequeno, você não perde por esperar”.

Aquela auxiliar o havia denunciado por tê-lo visto ‘roubando’ objetos na sala de terapia ocupacional. E frente as ameaças do paciente, ela ainda dizia:

“Ele não respeita a gente em nada doutor, todo dia quando a gente vai no quarto chamar pra tomar a medicação ele fala: sai daqui, vai cuidar da sua vida, eu que sei se vou tomar ou não este remédio”.

José Carlos se irritou ainda mais, e vendo que suas palavras eram pouco pra atingi-la, jogou-se pra cima dela com o dedo em riste, repetindo

“Sua mentirosa, onde você quer chegar, quer que o doutor me mande embora? Aqui é você quem diz mas lá fora a conversa é outra”.

Estes e outros, pequenos e grandes motivos, mobilizam a todos dentro de nosso setor. Os atritos físicos são pouco comuns, mas até aí muita atenção é exigida para que não se chegue às vias de fato.

Luís, quando chegou à internação, parecia ainda estar sob efeito de drogas; sua entrevista inicial continha um tom persecutório, onde ele se mostrava muito desconfiado e se irritava com muita facilidade frente às informações fornecidas por seu pai. Ao fim desta entrevista ele levantou-se e desferiu um soco no rosto do pai, com tamanha violência que este caiu, sendo socorrido em seguida, quando então o paciente foi contido por auxiliares de enfermagem e levado a outro cômodo do setor. Após algumas semanas deste episódio, o paciente se lembrava com pesar do ocorrido, culpando-se pelo que fez.

Outro paciente, Rogério, o Pantera, após um período de alguns meses conosco, tornou-se um aliado da equipe, confiava que estávamos ali trabalhando por ele e, me procurou entregando-me um canivete que tinha, dizendo:

“Eu nunca me separei desse canivete, ele me acompanha desde criança, queria que o senhor guardasse ele pra mim, eu sou de paz, não quero dar motivo pro azar, aqui dentro tem muita gente perigosa, a gente precisa dormir com um olho aberto e outro fechado, não sei o que pode acontecer se eu tiver com ele”.

Este paciente trazia uma história de muito desamparo, aliada a uma necessidade de sobrevivência que ditava regras próprias, nas quais a lei era escrita por mãos fortes e mentes curtas. Não importava o diálogo, a compreensão, antes valia a lei do olho por olho,

dente por dente. Seu corpo atlético fora desenhado na capoeira, atividade da qual se tornou professor após seu período de tratamento conosco.

Dentro de uma reunião com pacientes, o grupo terapêutico, Amauri se sentiu agredido por outra paciente, Rute, que lhe disse o que pensava a seu respeito. Não se contendo, ele levantou-se com violência e começou a gritar ofendendo-a, saiu da sala chutando o que via pela frente, cinzeiros, vasos, pessoas; dirigiu-se para o refeitório do setor e começou a esmurrar os vidros das janelas, quebrando-os e ferindo-se, foi às mesas preparadas para o jantar e pegou um garfo, sempre gritando alucinadamente, e principalmente ameaçando a quem dele se aproximasse. Todos ali estavam atônitos, e eu atrás dele tentando contê-lo de alguma forma, quando então ele arrancou um extintor de incêndio da parede e o jogou sobre outros pacientes, e eu atrás dele, até que consegui conduzi-lo para minha sala. Ele trancou a porta e se apoderou da chave, gritando comigo:

“Telefona pro meu pai, manda ele vir aqui agora, eu não fico mais nem um minuto nesse lugar, telefona pra esse desgraçado”.

E por aí iam suas desditas. Eu tentava acalmá-lo e dizia-lhe de forma crédula:

“Calma, até agora você não fez nada de tão grave, tudo o que você fez tem conserto, não vá destruir seu tratamento, vamos conversar pra chegar num acordo”.

Aos poucos ele atendeu-me, telefonamos para seu pai, tomamos café, recuperei minha chave e o encaminhei para outro setor do hospital para que ele aguardasse ali seu pai que havia prometido vir no dia seguinte para conversarmos. Esse paciente já havia conseguido expulsar seus próprios pais de casa. Vendeu o que havia lá dentro, que lhe pudesse servir para comprar drogas, e somente tempos depois foi internado, trazido por um serviço de remoção psiquiátrica.

A ameaça que o paciente impõe ao outro é compreendida por nós como sendo aquela mesma sentida pelo próprio paciente que ameaça. Vendo-se ameaçado em sua aparente organização, ele ameaça. E qualquer intervenção externa, sejam palavras ou atos da equipe ou de outras pessoas (pacientes ou familiares) pode lhes representar uma ameaça de desorganização, e ter na ameaça a reação primeira. A organização do paciente que nos chega, foi construída ao longo de anos, servindo-lhe como forma de se defender em

momentos que se sente desamparado, inseguro e precisando sobreviver. Qualquer iniciativa que ameace esta estrutura, previamente formada, terá resposta imediata. E não é possível um tratamento bem feito que não intervenha nessa estrutura. Rafael descreve como se deu um destes episódios em que viu-se expressando esta ameaça:

“Teve uma vez que eu tava tão embalado, cheguei lá em casa com oito pedras, me tranquei no banheiro, mas eles abriram e jogaram fora as pedras, eu pus uma faca no pescoço da minha mãe por causa disso; eu não lembro, mas eles falam pra mim que eu fiz isso.”

Pareceu-me que ele também estava ‘sem cabeça’, sem poder controlar-se, sem poder pensar, e projetava isso em sua mãe, ameaçando-a de também perder sua cabeça.

Algo a ser pensado é sobre como as famílias destes pacientes lidam com as ameaças que lhes são feitas. Esta forma de comportar-se conosco é uma reedição de sua forma de comportar-se em suas casas. Também seus pais e irmãos são freqüentemente envolvidos em brigas e discussões e, praticamente, não têm nenhum preparo pra enfrentar esta postura. O que vemos é que há muito sofrimento na vida diária com estes pacientes. Uma sucessão de medidas são experimentadas na tentativa de amenizar confrontos mais radicais. Ultimamente temos visto nos jornais, atitudes paternas e maternas de extermínio a estes filhos, após inúmeras outras tentativas sem sucesso, e até havendo uma certa condolência social para com estas atitudes. A desesperança freqüentemente toma conta destas famílias, desacreditam que algo ainda poderia ser feito. Geralmente são famílias já previamente desestruturadas, ou se tornam assim, após o surgimento de algum usuário de drogas em seu seio. O diálogo que já era escasso fica quase impossível. Rafael descreve como era abordado ultimamente por sua família:

“Tinha hora que minha mãe chamava a polícia pra mim, pra me conter, me levavam preso.” (Mas também relata outros episódios em que expressava sua agressividade:) “Minha mãe me deu um sítio, pus fogo no sítio”[...]“Furei os pneus do carro do meu pai só de birra, meti a faca.” (E relata como se deu em uma de suas internações:) “Começou uma briga por causa de jogo, dominó, o cara tava roubando, aí falei pra ele, ele achou ruim, aí começou a briga, chegaram os enfermeiros, mandei bola de sinuca pra todo lado, me mandaram pra outra ala, aí uma menina me deu um beijo na boca, me mandaram pra outra ala de novo e lá me deram um mata-leão e fiquei amarrado e desacordado.”

5.3.8-ALTA FREQUÊNCIA DE ABANDONO DO TRATAMENTO

Percebemos, ao longo destes anos, que abandonar o tratamento seria uma forma de defender a estrutura psíquica até então organizada. Muitos argumentos são utilizados para esse fim. É difícil na nossa experiência que o paciente suporte todo o tratamento, especialmente quando está na sua primeira internação. É tudo muito novo. Há um confronto entre as novas propostas e o ritmo de vida até então adotado. A valorização da oportunidade de tratar-se é rapidamente convertida em uma situação tediante que requer uma intervenção terapêutica para que se perceba o que está acontecendo. Uma condição nosológica comum nesses casos é o paciente avançar no tratamento e em seguida deprimir-se. Quando se dá conta do que está lhe acontecendo, da mudança a que está se propondo, deprime-se, e esta condição é de difícil manejo. Esta Depressão contrasta com as atitudes francamente maníacas do usuário de drogas. O drogado vive freqüentemente em agitação psicomotora, tem o pensamento e o comportamento facilitados, tem atitudes grandiosas, no sentido de conterem poucos limites. Tratar-se, exige uma postura oposta, introspectiva, de contenção, de pensar nos limites que se tem, que a realidade impõe, especialmente para que se viva em sociedade. A depressão, habitualmente desvencilhada através de práticas que dão a sensação de muito poder, invade o sujeito e o ameaça. Aquela organização maníaca se vê ameaçada. Há uma experiência de luto, que precisa ser suplantada pela compreensão da situação para que não seja abortada pelo abandono ao tratamento. Na nossa experiência, poucos pacientes conseguem isso. E justificativas não faltam para se interromper o processo de tratamento até então realizado. A esposa, o trabalho, os filhos, a falta de dinheiro, são elementos comuns no discurso de quem está interrompendo seu tratamento, e em geral são discursos convincentes, facilmente aceitos se interpretados à luz da lógica. Parece que se esquecem que até há bem pouco tempo nada daquilo importava, pois a adicção falava muito mais alto. Reparem que não citei a escola como um dos argumentos mais utilizados, isto se dá porque é habitual no usuário compulsivo de drogas o abandono das atividades escolares.

René estava disposto a interromper seu tratamento, ele diz:

“Não tô agüentando mais ficar aqui, tô muito ansioso, é a mesma rotina sempre, e tão precisando de mim lá, juntou tudo. Tô a fim de retomar minha vida, se não conseguir vou ser o primeiro a ligar.

Acho que tive um progresso e não quero voltar atrás, independentemente de ter feito aquela merda na minha licença.”

A condição do paciente reinternar-se, após ter abandonado o tratamento, é relativamente comum, quando não conosco, é reinternado em outras clínicas. A internação promove uma ruptura no ciclo vicioso que o paciente havia engendrado. Há uma quebra de suas rotinas e uma realocação do paciente, agora em um ambiente totalmente novo e desconhecido, completamente diferente do seu ambiente original. O indivíduo é retirado de seu “habitat” e colocado em outro, artificialmente construído para recebê-lo e propiciar-lhe uma modificação em sua vida, ou melhor, no modo como conduzia sua vida.

Manoel descreve sua recaída e conseqüente reinternação:

“Foi besteira, conheci uma menina, a gente ia pra noitada de segunda a segunda, começava a beber, e aí dava vontade; o incrível é que ela ficava dopada de cerveja, uísque, mas não usava droga, o que me desanimou foi que fiz um check-up geral, no meu pulmão o médico falou que tem uma mancha preta que pode agravar, aí comecei a cheirar demais, sete a oito gramas por dia, até que liguei pro senhor.”

Milton esteve por três meses internado em uma clínica psiquiátrica próxima à Cristália, recebeu alta daquele hospital e em um mês voltou a fazer uso abusivo de drogas. Sumiu por dez dias seguidos de sua casa (ele era casado e tinha um filho de 5 anos) e, quando retornou, sua família (pai e mãe) o reinternou, agora em nosso serviço. Milton relata:

“Eu fiquei dez dias na putaria, ficava de bar em bar, bebendo e usando cocaína, ninguém sabia onde eu tava, às vezes meu pai ligava no celular de um amigo pra saber de mim e às vezes eu estava na frente dele, sentado e bebendo com ele, e eu pedia pra falar que não tinha me visto, que não sabia de mim. Só voltei pra casa quando meu pai bloqueou minha conta no banco e os cheques começaram a voltar. Aí liguei e marquei de voltar pra casa, fui pra um sítio que a gente tem, e quando eu cheguei lá meu pai tinha reunido toda a família e estava fazendo uma festa pra me receber, igual aquela história da Bíblia”.

Passadas três semanas de sua internação conosco, razoavelmente recuperado da culpa que sentia, Milton fora encaminhado por mim para atendimento psicanalítico, concordou quando conversamos a respeito. No mesmo dia fui informado por telefone que ele estava se desligando de seu tratamento, conversamos e ele falou:

“Não tô mais agüentando de saudade do meu filho, acho que já tô bom, se eu não for agora perco minha mulher e meu filho”.

A impressão que fica é que há algo que não pode se modificar, como se revivêssemos a mesma desesperança vivida por suas famílias. Aliás, percebemos que também as famílias contribuem muito para o abandono ao tratamento. Acreditamos que este ‘conluio’ com o paciente para retirá-lo do seu tratamento quando ele assim solicita, está diretamente ligado à necessidade dessas famílias de reverem-se em suas posturas que por vezes soam patológicas, e terem que, necessariamente, modificar-se, acompanhando de alguma forma o tratamento que o seu filho está fazendo.

5.3.9-FORMAÇÃO DE GRUPOS QUE SE CONFIGURAM EM GANGUES

Nossos pacientes têm forte propensão à formação de grupos à semelhança dos grupos formados em nossa sociedade, como os grupos religiosos ou os grupos militares. Eles se reconhecem e se agrupam, como que para se fortificarem. Associam-se uns aos outros de acordo com suas patologias, são semelhantes que se aproximam, conseguem comunicar-se entre si e têm objetivos próprios. Isso parece estar diretamente relacionado a uma necessidade de identificar-se para reasssegurar-se. Como se sentissem excluídos fora do seu meio, fazem uma inversão desse sentimento, excluindo quem não se parece com eles. Isto é algo comum ao ser humano, que aqui ganha uma dimensão importante, no sentido que, buscam desta forma, fortalecerem-se, como se assim constituíssem um só corpo. Elegem um líder para lhes representar e estabelecem regras próprias.

Diante de sua fragilidade individual, a inserção em um grupo lhes dá um status que de outra forma demandaria muito tempo e esforço para conseguirem. Desta forma fazem frente às demandas sociais, que lhes parecem muito exigentes. É difícil ter maturidade para posicionarem-se individualmente, ao contrário de quando estão em grupo. Crescem em tamanho e em poder.

Este comportamento é visto como necessário no período da adolescência, período de transição onde o adolescente precisa impor-se ao mundo à sua volta. E o maior volume de internos em nosso serviço é de adolescentes e jovens. Mas aqui ele adquire características especiais. De acordo com aspectos predominantes nos indivíduos constituintes do grupo, ele pode ter uma postura construtiva ou, ao contrário, uma postura destrutiva, junto à equipe do setor. Podem se aliar à equipe, serem solidários com nossas limitações, fazendo por exemplo frente à entrada de drogas no setor, ou tolerando melhor o tempo ocioso entre as atividades propostas. Podem de outro lado negar o acolhimento que lhes é oferecido. Negligenciam atividades, estimulam brigas, fugas, etc. Nossa atenção fica em grande parte do tempo mobilizada por este grupo. Há freqüentemente nesta categoria de pacientes, uma inversão do sentimento de necessidade. Eles fazem parecer que somos nós quem precisamos deles, e atacam violentamente qualquer manifestação de aproximação, seja a nível do pensamento, seja até a nível físico.

Me lembro de um passeio que a equipe programou com os pacientes até uma estância hidromineral próxima, lotamos um ônibus e fomos, membros da equipe e pacientes, passar um dia fora da clínica. Eu não havia ido a este passeio, mas estava aguardando à entrada da clínica a sua volta. Quando os vi chegando houve uma comoção geral, minha e de quem estava à volta. Pela janela do ônibus vimos alguns pacientes feridos, sangrando, sujos e revoltados. Em seguida às providências imediatas, soube que passeando pelas ruas da cidade, um grupo de nossos pacientes drogadictos desafiou outro grupo de jovens dali, quando passaram a brigar entre eles, mobilizando por fim a polícia da cidade e obrigando o passeio a ser interrompido em seguida. Um dos pacientes, Fábio, me relatou:

“A gente não sabia como que ia terminar, ninguém tava esperando aquilo, de repente começou uma discussão lá, os caras queriam crescer em cima da gente, e a gente não deixou barato. A gente só tava a fim de curtir, ninguém queria confusão, o senhor desculpa a gente”.

O discurso desse paciente se tornou caótico, não havia como explicar com coerência o que havia ocorrido. Fábio, posteriormente à sua internação, foi preso por assalto e, eventualmente, escrevia cartas à psicóloga da equipe com a qual conseguiu

estabelecer algum vínculo. Ele havia sido expulso do hospital após um episódio no qual fez uso de drogas ali. Era um filho adotivo, que somente contava com sua mãe adotiva já idosa. Ele tinha apenas 19 anos. Os passeios foram suspensos temporariamente, e quando retornamos a esta atividade, novamente um grupo de pacientes, em Serra Negra-SP, bebeu o suficiente para embriagar-se e provocar atritos com a população local. Novas brigas, novas críticas, velhas explicações, pra tentar justificar um fenômeno que não parece passível de fácil entendimento. É preciso esclarecer que os pacientes que têm acesso aos passeios são previamente avaliados e não paira suspeitas sobre eles, de modo que se acredita que teriam controle sobre seus impulsos e atitudes.

De formas mais sutis outros grupos se formam e atuam dentro da própria clínica. Colegas de quarto, por exemplo, formam um grupo relativamente homogêneo, que podem engendrar situações de difícil controle.

Uma das características encontradas nesta classe de pacientes é a presença quase constante do sentimento de serem estigmatizados. Com o aprofundamento no hábito de usar drogas, há também a adoção de certos hábitos que os diferenciam, física e emocionalmente. Eles podem se unir em grupos e, de forma individual ou grupal, passam a conviver com um Estigma. Dentro de suas famílias ou nos lugares que frequentam, passam a ser vistos e abordados pelo estigma de serem drogadictos. Como se o hábito de usar drogas fosse uma marca que os diferenciava pejorativamente. Em geral, nossos pacientes relatam episódios sádicos onde são abordados pelas pessoas com quem convivem, e também pelos representantes de nossa sociedade, em especial pela polícia e pelos serviços médicos que procuraram. Como citei anteriormente, um paciente chegou para internar-se com a conjuntiva cheia de sangue, que dizia ser resultado de uma coronhada desferida por um policial. Outro paciente apresentava inúmeras cicatrizes pelo corpo, e dizia serem resultado de sessões de tortura a que fora submetido em cadeias para onde fora levado. O indivíduo passa a ser conhecido pelo seu vício. Sua identidade pessoal fica pervertida. Ele passa a ser considerado pelo seu estigma. A raiva que provocam naqueles com quem convivem permite que facilmente sejam alijados da convivência e destinados a guetos. Se assemelham aos sífilíticos da era vitoriana. Aos poucos estes pacientes incorporam este estigma e o sentem como pertencente a seu “self”, o que prejudica a aproximação e, conseqüentemente, o tratamento destes indivíduos.

5.3.10-HÁBITOS IRREGULARES, EM DESACORDO COM AS NORMAS VIGENTES

Um dos objetivos da equipe que trata destes pacientes é a reeducação de seus hábitos. Geralmente eles nos vêm com horários confusos, higiene precária, alimentando-se mal, desorganizados na forma de vestir e de comunicar-se. Relatam por exemplo, em proporções semelhantes, ter e não ter emprego no momento de sua internação, mas geralmente o que se ouvia dos que diziam ter emprego, não poderia se configurar como forma de subsistência, sendo classificados como subempregos, havendo grande escassez de serviços qualificados e que poderiam contribuir para a constituição de uma identidade pessoal.

Percebe-se um déficit na noção de limites, os critérios próprios à rotina da vida diária foram há muito deturpados e, conseqüentemente, é preciso novamente lhes ensinar como portar-se em sociedade. Após esta percepção, nossa equipe estabeleceu normas que deveriam ser respeitadas e, se existem, é porque freqüentemente não o são. Isto de um lado é positivo, este desrespeito às normas é positivo, pois serve-nos de parâmetro para abordar o paciente. Se na medicina clássica temos exames laboratoriais e radiológicos para informar sobre o estado de saúde do nosso paciente, na psiquiatria temos o seu comportamento como fonte de elucidação de seu mundo mental. Olhamos para o paciente no seu dia-a-dia como quem olha para um Raio X à cata de informações sobre seu modo de ser e de pensar.

Em uma reunião de equipe, que entre nós é feita rotineiramente uma vez por semana, surgem as diversas observações sobre os pacientes, que são feitas sob os olhares atentos de toda a equipe, especialmente sob o olhar dos auxiliares de enfermagem que estão em contato direto, o dia todo, com os pacientes. Assim uma auxiliar comunicou:

“Toda vez que tem ovo de codorna no almoço, precisa ficar vigiando a Priscila porque ela coloca tudo no prato dela, esquece que tem mais gente pra comer”.

Priscila era uma usuária compulsiva de crack, veio-nos encaminhada pela justiça, onde seu advogado a livrou da prisão com a alegação de que ela era usuária de drogas necessitando de tratamento e não de ser aprisionada. Ela era mãe de dois filhos e contou-nos que durante toda a gravidez dos dois filhos usou crack,

“Até quando eu tava dando de mamar ficava pipando, não conseguia parar, graças a Deus que a polícia invadiu a minha casa e me pegou porque senão acho que eu ia morrer ali”.

Uma das maiores dificuldades que temos é para adequar o ritmo do sono destes pacientes. Acostumados com hábitos noturnos, sofrem para regularizar seu sono. Muitos deles tinham o hábito de dormir de dia e ficar acordado a noite. Frequentemente precisam fazer uso de medicamentos hipnóticos para dormir ‘na hora certa’. Celso era um destes pacientes, que além disto, mostrava grande resistência aos efeitos dos remédios. Vários medicamentos foram tentados e, por mais que se aumentasse suas dosagens, ele não conseguia se tranquilizar e dormir. Ele dizia:

“Eu tenho uma ansiedade tão grande, não consigo dormir, fico virando na cama, levanto vou no banheiro, vou conversar com os enfermeiros, fumo um cigarro, fico cansado esperando o sono chegar e só quando é ali pelas cinco da manhã que bate um soninho, aí que consigo dormir um pouco”.

Celso se mostrava muito culpado por ter ‘cheirado’ sua moto, a segunda que havia sido presenteada por seu pai. A primeira foi do mesmo jeito. Ele trabalhava como “moto-boy” e, dessa forma, perdeu seu emprego. Quando é hora de levantar, o problema fica evidente. Quase diariamente sou chamado pelo professor de Educação Física, que regularmente passa pelos quartos chamando os pacientes para fazerem esportes, para ir a alguns quartos ajudá-lo a acordar alguns pacientes, que a essa altura já perderam o café da manhã e o horário da medicação matinal. Quando vamos chamá-los é um festival de queixas e pedidos para que os deixemos “dormir mais um pouco”. Se os deixarmos assim, somente vão se levantar depois do almoço, quando não ao entardecer.

Outros hábitos são também desconsiderados, como quando uma auxiliar de enfermagem me fez notar:

“O senhor já reparou nos dentes da Selene, todo dia precisa ficar mandando ela escovar os dentes, já tá tudo estragado, não sei como alguém tem coragem de beijar naquela boca”.

Outro hábito freqüente nos hospitais psiquiátricos, como um todo, é o hábito de fumar. Se fuma muito. E não é incomum que o paciente aprenda a fumar dentro de um destes hospitais. Algumas clínicas, geralmente de caráter religioso, proíbem o tabagismo

dentro de suas dependências, o que frequentemente dá margem a atividades paralelas, escondidas. Mas entre nós acreditamos que isto esteja diretamente relacionado ao nível de ansiedade dos pacientes. Abruptamente lhes tolhemos em sua atividade compulsiva de usar drogas, outras atividades substitutivas são utilizadas para conterem-se em sua ansiedade. Comer e fumar são algumas destas atividades. Dizia uma auxiliar:

“O Sávio todo dia come um sanduíche na cantina e depois desce pra almoçar”,

Há alguns anos foi proibida a venda de cigarros dentro das dependências do hospital, uma norma de saúde pública. As cantinas então passaram a vender ‘cigarros do Paraguai’, ou o chamado ‘picadão’ (uma espécie de fumo semelhante aos fumos de rolo, que devem ser preparados pelo próprio usuário). Cigarros habitualmente utilizados pelos pacientes são trazidos por seus familiares ou comprados nos passeios à cidade. No nosso setor proibimos o uso do picadão, mas não do cigarro comum. O que percebemos é que praticamente todos os usuários de droga tem hábitos tabágicos, mesmo os ainda adolescentes, e esse hábito se intensifica após a retirada da droga. À medida que o tratamento avança este quadro é revertido, mas não totalmente.

5.3.11-NEGLIGÊNCIA ÀS PROPOSTAS APRESENTADAS PELA EQUIPE DE TRATAMENTO

Burlar é a regra. Assim que interna-se, o paciente tenta impor-se à equipe, experimentando desta forma os limites que tem junto a nós. Tenta nos mostrar que, até então, estava sobrevivendo sem precisar de nenhum de nós que ali nos colocamos agora como necessários a ele. Entendemos que ele vai nos testando. Como o filho caçula que procura perceber os movimentos da casa, já estruturados antes de sua chegada, e tenta encontrar brechas por onde possa atuar. Alguém que lida muito mal com figuras de autoridade, forçosamente vê-se diante de algumas destas figuras e precisa aprender a lidar com elas. Ele também sente-se uma autoridade no que domina. Nossa intervenção deve ser precisa, e principalmente a comunicação entre os membros da equipe deve ser clara e única. Isto muitas vezes não é possível, o que dá margem às atuações.

Muitos exemplos podem ser dados. Qual o horário pra se desligar a TV? E se o filme não acabou? Domingo precisa levantar cedo como nos outros dias? E se eu dormir até mais tarde tenho o direito ao café da manhã? É obrigatório participar das reuniões? Se eu chegar atrasado em uma reunião, posso entrar? Pode namorar aqui? Mas nós estamos muito afim um do outro? Quero guardar o remédio pra tomar mais tarde! Eu não gosto daquela psicóloga, não vou às reuniões dela! Estes exemplos são claros e acessíveis. Até que são contornáveis. O mais difícil é se abordar os movimentos sutis que alguns pacientes fazem para se desvencilhar de suas obrigações dentro de seu tratamento. Como quando estou de férias e o paciente que havia conseguido parar de usar Lorax, medicamento ansiolítico, pede ao médico substituto que o prescreva novamente. Ou quando aquele paciente viciado em Akineton, medicamento anti-parkinsoniano, diz estar tendo sensações em seu corpo que o obrigam a utilizá-lo e pede ao médico plantonista para lhe prescrever, o que é feito quase sem critérios. Sávio é mestre em fazer isso. Sabe exatamente o dia em que tal médico estará de plantão e solicita seu atendimento e a prescrição de tal medicamento, que lhe é prescrito. Há poucos dias solicitou às dez e vinte da noite, foi-lhe receitado e administrado, e ele somente foi dormir depois das três horas da madrugada. Ficou ‘ligado’.

Numa reunião de Grupo Operativo a Assistente Social questionando a importância do tratamento ouviu de Raimundo:

“Nós viemos aqui atrás de mulher”.

Foi considerado em sua afirmativa e se iniciou um debate, os ânimos se exaltaram, Raimundo estava adotando uma postura claramente destrutiva e, finalmente, a coordenadora pediu que ele se retirasse da sala. No dia seguinte ele foi até ela pedindo desculpas pela forma como se colocou. Raimundo é um paciente HIV+. Somente a equipe sabia dessa sua condição. Estava há menos de um mês internado e já havia abordado a quase todos os membros da equipe, como que testando nossos limites. Eu o atendi pela primeira vez quando retornei de minhas férias, ele na sua primeira consulta pediu:

“O senhor precisa me dar licença porque senão vou ficar louco aqui dentro. Vai nascer um filho meu, minha mulher só sabe brigar comigo, ela não me entende, fica com ciúme de mim aqui dentro porque ela teve aqui e viu essas meninas que tem aqui, eu preciso ir em casa pra ver como ela está”.

Não foi autorizado. Numa segunda consulta ele pediu:

“Eu preciso pegar uma licença pra ir até à cidade comprar um CD dos Racionais, ninguém consegue achar esse CD, eu vou e volto”.

Não foi autorizado. Numa terceira consulta repetiu-se:

“Eu não tô agüentando de dor de dentes e preciso ir ao dentista, mas tem que ser em algum dentista conveniado, e só em São Paulo que tem”.

Não foi autorizado. Ele contou como acredita ter se tornado soropositivo:

“Eu trabalhava tirando guarda na casa do general (ele é militar reformado), e todo dia na frente da guarita ficava passando umas piranhas, Maria-sargento, que ficam doidas pra arrumar casamento, eu peguei várias dessas e deve ser uma delas que me passou”.

De fato era casado e sua esposa estava esperando um filho seu. Estando ameaçado de ser expulso do hospital, ele confessou:

“Eu não tô agüentando de tanta fissura, eu preciso usar o crack, eu vou ficar louco aqui dentro”.

Não foi autorizado.

5.3.12-ATIVIDADES SEXUAIS FACILITADAS

Como é a sexualidade dos pacientes internados por longos períodos em uma clínica psiquiátrica? Aqui poderemos, a título de divagação, nos questionar também sobre como é a sexualidade em outros ambientes com restrição aos movimentos, como nas prisões e nos conventos. Mas entre nós surgiram muitos problemas que precisavam ser pensados. Nossos pacientes ficam em torno de seis meses internados. Podem eventualmente sair para suas casas em licenças, mas isso não se dá com frequência regular nem serve a todos. E mesmo para se conquistar a licença há regras, ou seja, exige-se um tempo mínimo de internação, avalia-se o comportamento do paciente até então, e valoriza-se os objetivos da sua saída. Tanto, que chamamos a esta licença de ‘licença terapêutica’. Em suma, por vários meses eles se vêem confinados a um espaço restrito no qual é regra não se poder namorar nem ter relações sexuais. Os motivos desta regra são oriundos de nossa crença

sobre a incapacidade destes pacientes de arcarem com as possíveis conseqüências deste tipo de prática. Mas como já disse, as regras são possíveis de serem burladas, e é o que, eventualmente, acontece.

Os pacientes quando nos vêm internar, necessariamente entram num nível de regressão, necessário a quem precisa se submeter aos cuidados do outro. Já se encontram regredidos e essa regressão se formaliza com a internação. Daí, não são pessoas amadurecidas, capazes de arcar com as conseqüências de relacionamentos, tanto sexuais como de namoro. E parece difícil fazê-los entender isso. Geralmente são jovens, que mantinham uma vida sexual muitas vezes promíscua, que já tiveram muitas experiências sexuais e que se vêm agora limitados por nossas regras.

Precisamos salientar que muitos estudos atuais mostram que a vida sexual tem começado cada vez mais cedo em nossa sociedade. Todos os movimentos sociais parecem facilitadores dessa atividade. No nosso setor temos pacientes do sexo masculino e do sexo feminino. Na história da Clínica Cristália por muitos anos somente se internaram pacientes do sexo masculino, é muito recente a aceitação de mulheres como pacientes. Nosso setor é pioneiro nessa iniciativa e estamos abertos a essa demanda que começou a se impor nos últimos anos. O número de mulheres internas é menor que o número de homens, mas é o suficiente para modificar a realidade que se tinha até então. Nosso setor tem 59 pacientes, sendo que há aproximadamente um terço de mulheres. Esse setor está inserido em uma clínica que comporta pouco mais de quinhentos homens. Como fica a sexualidade desse pessoal todo?

Ao longo destes anos, desenvolvemos a seguinte compreensão sobre este tema, entendemos que as relações entre nossos pacientes se assemelham às relações fraternais. São relações próximas das relações de irmãos, então, qualquer atividade sexual estaria mais próxima de uma relação incestuosa que de qualquer outro tipo de relação de caráter amadurecido. Apesar dessa nossa compreensão e do diálogo que tentamos implementar, fatos desta natureza se sucedem.

Vander é monitor do salão de jogos, foi flagrado trancado naquele salão acompanhado de outra paciente, Helena. Disseram que somente tinham se beijado, mesmo que a mesa de ping-pong estivesse ao chão por algum peso que foi colocado sobre ela, quando os encontraram. Questionei o paciente:

“A gente tava afim um do outro, mas não rolou nada, só um beijo, não vou fazer mais”.

No dia seguinte, novamente foram encontrados em atitudes suspeitas. Perguntei pra Helena sobre seu namorado, que havia ficado em sua cidade, como ela havia me dito:

“A gente terminou, nem ele nem a mãe dele aceita que eu esteja internada, falaram que eu sou louca”.

Helena tem apenas 17 anos, é filha adotiva de uma mãe de 77 anos. Seu pai faleceu há três anos, com 87 anos. Segundo ela: “Não tenho mais ninguém nessa vida”.

Essa condição de investigadores é perigosa, pois nos assemelha a policiais, a autoridades que reprimem, o que não é nossa principal função. Mas isto respeita um mecanismo no qual o paciente que deveria conter em si esta função, de limitar-se frente a seus impulsos, desvencilha-se dela, deixando que outro a exerça por ele. Assim, fica ‘livre’ para agir como bem entender. É delicado o trânsito entre estes dois lados. De um lado, não podemos representar esta polícia que o vigia, de outro não podemos aceitar que faça o que quiser.

A atividade masturbatória é relatada com certa frequência pelos pacientes. Parece habitual entre eles que, desta forma, parecem se aliviar de sua tensão sexual.

“Todo dia na hora do banho eu me masturbo, já que não pode transar eu preciso disso, acho que não tem problema nenhum, o senhor acha que é errado eu fazer isso todo dia?”,

me questionou André. Entendemos que a masturbação é uma atividade solitária, que não estimula o relacionamento, e ao contrário, estimula fantasias onde o indivíduo se sente podendo mais que na realidade, vive uma experiência na qual se sente podendo fazer o que quiser com quem bem entender, e quando quer. Mas é tolerável. Não traz maiores conseqüências até que a pessoa tenha acesso a desligar-se dela quando puder ligar-se em alguém.

Práticas homossexuais também são relatadas, e acreditamos que devem existir em maior monta que nosso conhecimento atinge. Se dão principalmente entre pacientes que já tinham este tipo de tendência antes de se internarem. Alguns pacientes trabalhavam como michês antes de chegarem a nós. Joaquim por exemplo, nos foi trazido por um de seus

parceiros, encontrados na noite, e que com o qual desenvolveu um relacionamento mais duradouro. Joaquim tinha 18 anos, seu parceiro 62 anos. Este quis ajudá-lo, levou-o para trabalhar em seu sítio e agora o trazia para internar-se.

Jacira tinha o hábito de se prostituir para conseguir dinheiro para comprar drogas. Ela diz:

“Tinha um velho que sabia que eu tava grávida mas mesmo assim me pegava em casa pra sair, e eu ia, precisava daquele dinheiro pra comprar o crack. Eu sei que era errado o que eu fazia mas não tinha outro jeito. Minha mãe via ele chegando mas fazia que não via”.

Jacira era filha de pai e mãe alcoólatras, conheceu o pai aos doze anos de idade, quando sua mãe mudou-se para a cidade onde o pai residia. Descobriu que o pai, dono de bar, traficava dentro de seu estabelecimento. Com o dinheiro que seu pai lhe dava, pedia a uma amiga que comprasse maconha de seu próprio pai. Assim que, segundo ela, começou a usar maconha. Sua mãe já tinha estado internada conosco, ficou pouco tempo e voltou a beber assim que saiu. A última notícia que eu soube é que estava presa, tanto ela como o pai de Jacira. Os dois filhos de Jacira estavam agora aos cuidados de uma tia, irmã da mãe de Jacira, que era inclusive quem lhe custeava o tratamento. Na clínica, Jacira repetiu-se, começou a namorar um outro paciente, gravemente comprometido, abandonou o tratamento e foi morar com ele. Pouco tempo depois este paciente voltou a internar-se e não sei o que aconteceu a Jacira.

Alguns casais se formaram, sob nosso conhecimento e nossas críticas e, pelo que sabemos, nenhum deles teve continuidade após a internação. Soraia e Rivaldo, ao saírem de ‘alta a pedido’, cometeram um assalto a um caixa eletrônico e foram presos. Tábata e Alex brigavam tanto, que certa vez a polícia foi acionada antes que se matassem, como me relatou Tábata, e em seguida se separaram.

Outra situação por nós enfrentada, mais rara, é quando um de nossos funcionários se envolve sexualmente com um destes pacientes. Geralmente são pacientes sedutores, que sabem conquistar, tem uma ‘ginga’, uma ‘lábria’, dão ‘171’, e seduzem o parceiro. Funcionários menos preparados se deixam seduzir e se envolvem em algo muito arriscado. Carolina era uma loira esguia que se dedicou a conquistar Antônio, um auxiliar

de enfermagem, negro e solitário. Antônio pediu demissão e foi morar com Carolina. Se nada mais importasse, ao menos importava o fato de Carolina ser HIV+, ter sido duas vezes casada, e ter três filhos. Não sabemos o fim desta história. Sônia era uma auxiliar de enfermagem recém-contratada, que foi flagrada transando com Fernando, um adolescente charmoso, de olhos azuis e corpo atlético, que tinha fama de *'comer todas'*. Sônia foi despedida, Fernando abandonou o tratamento. Aliás, entre as histórias que Fernando contava, estava a de que freqüentemente se escondia sob a cama de seu pai para ouvi-lo transando com as meninas que *'ele pegava'*. Seus pais eram separados desde que Fernando era bebê. Ele também contava que até pouco tempo antes de se internar tomava banho junto de sua mãe, uma loira relativamente jovem que estava então namorando um senhor de mais de 60 anos. Segundo o próprio Fernando, seu problema maior era com álcool, “droga só de vez em quando”. Mateus se casou com Mariana, Mateus era o paciente, Mariana funcionária da administração. Jairo ficou apaixonado por Rita, deu muito trabalho durante sua internação, mas quando recebeu alta parecia estar com esta paixão amainada. Selene ainda está internada e, segundo consta, teve alguns namorados desde que se internou. Após a saída de cada um deles, geralmente por abandono de tratamento, ela se interessava por outro. Ultimamente está se lançando sobre um funcionário de outro setor, Joel, que parece não querer nada com ela, ou melhor, entrega-nos as *'cartas de amor'* que ela lhe manda, e pede-nos providências.

5.4-A EXPERIÊNCIA COM AS FAMÍLIAS DOS DROGADICTOS

5.4.1-FALTA DE ASSISTÊNCIA ÀS NECESSIDADES BÁSICAS DO PACIENTE

A necessidade de submeter-se a um tratamento é talvez a principal demanda do paciente usuário de drogas que, muitas vezes, é negligenciada por sua família, e podemos ver que também o é pelo Estado. São pouquíssimos centros de tratamento para o volume de drogadicotos, bem como há um despreparo dos profissionais que os assistem. Tudo isto pode ser visto quando o paciente nos chega relatando a sucessão de tentativas sem sucesso que fez, de reabilitar-se do uso de drogas, e o tempo enorme transcorrido entre seu início de uso, as primeiras manifestações, e a crise atual. Percebemos que se faz um movimento de

fazer vista grossa ao problema. Tenta-se abrandar a gravidade do que se vê. Custa-se muito a tomar providências. Geralmente as famílias esperam o acontecimento de um fato trágico para procurarem ajuda. Muitas esmorecem diante das dificuldades que encontram e adiam ainda mais esta procura. Nossa pesquisa abrange apenas os pacientes que conseguiram chegar a um tratamento. Também, como estamos vendo, estes pacientes apresentam muitas dificuldades em se submeterem a um tratamento, e isso, aliado ao seu desamparo familiar, quase inviabiliza qualquer possibilidade de tratarem-se.

Muitas famílias dizem que ofereceram oportunidades para seus filhos tratarem-se mas estes as rejeitaram, não se consideravam necessitados, até reagiram com brutalidade à sua proposta. Geralmente estas famílias tem uma figura de autoridade fraca, que não se impõe, o que dificulta ainda mais esse acesso ao tratamento. Como estamos vendo, são inúmeros fatores que adiam seu tratamento.

René tem os pais separados desde que tinha 13 anos, brigavam muito e por fim decidiram separar-se. Hoje ele tem 30 anos e ainda mora com a mulher (também estão em processo de separação), com a qual tem uma filha de 8 anos. A mãe mora sozinha, mas está namorando, e o pai mora metade do mês com René e outra metade com sua atual mulher, em outra cidade. Apesar de sua idade, nosso paciente nunca havia trabalhado, sendo custeado pelo pai que tem uma rede de “fast-food”. Estudou até a quinta série ginásial, mas tem o diploma de conclusão do segundo grau. Na verdade René abandonou os estudos quando começou a usar drogas, época coincidente com a separação dos pais. René era muito obeso, operou-se, fez gastroplastia, mas antes passara longos meses em ‘spas’ para emagrecimento. Após a cirurgia passou a fazer uso compulsivo de crack, quando ouviu falar de nosso trabalho e procurou-nos espontaneamente para tratar-se. Dois dias depois de haver se internado, quando veio acompanhado de sua mãe, que relutou muito em interná-lo alegando que a clinica não era lugar para seu filho, o pai de René, muito ansioso, me telefonou dizendo:

“Eu sou safenado, tenho sérios problemas de coração e não consigo viver longe do meu filho, o senhor me desculpe mas já reservei passagem no vôo das três horas pra Campinas e devo chegar hoje à noite aí, e vou tirar meu filho daí”.

Eu disse a ele que não poderia fazer aquilo pelo bem de seu próprio filho, e argumentei num tom apelativo mas real:

“Já imaginou se o senhor morre amanhã, o que vai ser do René?”.

Ele conseguiu ouvir-me e não veio buscar o filho, mesmo porque, este adiantara ao pai que estava disposto a tratar-se e que não sairia de outra forma da clinica a não ser através de sua alta hospitalar.

A noção de limites é atributo importante tanto ao paciente como à sua família. O filho deve ter limites mas sua família também. E reconhecer limites implica em reconhecer também responsabilidades. Pais irresponsáveis, geralmente, geram filhos também irresponsáveis, no sentido de negligenciar suas necessidades. Pais que se julgam muito poderosos ou muito incapazes, carecem de limites. Mães que desconsideram a importância do pai na educação de seus filhos, como é visto com certa naturalidade hoje em dia, carecem dos mesmos limites. Avós que se julgam capazes de educar seus netos a despeito dos pais, também precisam encontrar seus limites. Filhos que não reconhecem seu lugar e agem como se somente dependessem de si mesmos, estão no mesmo barco. Me lembro do filme “Limite” (1931), dirigido por Mário Peixoto, que se inicia com três personagens num barco, navegando ao léu. Três personagens tristes, sedentos e desamparados. É assim que nos chega a família do drogadicto.

É muito comum se ouvir no ato da internação o seguinte questionamento: “Mas é preciso mesmo doutor? Não tem outro jeito?” O filho esta caindo à nossa frente e a família ainda perguntando se é preciso interná-lo. Quando o paciente nos chega, é quase um caso de vida ou morte. Priscila foi criada pela avó, a mãe abandonou-a aos cuidados da avó assim que ela nasceu, pois fora morar com um outro homem que não era o pai de Priscila e este não a aceitava. Priscila cresceu chamando a avó de mãe. Quando era adolescente foi ‘vendida’ por sua mãe para uns ciganos (segundo a avó me relatara), onde começou a fazer uso de drogas e se iniciou na vida sexual. Um pouco mais tarde, como relatei acima, foi presa em sua casa fazendo uso compulsivo de crack, já vivendo com outro homem (que era traficante, e que também foi preso nesta ocasião), e da cadeia foi encaminhada à clinica. Agora, aquela avó passara a criar os filhos de Priscila. Após alguns meses de tratamento

sua mãe apareceu na clínica, dizendo-se arrependida do que tinha feito de sua vida e que estava disposta a cuidar de Priscila,

“Eu era muito jovem não sabia o que estava fazendo, o senhor sabe, quando a gente apaixonada é assim mesmo, hoje estou muito doente, eu tenho depressão, não consigo trabalhar direito, também tem minha outra filha que tá me dando muito trabalho”.

Numa próxima visita essa mãe me pediu atestado para afastar-se de seu trabalho porque precisava ficar em casa cuidando dos filhos de Priscila.

Jairo era filho adotivo de seus avós, ou seja, sua mãe era na verdade sua irmã. Logo que Jairo nasceu, foi registrado como filho dos seus avós. Logo após o falecimento de seus pais, Jairo, que estava na adolescência, iniciou-se no uso de drogas, morou com um de seus irmãos, mas assim que ganhou maioridade foi morar num dos apartamentos que herdou. O uso de drogas se intensificou. Os irmãos se mobilizaram para interná-lo em uma clínica evangélica da qual Jairo fugiu após trinta dias. Prometeu aos irmãos que ia trabalhar e estudar, mas logo reiniciou-se no uso de drogas e abandonou as atividades que começara. Desorientado, precisou roubar para ter o que comer e para conseguir comprar drogas. Dormia ao relento, drogado e bêbado. Envolveu-se em dois assassinatos como cúmplice e antes de ser preso foi-nos encaminhado. Um de seus irmãos me disse:

“A gente esperou ele ir no fundo do poço pra oferecer ajuda. Ele sabia que a gente estava ali, mas não procurava, queria se virar sozinho. Ninguém mais da família acredita nele. Só eu que ainda estou dando uma força. Mas é a última vez, se pisar na bola de novo não tem volta”.

Amadeu se formou em sociologia na USP. Levou dez anos para se formar. Mais de dez anos depois, quando ele contava com 42 anos, foi trazido para internar-se. Estava em surto psicótico, quebrou toda a casa dos pais, vivia como se estivesse sendo perseguido, escrevendo cartas ameaçadoras e tendo idéias mirabolantes. Nunca havia trabalhado seriamente e não tinha relacionamentos afetivos duradouros. Fumava maconha boa parte do dia, todo dia, segundo ele. Obrigava os pais idosos com quem morava a aceitá-lo como ele era. Somente quando começou a ameaçar a integridade dos pais e levou para casa um saco de guardar cadáveres, conseguido no Instituto Médico-Legal de São Paulo, é que suas duas

irmãs se mobilizaram para interná-lo. Contrataram um serviço de remoção psiquiátrica e trouxeram Amadeu para a clínica. Estavam assustadíssimas com sua possível reação a essa iniciativa.

Muitas outras necessidades também são desconsideradas ou pouco valorizadas; destacamos, principalmente, a carência que nossos pacientes apresentam por não terem experimentado seu desenvolvimento em um ambiente acolhedor às suas solicitações. Cada fase de nossas vidas tem suas exigências próprias, que esperam sua satisfação para que sejam suplantadas com êxito. A necessidade de brincar, a necessidade de aprender, a necessidade de limites, a necessidade de segurança, a necessidade de referências, e outras tantas, que vemos muitas vezes sub-oferecidas a estes pacientes. É comum se observar uma ‘adultização’ da criança, como se a ela fosse oferecido um status, dentro daquela família, que não pode abarcar, mas que lhe representa uma posição muito sedutora. Educar é um processo muito trabalhoso, que implica em muitas renúncias, e muitas vezes pais pouco hábeis ou sobrecarregados, não se mostram capazes dessa tarefa. Exemplo disto encontramos com fartura nas ‘mães solteiras’. Também podemos citar o crescente número de desquites e divórcios em nosso tempo que, sobrecarregando um dos pais na educação dos filhos, termina por atribuir responsabilidades a estes, que sucumbem ante o seu despreparo pessoal. Aqui podemos nos perguntar: O doente psiquiátrico é expressão de uma família doente? Como esperar que pais que não receberam possam dar o que seus filhos precisam? Observamos que há uma preocupação, por vezes excessiva, com a oferta de recursos materiais aos filhos, como se somente isso fosse suficiente para transformá-lo em ‘homem’. É comum os pais dizerem: “Mas ele sempre teve de tudo!”. Pais separados comumente dizem isso, como se procurassem, desta forma, aliviar-se de sua responsabilidade sobre o que está acontecendo.

Encontramos também, famílias aparentemente estáveis e solidárias com as necessidades de seus filhos, e percebemos que nestes, a capacidade de simbolização está melhor estruturada e mais facilmente vão se desprender de seu vício. Aqui, vale mais uma vez considerar a necessidade de comunicação entre pais e filhos como instrumento valorizador e mesmo gerador da capacidade para lidar com atributos simbólicos.

5.4.2-AUSÊNCIA DO TRATAMENTO

A internação psiquiátrica é ainda hoje uma condição estigmatizante. É raro encontrar alguém que reconheça amplamente a utilidade que esta medida terapêutica tem para o paciente. É comum que se tente muitas outras medidas para tratar o usuário de drogas antes que se opte pela internação. Daí, quem entra neste universo, a primeira vista se impactua com um mundo muito pouco conhecido, distante, que não imaginava que pudesse existir. As mesmas pessoas que encontramos no nosso dia-a-dia, com as quais travamos contato em ambientes sociais, estão ali internadas, mas a impressão que se tem quando não se estabelece este contato dentro do hospital, é que são muito diferentes àqueles que vivem em hospitais psiquiátricos. É claro que a desassistência crônica, associada a certas doenças incapacitantes, gera pessoas que não contêm nenhum “glamour”. Haja visto, as personagens que ilustram as diversas reportagens que foram feitas em manicômios nas quais a regra é a associação doença-desassistência. Mas, comumente em nossa vida diária, cruzamos a todo momento com pacientes psiquiátricos sem que nos demos conta disso. Geralmente, estes pacientes somente são considerados como tal no seio de suas famílias, pessoas com quem a convivência diária mostra atributos próprios à doença mental, e que pela angústia que causam e pelas limitações que impõem, são rechaçados, rejeitados, e a internação psiquiátrica pode bem servir ao propósito de livrar-se ‘deste mal’.

A partir dessa necessidade, de distanciar-se daquele indivíduo que causa tanta angústia, que tem posturas tão destrutivas, consigo mesmo e com terceiros, a família interna o paciente, e se não tiverem esta compreensão de suas atitudes, agem como se estivessem abandonando-o, como se estivessem livrando-se de um problema, agindo como se não fizessem parte desse problema, ou ainda, como se algo mágico fosse acontecer, onde colocam o seu filho ali e esperam mais tarde tirá-lo novo e diferente do que conheciam. Como se sua participação não importasse, como se em nada modificasse a evolução desse paciente. Isso não é incomum e trabalhamos diariamente para reaproximar a família de nosso paciente. Convocamos para entrevistas com os técnicos do setor; para reuniões de famílias que são realizadas periodicamente; para levar o paciente a passeio, para licença, ou para alta. Conversamos por carta, telefone, e-mail, pessoalmente, onde for possível. Todo este movimento é feito porque percebemos que há uma grande tendência da família para abandonar seu filho ali conosco.

Muitas idéias podem ser pensadas. A família se sente geralmente culpada por ter um filho nestas condições. Também podem estar com muita raiva do paciente, sua presença fere seus membros. O mais comum é que apenas um membro dessas famílias se responsabilize pelo paciente e geralmente é o único que acompanha sua internação.

O marido de Sulamita nem uma vez respondeu aos chamados da equipe, prometia comparecer à clínica mas nunca o fez. Em um dos telefonemas de Sulamita a um de seus filhos, ela ouviu:

“Esquece a gente, eu tô tentando me virar, vê se dá um tempo”.

Esse filho havia se amasiado com uma mulher dez anos mais velha que ele, assim que sua mãe fora internada. Outro filho foi morar com a avó. E a filha menor, de 12 anos, ficou morando com o pai e era a única que se encarregava de receber recados e retransmiti-los, bem como era a única que constantemente solicitava a volta da mãe.

Jacira veio acompanhada da mãe para internar-se, esta que havia se comprometido em cuidar dos filhos de Jacira enquanto esta estivesse internada, nunca mais apareceu na clínica, e começou a ameaçar de abandonar seus netos, como o fez, deixando-os aos cuidados de sua irmã, obrigando nossa paciente a abandonar sua internação. Tudo muito confuso, porque ao interromper seu tratamento, Jacira também não se mostrava em condições de cuidar dos filhos, saiu para viver com Rafael, e nada do que havia se proposto foi feito.

Douglas por muito tempo esperou nas promessas de seu pai, de que viria visitá-lo, um dia se cansou:

“Ele é muito ocupado, eu entendo, não adianta eu ficar esperando, eu sei que ele me ama, não é por mal que ele fala que vem e não vem”.

Esse pai, que era o único de sua família com quem Douglas podia contar, mostrou-se um homem de caráter duvidoso. Não pagava à clínica, não nos dava satisfações e, pior, ainda mentia quando era questionado. Douglas tinha uma mãe psicótica, da qual seu pai se separou quando ele ainda era criança. Alguns anos mais tarde, seu pai o levou para morar em outro estado com a sua segunda esposa. Quando veio se internar, nosso paciente estava morando com a quarta esposa do pai, que era mais nova que Douglas. O pai de Douglas havia sido agredido por um outro filho, por este ter se considerado roubado de sua

namorada por seu próprio pai. Foi Douglas quem separou a briga de pai e filho. Douglas passou a drogar-se compulsivamente até entrar em um estado de psicose, quando então, passou a se travestir e a sair pelas ruas de Recife pra fazer ‘programas’. Chegou assim à clínica. Travestido de mulher, maquiado, as pernas raspadas, e questionando sua identidade. Alguns meses depois, relativamente melhorado mas também muito envergonhado, especialmente por seu pai não pagar à clínica (e ele era um homem de muitas posses, um empresário de sucesso), pediu para ser levado dali, quando um tio veio buscá-lo num fim-de-semana e nunca mais soubemos de seu paradeiro.

Ao contrário de situações como estas, há muitas famílias que se dedicam junto de seus filhos para obter sua recuperação. São em menor número, mesmo porque nos parece que a desagregação destas famílias parece ser anterior ao uso de drogas. Não há mesmo com quem contar. Mas algumas famílias são assíduas, presentes, se interessam pela evolução e por desenvolver projetos para quando o paciente receber sua alta. Exemplo disto é a mãe de Otávio. Luísa morava longe, mas fazia questão de vir à clínica periodicamente e, quando não podia, telefonava para saber das condições de seu filho. Ela dizia:

“Meu marido e minha filha estão bem, o Otávio é quem mais precisa de mim agora, e não vou descansar enquanto ele estiver em tratamento”.

Quando veio se internar, Otávio veio acompanhado de sua mãe e de um tio médico. O pai já havia falecido, mas também não esteve presente na vida de Otávio, ao contrário, abandonou à esposa e ao filho quando este ainda era bebê. Numa discussão com sua esposa, como esta relatou, ele ateou fogo ao berço onde Otávio estava, Luísa pegou o filho e, como ela mesma disse:

“Saí correndo pra casa da minha mãe e nunca mais voltei pra aquela casa”.

Bem mais tarde, casou-se novamente e teve outra filha. Otávio sempre lhe deu muito trabalho, por exemplo, ele sabia pilotar aviões, num episódio em que estava drogado, roubou um avião em Roraima, percorreu um pequeno trecho e, quando voltou à pista, foi preso. Lá foi sua mãe lutar pelo filho. Muitas situações que exigiam sua presença poderiam ser descritas. Quando de sua alta hospitalar, Otávio encontrou um esquema minucioso,

programado por Luísa, para que ele cumprisse em sua casa. Teria acompanhamento terapêutico, teria trabalho, teria um lar.

O fortalecimento da estrutura familiar bem como sua reorganização, são fundamentais para quando da alta de nosso paciente. E isto demanda esforço que muitas vezes exige mudanças radicais.

5.4.3-INADEQUAÇÃO NO EXERCÍCIO DA FUNÇÃO PATERNA NA FORMAÇÃO DO DROGADICTO

Essa é uma das principais constatações que fizemos, ao longo destes anos, que parece-nos ter relevância na formação da personalidade de nossos pacientes e, conseqüentemente, na relativa facilitação que têm para iniciar-se no uso de drogas e implementarem seu uso de forma compulsiva.

A função paterna que deveria constar do seu desenvolvimento parece estar ausente, no sentido que este paciente não possui os atributos que lhe seriam dados por ela. Não introjetou adequadamente a noção de limites. Não desenvolveu-se de modo a adquirir uma capacidade de simbolização para assim poder lidar melhor com suas frustrações. Não separou-se adequadamente de seus vínculos primários, permanecendo sob a égide do princípio do prazer. Não fez uma adequada inserção social por não ter sua identidade estruturada. Não tem suficiente noção de suas necessidades por não diferenciar-se de seus aspectos infantis. Não tem um bom controle sobre seus impulsos, agindo antes que possa pensar. Entre outras conseqüências, talvez mais graves, o uso de drogas aparece como sintoma de uma formação caótica e desajustada, que não deu-se de forma ordenada e sintônica com seu tempo e com o ambiente.

A função paterna pode mesmo ser exercida pela mãe, não sendo atributo exclusivo do pai, mas seria preciso capacidade de abstração suficiente para intuí-la e exercê-la a contento. Não é o que comumente ocorre. O pai, quando presente fisicamente, geralmente não o é psiquicamente, nem para seu filho nem para a mãe deste filho. Constatamos a figura de um pai frágil, destituído de valor aos olhos de sua família.

Algumas condições foram encontradas, quando o filho vive basicamente sob os cuidados da mãe ou de alguém que a represente:

- a. Os pais são vivos e vivem separados,
- b. O pai é falecido,
- c. O pai mora com a família, mas é um pai doente, freqüentemente alcoólatra (não necessariamente à época da internação, mas principalmente quando estava se formando a personalidade do paciente), ou tem uma doença incapacitante,
- d. O filho possui uma família relativamente estável mas foi criado longe de sua família original, com os avós geralmente,
- e. O filho é adotivo,
- f. O filho não conheceu seu pai.

O que estou apresentando aqui são apenas constatações que podem ser pensadas, e aqui o são à luz da psicanálise, não sendo fácil estabelecer uma relação de causa-efeito. São dados muito subjetivos para serem quantificados. É preciso um olhar atento na convivência com estes pacientes para se certificar dessas constatações, pois elas não aparecem em simples questionários, quando as respostas dadas carecem de melhor juízo crítico por parte dos entrevistados, mesmo porque eles estão profundamente envolvidos para responderem, sem isenção, sobre seus próprios pais.

Quando Luís dá um soco no rosto de seu pai que estava trazendo-o para internar-se, diz mais que com palavras. Seus pais são separados desde que ele estava na sua primeira infância, seu pai era alcoólatra, ficando ele aos cuidados de sua mãe, que não poupou esforços em passar a seus filhos uma imagem muito ruim de seu pai. Esse pai presente à internação não é o pai que Luís traz dentro dele. O pai que ele traz é fraco e desvalido, que não interfere quando ele se dispõe a assaltar para conseguir dinheiro e drogar-se.

Quem atende os pais de Carlos, não consegue fazer associação com estas idéias, são pessoas aparentemente íntegras, que dedicaram-se exaustivamente à educação de seus filhos, inclusive Carlos tem mais seis irmãos que são muito bem sucedidos no que fazem.

Mas ao longo de nosso contato descobrimos que Carlos é filho adotivo, e percebemos que o pai que ele traz em si não é o mesmo que o adotou.

Amauri tem um pai muito dedicado, hoje, porque no passado era uma pessoa ausente, que viajava o tempo todo a trabalho. Amauri ocupou por muitos anos seu lugar na cama dos pais. As justificativas que ouvimos quando estes episódios são relatados são muito plausíveis, mas ao mundo mental pouco dizem, ou seja, em nosso mundo interno trabalhamos com outra lógica, nosso comportamento obedece a outros desígnios, que precisam ser nomeados de forma individual, caso a caso.

Priscila não conheceu seu pai, o avô que a amparou quando sua mãe a deixou aos cuidados dos avós, faleceu cedo.

Sobre o pai de Jacira já falamos, ausente, traficante e alcoólatra. Somente lembro aqui que após o primeiro contato de Jacira com seu pai, aos 12 anos, o pai e a mãe de Jacira voltaram a morar juntos e tiveram outros filhos.

Quando o pai está presente, exercendo sua função adequadamente, chegamos mesmo a duvidar do diagnóstico de drogadicção, acreditando que este é um sintoma secundário a alguma outra patologia. Ou, quando mesmo assim não chegamos a tal conclusão, percebemos que a recuperação do paciente se dá muito mais facilmente e com maior expectativa de consolidação. São muito raros estes casos em nossa casuística.

Quando atendo Celso em meu consultório, atendo junto seu pai, que apesar de ter tido uma vida profissional ativa, hoje mantém-se em sub-empregos, sendo um depressivo crônico, que toma um maior número de medicamentos que seu filho.

Selene também é filha adotiva e, como ela diz, tinha adoração por seu pai, mas ele faleceu e ela parece não ter suportado mais essa perda, ficando à mercê de suas experiências mais primitivas.

Sulamita não conheceu o pai, e mesmo sua mãe a deixou em um orfanato logo após seu nascimento, por ter contraído tuberculose e precisar tratar-se longe da filha. Deixou-a ali e foi retirá-la quando ela tinha dezessete anos. Dá pra imaginar que eram duas desconhecidas.

Helena foi adotada pela filha de seus pais, que logo faleceu deixando-a ao encargo dos avós-pais. Portanto foi adotada duas vezes.

Tábata viu seus pais separarem-se quando tinha em torno de seus 2 anos de idade. Certa vez, conforme relatado por sua mãe, uma pessoa profundamente deprimida, seu pai invadiu sua casa e a raptou, levando-a para viver com ele e a mãe dele, numa cidade muito distante da que morava. Seis meses depois, sua mãe conseguiu reaver sua guarda. Quando Tábata tinha aproximadamente 8 anos de idade seu pai enforcou-se. Tábata já vivia com sua mãe e o padrasto a quem chamava de pai.

A família adotiva de Gerônimo foi a quinta família que tentou adotá-lo, sendo que as quatro anteriores somente ficaram com ele por pouco tempo, cerca de um mês, e devolviam-no ao orfanato onde vivia, alegando que ele dava muito trabalho, chorava muito. Quando seus pais o adotaram, seu pai era portador de uma doença terminal e sabia que em breve morreria. Segundo a mãe, ele adorava o filho,

“Seus olhos brilharam quando o Gerônimo entrou lá em casa, ele só queria ficar com o menino”.

Seis meses depois, quando Gerônimo tinha pouco mais de dois anos de idade, o pai faleceu.

Quando você vai diariamente ouvindo estas histórias, associando-as às exigências que os pacientes nos fazem de impor limites à sua conduta, de compreender-lhes nos seus atos, quando eles mesmos não conseguem fazê-lo, de ajudá-los a constituírem-se em suas identidades, ou seja, de exercer-lhes uma função próxima ao que deveria ser a função paterna, você começa a intuir que há uma ligação importante entre estes fatos, sua história pessoal e suas mais prementes necessidades. A ausência da função paterna é decisiva na constituição do humano. A subjetividade de cada um fica muito comprometida se não contar com a integração promovida pelo encontro psíquico das funções materna e paterna.

As experiências relatadas pelos pacientes entrevistados, entre estes e seus pais, é muito contundente:

“Esses tempos meu pai queria me matar, pegou até arma pra me matar, todo mundo falava que ia me matar e depois suicidar.”
(Rafael)

“Fui atrás do meu pai pra visitá-lo, ia pra falar com ele enquanto ele estivesse solto, já tem mandato pra ele, por estelionato, formação de quadrilha, pensão alimentícia, a família dele é só bandido.”[...]”Igual minha mãe falou, não quero filho bandido igual eu tive o marido.”
(Manoel)

“Fico tentando ter referência de um homem pra minha vida e lembro de tão pouca coisa, tão pouco contato. No começo tocou fogo no berço, depois com seis, sete anos, ele foi me visitar e fiquei com vergonha dos meus amigos, depois fui algumas vezes atrás dele e não me dei bem, achava que era caipira demais, não queria um pai daquele jeito. E toda vez minha mãe falava pra não ir. Eu ia pra ficar um mês e ficava um dia. Mas gostava muito do meu avô, não sei porque meu avô podia ser caipira e meu pai não.”[...]”Mas nunca tive referência pra falar, se você mexer comigo vou chamar meu pai. Ficava fragilizado. No colégio tinha isso, via colega falando vou chamar meu pai.”[...]”Uma vez fui pro Rio, ligaram lá, o pai do Otávio morreu, fiquei chateado, quis voltar, aí minha mãe falou, como você acaba com nossas férias assim.”[...]”O meu pai era um horror, e até hoje tenho medo, se vocês forem brigar comigo, não tenho pai pra chamar.” (Otávio)

“Porque a gente pega o lado ruim do pai da gente?” (Vander)

“Foi logo na separação dos meus pais que comecei a usar drogas, meu pai chorava o dia inteiro, morei com meu pai em vários hotéis, foi aí que parei de estudar.” (René)

Cabe ainda fazermos uma referência às relações fraternizadas que constatamos entre pais e filhos, quando estes pais buscam se assemelhar a seus filhos, invertendo um importante processo de identificação, que seria fundamental na formação de uma identidade. A identidade frágil destes pais não lhes permite se colocarem como exemplos a seus filhos, ao contrário, estes é que lhes representam um modelo a ser seguido. A figura de autoridade necessária à aquisição de limites e necessária à sobrevivência, passa então a ser

buscada do lado de fora das casas, como por exemplo no chefe das quadrilhas ou no ‘dono da boca’.

5.4.4-USO DE DROGAS ENTRE OS FAMILIARES DO PACIENTE

Outra constatação feita por nós, que não é relatada com frequência, é o uso de drogas entre pessoas de uma mesma família. O mais comum de se ver, e aí podemos dizer que é alta a frequência por nós observada, é o uso frequente de álcool ou de medicamentos psicotrópicos dentro daquela família. O relato de uso de drogas ilegais geralmente está ligado a algum ou alguns dos irmãos de nosso paciente. Há casos em que nosso paciente iniciou o uso de drogas através de um de seus irmãos. O comportamento adicto é rotineiro nestas casas. Muitos usuários de droga não chegam ao nosso serviço, mas também constatamos que é grande o volume de alcoolistas que internamos que relatam terem filhos viciados em drogas.

Celso faz uso de medicamentos desde criança, primeiro para ‘disritimia’ e depois iniciou-se no uso de drogas, hoje toma antidepressivos basicamente. Sua mãe nos diz:

“Ele começou a ficar muito agitado quando criança, eu levei ele em um neurologista que passou tegretol, ele tomou tegretol por muitos anos”.

Seu pai, como já descrevi, é um depressivo crônico, que durante toda a vida de Celso fez uso de antidepressivos. A mãe de Celso diz:

“Lá em casa tem uma verdadeira farmácia”.

É interessante notar que muitos destes pacientes trazem este relato de ‘disritimia’ na infância. Esta síndrome neurológica não parece ter fundamento anatômico que a justifique, parecendo ser um diagnóstico clínico dado geralmente quando o médico assistente não consegue dizer que não sabe o que o paciente tem. E isto parece tranquilizar os pais: “Ele teve disritimia”, eles dizem, e parece que assim esclarecem aquele comportamento agitado, inquieto, de quem queria dizer alguma coisa mas não sabia como. E dá-lhe remédio. Parece-nos que estes pais não conseguem associar o comportamento de

seu filho aos movimentos que ocorrem em suas casas. Precisam de uma explicação médica para acomodarem-se em sua angústia.

Moisés e Isac eram dois irmãos que estiveram internados conosco. Sua mãe é quem os acompanhou. O pai era alcoolista e em nenhum momento se interessou pelo tratamento dos filhos. Além de usarem drogas juntos, também cometiam atos delituosos dessa forma. Franzinos no corpo, driblavam essa limitação com sua agressividade. Assim que deixaram o hospital, abandonando o tratamento, recebi uma carta de sua mãe comunicando que Moisés havia sido assassinado e que Isac estava desesperado, ameaçando a todo momento de matar seu pai. O relato dessa mãe, procurando por seu filho desaparecido, pelas ruas, favelas, bares, no Instituto Médico Legal, por hospitais, é algo contundente.

Carlos Alexandre iniciou no uso de drogas pelas mãos de seu irmão. Ele tinha 13 anos e este irmão 19 anos. O hábito que teve início lento, intensificou-se com o passar dos anos e enveredou-se por outras drogas. Alexandre nos conta:

“Meu pai não deixava a gente ter outros amigos, então ficavam sempre os irmãos juntos. Aí praticamente todos experimentaram maconha. Mas só eu e ele que continuamos, até que ele morreu. Quando ele morreu estava bêbado e drogado”.

O irmão de Alexandre suicidou enforcando-se e foi nosso paciente quem primeiro se aproximou de seu irmão morto, descobriu-o enforcado, entrou em estado de choque, e foi nessas condições que nos chegou para internar-se.

Renê nos contou que também usava drogas acompanhado de seu irmão:

“Primeiro eu peguei ele fumando maconha, depois foi ele quem me pegou enrolando um baseado, aí a gente de vez em quando fumava junto”.

Foi seu irmão quem telefonou à clínica para agendar sua internação. Havia feito uso de drogas por quatro anos e parou, após um tratamento psicológico, segundo Renê. Estava agora empenhado em ver seu irmão tratando-se.

A relação entre irmãos é um fértil material para análise. Em nossa experiência temos constatado inúmeros casos de depressão em pacientes que viveram a perda de algum irmão. Parece-nos que culpam-se pelo que sucedeu-se a seu irmão, sempre acham que

poderiam ter feito algo para evitar tal situação ou, ainda esperam se vingar daquela morte. Vander é um destes pacientes, ele diz:

“Meu irmão andava com um cara, não sei o que ele tinha que meu irmão vivia na casa dele, eu tenho certeza que foi ele quem fez a cabeça do meu irmão pra entrar nessa vida. Esse cara deu uma moto pra ele e um dia, ele trabalhava de moto-boy, um dia ele foi fazer uma viagem, levar um passageiro até outra cidade, e quando chegou lá o cara assassinou ele. Esse assassino já está preso, mas aquele cara ainda não. Se eu pego ele na minha frente eu mato ele”.

Vander se dizia pertencer ao grupo dos “skin-heads”, e nutria ódio pelas pessoas que o frustravam ou que se interponham em seu caminho, que somente era neutralizado por sua aparente frieza. Ele dizia:

“Todo mundo aqui fica falando que tem saudades do pai, da mãe, tem vontade de voltar pra casa, eu não. Eu não sei o que acontece comigo que pra mim tanto faz estar aqui ou lá”.

Ele morava com a mãe e com a avó, os pais haviam se separado quando ele ainda era um infante. Ele fazia o que bem entendia, desconsiderando as pessoas à sua volta.

“Eu enrolava baseado na frente da minha avó”.

Essa avó o acompanhou à internação e chorava muito enquanto ele era internado. Pediu muito pelo neto, que o acolhêssemos porque “era um bom menino”.

5.4.5-POSTURA DESESPERANÇOSA FRENTE AO TRATAMENTO

A sucessão de dificuldades experimentadas, associadas aos insucessos vividos em tratamentos anteriores, relatadas pelos familiares dos drogadictos quando nos chegam para internar seu filho, configuram numa desesperança quanto à sua recuperação do vício de drogar-se. A própria doença mental tem no senso comum o caráter de irreversibilidade. A psiquiatria, especialidade médica responsável pelos cuidados a estes doentes, também é vista como ciência marginal, que pouco pode fazer pelos seus pacientes. É uma especialidade muito pouco procurada pelos estudantes de medicina recém-graduados. Os serviços destinados a formar psiquiatras também são escassos. O caráter asilar dos hospitais psiquiátricos traz consigo um estigma de cronicidade e de desassistência. Confunde-se com

certa facilidade o doente crônico com o doente agudo. O hospital psiquiátrico é assim visto como último recurso a ser adotado pela família do drogadicto, que o faz sem a mesma expectativa de oferecer um tratamento capaz de abordá-lo em suas reais necessidades.

Muitas vezes o paciente é internado apenas com o propósito de ‘dar um descanso’ para quem convive com ele. Já não se espera como antes. Geralmente, atitudes negligentes da família de nossos pacientes estão associadas a essa desesperança. É algo facilmente compreensível, não querem se frustrar como antes, diante de sucessivas recaídas no hábito de usar drogas, diante de promessas desfeitas, de comportamentos agressivos que pareciam haver se modificado. São famílias que carecem de limites e então não reconhecem que a esperança é consequência da percepção de limites. Esta é uma das descobertas que a experiência nos trouxe. Quando o paciente se sente com limites, inicialmente advindos do mundo externo, no caso colocados pela clínica e pela equipe que o assiste, também se sente valorizado, e só assim pode ter esperanças. São situações que se dão de forma paralela. A equipe responsável por esta abordagem precisa estar muito atenta a esta necessidade do paciente, pois o que observamos é que facilmente também nos vemos desesperançosos diante dele, à semelhança de sua família. Experimentamos um desejo de ‘livrar-se’ dele, como se ele ‘não tivesse mais jeito’. Esta situação é sempre construída na relação com o paciente. Ele nos provoca, em geral após adquirir alguma confiança em quem está lhe assistindo. Geralmente, nem o paciente nem sua família percebem de forma clara o que está acontecendo, sendo necessário que quem lhe assiste esteja aberto a esta compreensão, para não atuar seus sentimentos, não agir conforme mandam nossos impulsos. O paciente precisa de compreensão e não de que repitam com ele o que fazem sua família e outros lugares onde foi tratado, colocando-o num círculo vicioso que o desassiste e amplia sua desconfiança de que possa ter possibilidade de mudanças.

Percebemos que o próprio paciente se sente muito culpado pelas sucessivas atitudes que vem tendo e que, a sucessão de desacertos em tentativas de tratamentos anteriores, aumentam esses sentimentos de culpa pela crença que geram dele ser alguém muito grave, muito ruim, que ninguém é capaz de abordá-lo. Essa auto-rejeição é experimentada pela equipe como um desejo de rejeitá-lo, de puni-lo, e a expulsão do tratamento muitas vezes serve a esse propósito. Estou descrevendo mecanismos inconscientes, compreendidos à luz da psicanálise.

Helena começou a namorar Vander dentro da clínica. Foi diversas vezes alertada de que esse comportamento não era ali permitido. Por algumas vezes também foi levada à equipe técnica do setor para que, em conjunto, disséssemos a ela sobre nossa posição em relação às suas atitudes. Ela se comprometia em modificar-se, mas quase que subseqüentemente às nossas abordagens tornava a agir contrariando nosso compromisso. Uma certa noite foi flagrada trancada em seu banheiro acompanhada de Vander. Novamente a levamos a uma reunião da equipe do setor, quando a abordaríamos na sua aparente desconsideração com nossas regras. Entre outras coisas, eu disse a ela:

“Você está provocando muita raiva em todos nós (e conseqüente necessidade de rejeitar, expulsar o objeto causador deste sentimento), e está correndo o risco de ser mandada embora dessa clínica. Já pensou que está repetindo aqui um comportamento que você tinha em sua casa? Provocando a equipe para que a rejeitemos? Nós não queremos fazer isso contra você, mas você precisa aceitar que tem pessoas querendo cuidar de você”.

Helena já havia nos relatado que, pouco tempo antes de se internar, sua mãe a expulsara de casa, ela saiu e habitou as ruas de sua cidade e posteriormente foi para a casa de uma amiga. Voltou à sua casa quando decidiu pedir ajuda à mãe. Ela diz:

“Eu roubei um dinheiro dela e ela percebeu e me cobrou isso. Eu falava que não tinha pego o dinheiro mas ela insistiu que só podia ser eu. Falou que não ia mais tolerar aquilo na casa dela, a gente começou a brigar, ela me deu um tapa na cara e falou que eu não era mais filha dela, e que era pra mim sair dali naquela hora”.

Antes deste episódio, Helena havia levado alguns colegas de vício para dentro de sua casa, enquanto a mãe viajava,

“tava todo mundo muito drogado, e a gente passou a quebrar a casa, quando minha mãe chegou quase ficou louca”.

Decidimos, a equipe e a direção clínica do hospital, que toda paciente do sexo feminino em período fértil, deveria se submeter à avaliação ginecológica e fazer uso de contraceptivos, resguardando-nos e a nossos pacientes de possíveis acontecimentos indesejáveis. Em seguida abordamos Vander, que estava muito angustiado querendo saber porque Helena havia saído chorando convulsivamente da reunião de equipe:

“O que vocês falaram pra ela que deixou ela assim?”

Parecia que alguma coisa tinha despertado sentimentos nele. Mais uma vez eles se comprometeram em respeitar nossas regras.

Estas atitudes de nossos pacientes, experimentando junto a nós seus limites, são nossa rotina. É um trabalho árduo, que exige atenção constante para que não os deixemos ocupar um lugar que não é deles. Como se disséssemos “nesta casa tem pai e mãe, fique no seu lugar!”. Mínimos detalhes do dia-a-dia são importantes de serem observados para que limites sejam oferecidos a estes pacientes. Nas poucas vezes que tivemos que desligar o paciente de seu tratamento, percebemos que seus familiares não se importaram tanto, como se já esperassem por aquilo. Essa compreensão, de que o paciente provoca nossa rejeição a ele, não faz parte do senso comum e, especialmente a administração hospitalar, cobra-nos posturas mais incisivas, menos tolerantes.

5.4.6-CULTURA DA DROGA

A sociedade que discrimina o usuário de drogas é a mesma que estimula o seu uso. Aqui, observamos uma confusão, quando também aos medicamentos chamamos de drogas, é claro, nos atendo exclusivamente aos efeitos físicos que estes produzem no organismo. Mas recebem a mesma denominação. Hoje se divulga o uso de drogas/medicamentos para muitos fins, se alguém deseja modelar seu corpo ou melhorar sua performance sexual, ou mesmo para ‘ficar alegre’, pode contar com o último lançamento em matéria de drogas colocadas à venda no mercado, praticamente sem dificuldade em adquiri-las. A fragilidade do ser humano o fez aprofundar-se na descoberta de recursos que o amparassem nessa condição. Estamos vivendo um tempo em que as atitudes narcísicas predominam sobre o envolvimento afetivo-relacional. Há um investimento narcísico prévio ao investimento nas relações, como defesa às frustrações que estas promovem. E isto diferencia em muito o uso de drogas ilegais do uso de medicamentos. Estes, necessitam de um relacionamento prévio, médico-paciente, aquele não exige essa postura, ao contrário, o usuário de drogas ilegais parece se comportar como se negasse também a autoridade médica, passando ele mesmo a se medicar, como se tivesse essa autoridade. Mas, muitos médicos também prescindem de envolver-se afetivamente

com seus pacientes, e colocam-se como verdadeiros mercadores de drogas, valorizando ao extremo o incremento desse uso. Medicação deixaria de ser consequência de uma escuta do indivíduo em seu sofrimento, para assemelhar-se à tentativa de conserto de uma máquina que está falhando em seu funcionamento. A tecnologização da medicina muitas vezes afasta o médico de seu paciente, dificulta a aproximação, e qualquer manifestação angustiante deste é reprimida com a prescrição do último lançamento medicamentoso. Para tanto não faltam os laboratórios de plantão a oferecê-los.

Abordando o paradigma mecanicista da medicina, QUEIROZ (1986) delineou os caminhos pelos quais a medicina, e portanto, os médicos, adentraram nas últimas décadas, distanciando-se cada vez mais do contato íntimo com seus pacientes e assim, da subjetividade de cada um destes, perdendo em muito na qualidade do atendimento prestado, especialmente por não poderem, desta forma, ter acesso aos aspectos emocionais presentes em suas queixas, sinais e sintomas, à sua Cultura. Atualmente há programas governamentais que estimularam o surgimento de uma nova especialidade médica, o ‘médico de família’, que procura, ainda timidamente, retomar este contato perdido.

O jovem que cresce neste meio, que apreende esta Cultura, não vai encontrar dificuldade em associar-se ao uso de drogas. Seus pais, tios, avós, irmãos, todos já fizeram e fazem, uso de algum medicamento, geralmente devidamente prescritos, para alívio de situações muitas vezes mal compreendidas e menos ainda explicadas. Não há espaço neste contexto para a subjetividade humana.

Adriano, um paciente que trabalhou por muitos anos junto ao alto escalão de Brasília, me contava que

“nas gavetas de todas as mesas dos grandes escalões de Brasília tem uma caixa de lexotan”.

Há um comportamento febril na busca de alívio para a ansiedade que surge em meio a relacionamentos conturbados e na conquista de mercado. A sociedade de consumo se impõe e a regra é Ter para Ser. Este mercado, extremamente competitivo, não oferece espaço para indivíduos ‘malformados’. A sensação que os usuários de drogas têm de serem deficientes muitas vezes é fruto da equiparação com exigências sobre-humanas que lhes são feitas. De um lado não têm, como estamos vendo, a formação familiar adequada, de outro

lhes são cobradas posturas somente possíveis a quem teve um desenvolvimento adequado. O que resta é sua marginalização.

Há alguns dias estive presente, como conferencista, em um Congresso Internacional sobre “Políticas, Legislação e Política de Drogas: Congruência ou Divergência”, no Rio de Janeiro e, constatei o quanto se tem dúvidas sobre como intervir nestes casos. Muito já se fez, mas com resultados pouco satisfatórios. No mesmo dia em que proferi minha conferência, andando numa das ruas do Rio, de dentro do ônibus parado pelo congestionamento, podíamos ver atônitos, eu e outros passageiros, um assalto a mão armada, feito por alguém aparentemente na idade dos 20 anos, num dos carros que estavam a nossa frente. Ninguém podia fazer nada. E, praticamente todos que deram suas opiniões dentro daquele ônibus, diziam acreditar que aquele assalto estava diretamente relacionado ao uso de drogas. “É pra comprar drogas”, diziam. Possivelmente estavam certos. Posteriormente, o relato que meus pacientes fazem corrobora esta impressão. A prática delituosa está diretamente relacionada com o uso de drogas. Com seu pragmatismo prejudicado, o indivíduo recorre a estas práticas para sustentar seu vício. Toda a sociedade está vitimada quando isto se dá. O que pouco consola, é a constatação que aquele fato não se deu conosco.

Quando estes pacientes se dispõem a tratar, geralmente não encontram meios para tanto, e quando conseguem, na seqüência encontram um sistema que não lhes acolhe. Há uma desilusão geral, que começa nos lares destes pacientes e continua na carreira que traçam para si.

*... o mundo das paixões é
o mundo do desequilíbrio,
é contra ele que devemos
esticar o arame das
nossas cercas ...*

RADUAN NASSAR
Lavoura Arcaica

6-DISCUSSÃO

Este trabalho pressupõe a existência de uma trajetória percorrida pelo usuário compulsivo de drogas, culminando em sua institucionalização psiquiátrica, constituindo este percurso, sua Carreira¹.

Essa pesquisa nasceu espontaneamente da convivência diária do pesquisador com pacientes usuários compulsivos de drogas, internos de uma clínica psiquiátrica, na cidade de Itapira-SP. A necessidade de compreensão deste fenômeno surgiu principalmente das experiências fracassadas, “decepcionantes” (GOFFMAN, 1961, p.111), de intervenção terapêutica para estes casos, sendo que a sucessiva busca de respostas fertilizou novas perguntas.

Por ‘experiências fracassadas’, pode-se entender como sendo aquelas que, após a internação hospitalar, culminaram no retorno ao uso de drogas pelo paciente, o que pode ser facilmente observado nos dados de anamnese, destes pacientes, que descrevem sucessivas reinternações em centros de tratamento, com o objetivo explícito de cessar este uso, e não apenas interrompê-lo temporariamente. Também, consideramos aqui os muitos casos de pacientes que, de alguma forma, tiveram seu tratamento hospitalar interrompido antes que pudesse receber ‘alta hospitalar’.

Na Clínica Cristália, observamos que há algumas formas do paciente desligar-se de seu tratamento hospitalar, após ter-se inserido no ‘Projeto de Atendimento a Drogadictos’ (que prevê um período de seis meses de internação), e a mais incomum é por receber alta hospitalar, dada pela equipe que o assiste. Outras formas, que se configuram na interrupção do tratamento hospitalar incluem, abandono de tratamento (geralmente por ‘alta a pedido’ de um dos familiares responsáveis pelo paciente, quando da internação), e expulsão do hospital (quando de atuações graves, que colocam a terceiros em risco de vida). Observamos então que, freqüentemente, o paciente desliga-se ou é desligado de seu tratamento, e posteriormente reinterna-se nesta mesma clínica ou em outras. Assim, também a Clínica Cristália coloca-se no roteiro percorrido por estes pacientes, na carreira

¹ “Tradicionalmente, o termo carreira tem sido reservado para os que esperam atingir os postos ascendentes de uma profissão respeitável. No entanto, o termo está sendo cada vez mais usado em sentido amplo, a fim de indicar qualquer trajetória percorrida por uma pessoa durante sua vida”[...]”Essa carreira não é algo que possa ser brilhante ou decepcionante; tanto pode ser um triunfo quanto um fracasso. É sob esse aspecto que desejo considerar o doente mental.” GOFFMAN (1961, p.111)

que perfazem para si, que inclui ainda centros de atendimento ambulatorial, quando de sua busca inicial por tratamento.

Atualmente tem sido elaboradas diversas formas de abordagem ao paciente usuário de drogas, sendo que o Ministério da Saúde (2003) privilegia o tratamento a nível ambulatorial, através dos CAPS (em especial, e ainda em implantação em todo o País, os CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas), valorizando uma política de ‘redução de danos’², até mesmo anterior à abstinência radical do uso de substâncias, que é exigida pelos serviços hospitalares que abordam tais pacientes. Há aproximadamente doze anos vêm sendo implantada, pelos órgãos oficiais, uma política de desospitalização psiquiátrica, o que vem reduzindo, em muito, a oferta desse recurso aos drogadictos. Também chamam atenção algumas formas alternativas de intervenção, como aquelas oferecidas por algumas comunidades terapêuticas e por alguns centros religiosos, nas quais se privilegia o método dos ‘doze passos’, na recuperação de usuários de drogas. Sem nos estendermos nas características de cada uma destas formas de abordagem, observamos que na Clínica Cristália, os pacientes que fizeram parte desta pesquisa, em sua grande maioria, já haviam se submetido a outras oportunidades de tratamento, tanto a nível ambulatorial, como a nível hospitalar.

O que leva estes indivíduos a persistirem nesse hábito, de drogar-se, por anos e anos? Por vezes, apenas nos sentimos na platéia de um teatro e nos tornamos meros expectadores de suas tragédias, que em alguns casos culminam em sua morte, sem termos acesso a modificar o roteiro que está sendo desenvolvido naquele palco. Esse trabalho, sentar e observar, que tem um caráter passivo, através dessa pesquisa adotou um caráter ativo. Após ‘noites e noites’ vendo a mesma ‘representação’, delimitamos algumas hipóteses para responder a esta questão inicial.

O olhar do pesquisador sobre este fenômeno, nesta pesquisa, foi filtrado pela teoria psicanalítica da ‘transferência’ (FREUD, 1912,1914) e da ‘compulsão a repetição’ (FREUD, 1914). Isso, de certa forma, o levou até àquele palco. Nossa primeira impressão foi a mesma de um dramaturgo, ou seja, o que se passa ali, no palco, parece ser um reflexo

² Onde o objetivo principal, na abordagem ao drogadicto, não é a interrupção do uso de drogas, mas a redução dos danos associados a este uso. Entre as medidas adotadas com este fim, está a distribuição gratuita de seringas para usuários de drogas injetáveis.

da vida cotidiana, um reflexo da sociedade. Quem estaria na platéia, de alguma forma, estaria se vendo representado por aqueles personagens. Assim, o hospital psiquiátrico tornou-se um grande palco onde desenrolam-se histórias, de forma repetitiva, como num grande laboratório de experimentos, e a um pesquisador, isso tem outro sentido que não a mera repetição e, sua intervenção, faz-se principalmente com as idéias que desenvolve.

Todos os pacientes que fizeram parte desta pesquisa, referiam estar, até serem internados, em uso de drogas, não de forma recreativa, mas sob uso compulsivo, quando todo seu empenho pessoal estava direcionado à busca de sensações produzidas pela ingestão de drogas, especialmente a cocaína (aqui associamos também o uso de ‘crack’, que é a forma sólida da cocaína), e para tanto suas ações se voltavam para esse fim. Como no teatro, são personagens que atuam principalmente à noite, que têm nos hábitos noturnos suas principais atuações. Dessa forma, toda sua vida laborativa está comprometida, como a escola e o trabalho. Também os relacionamentos interpessoais modificam-se. Isso, inclusive, é alvo de críticas freqüentes dos pais destes pacientes, que queixam-se de que ‘agora só anda com más companhias’. daquelas crianças ‘inocentes’ que eram, tornaram-se adolescentes ameaçadores, que aparentemente são independentes e que insistem em determinar seus hábitos preferenciais, com quem andam, os lugares que freqüentam e o que fazem.

Pensamos que aqui se expressa um profundo problema de identidade. Quem está no palco é o ator ou o personagem? Ambos? No teatro, vemos o personagem, mas há alguém por detrás deste, com uma identidade distinta. Em nossos casos, a identidade do personagem confunde-se com a do ‘ator’, sendo que cada vez mais o personagem se impõe, impingindo suas características, que a nosso ver são muito diferentes daquelas do indivíduo que o ‘carrega’. Trabalhamos aqui, com a noção de identidade desenvolvida por COSTA (2001, p.784):

“A formação da identidade consiste em um processo que se estabelece à custa da assimilação de todas as identificações fragmentárias da infância que, por sua vez, pressupõem um contingente bem-sucedido de introjeções precoces.”[...]”Ao falarmos de identidade, estamos nos referindo à capacidade interna de o ser humano sentir-se o mesmo, apesar das transformações e mudanças

que possam ocorrer ao longo de sua vida. A estabilização da identidade se dá quando da elaboração do complexo de Édipo, embora o sentimento de identidade se mantenha como algo dinâmico, progressivo e sensível às mudanças impostas pelas experiências da vida[...].”

Assim, a identidade é entendida como algo processual e dinâmico, constituída a partir das identificações que fazemos ao longo de nossas vidas, com as representações que temos daqueles que estão à nossa volta.

Não há, ao que nos parece, nos usuários compulsivos de drogas, um ‘self’³ desenvolvido’, capaz de adotar uma posição sócio-cultural equânime. Este, o ‘ator’, é frágil, aquele, o ‘personagem’, é forte, este é ameaçado, aquele é ameaçador, este tem muitos limites, aquele transita muitas vezes até os beirais da morte, com suas condutas de risco que desconsideram a noção de limites. Entre estas condutas, primeiramente observamos a perda da noção de suas necessidades pessoais, até mesmo para alimentar-se, vestir-se e dormir, entre outras; mas também observamos situações de overdose, práticas sexuais sem restrições e o envolvimento em situações de extrema violência, através de brigas, roubos, ‘rachas’ de carro, etc. Constitui-se o que Winnicott denominou, e desenvolveu ao longo de sua obra, como ‘falso self’. Para este autor, a mente é fundamentada a partir de um ‘ambiente suficientemente bom’⁴, ou seja, aquele ‘ambiente’ que se adapta ativamente às necessidades do bebê, composto tanto pela provisão material

³ LINS (2002, p.801), cita trechos de uma carta de Winnicott, onde procura esclarecer o que entende por ‘self’: “Para mim, o self, que não é o ego, é a pessoa que sou, que é apenas eu – uma totalidade baseada no desenvolvimento do processo de amadurecimento. Ao mesmo tempo, o self tem diferentes partes que, de fato, o constituem. Essas partes se aglutinam do interior para o exterior, no curso do desenvolvimento desse processo, com a ajuda, como deve ser (máxima no começo da vida), do meio ambiente humano; é o meio ambiente que fornece à criança o manejo, os cuidados e favorece[...]aquele processo de amadurecimento. O self encontra-se na natureza, localizado no corpo; no entanto, em determinadas circunstâncias, um pode dissociar-se do outro. O self reconhece, essencialmente, sua existência nos olhos e na expressão do rosto da mãe, assim como[...]no espelho que o rosto da mãe representa para ele[...]O self, finalmente, chega a construir uma relação significativa entre a criança e a soma das identificações que, sob a condição de suficiente incorporação e introjeção das representações mentais, organizam-se sob a forma de uma realidade psíquica interna e vivaz. A relação que o menino ou a menina estabelece com sua organização psíquica interna se reforça e se modifica em função das expectativas que manifestam o pai, a mãe e aqueles que se tornaram importantes na vida externa do indivíduo.”

⁴ “No começo, o bebê é o ambiente e o ambiente é o bebê. Através de um processo complexo, o bebê separa os objetos, e aí separa o *ambiente* do self.[...]Uma das muitas conseqüências desse novo desenvolvimento é que o bebê passa a ter um *interior*[...]A fonte desse progresso é o *processo maturacional* inato no indivíduo, que pode ser facilitado pelo ambiente. O ambiente facilitador é necessário, e, se não for *bom o suficiente*, o processo maturacional se enfraquece ou se interrompe” (WINNICOTT, 1999, p.60-61, grifos do autor)

como pelos cuidados afetivos que lhe são destinados. Winnicott (1988, p.412) esclarece: “[...]um meio ambiente mau é mau porque, por não conseguir se adaptar, torna-se uma *invasão* à qual o bebê precisa reagir”. A função materna, exercida a contento, como parte deste ambiente suficientemente bom, forneceria condições de adaptação extra-uterina, ao bebê, respeitando a habilidade crescente que cada bebê tem de compensar o seu fracasso, que aqui é relativizado, por meio da atividade mental, que mostra-se crescente desde então. O desenvolvimento adequado seria possível quando as reações às experiências de invasão do meio fossem mínimas. O ambiente facilitador em oposição ao ambiente intrusivo. O falso self seria composto por esta série de reações adaptativas que o bebê precisou fazer para, também segundo Winnicott, proteger seu verdadeiro self.

“Quando a necessidade absoluta de um meio ambiente perfeito transforma-se em necessidade relativa, o bebê passa a ser capaz de compensar as deficiências de uma mãe suficientemente boa por meio da atividade mental.”[...]”A noção de falso self aparece quando Winnicott se refere a pessoas que têm cada vez mais, necessidade de um funcionamento mental, organizado defensivamente, contra um meio ambiente torturante.” (LINS, 2002, p.786)

Distinguindo as noções de verdadeiro e falso self, na obra de Winnicott, MELLO FILHO (2000, p.2), nos diz sobre o falso self:

“O falso self se formaria devido à ação de uma mãe não suficientemente boa, que imporá seus gestos e desejos às necessidades do bebê, só lhe deixando caminho de se submeter a si própria, renunciando aquilo que lhe é autêntico e original. Nesta seqüência, o infante se torna apto na arte de imitar e, posteriormente, de enganar, acrescento eu. Ele disse que sem um aspecto falso self não conquistaríamos um lugar na sociedade que decorre da atitude social polida e amável comum. Descreveu cinco gradações de falso self que vai desta atitude até aquele indivíduo cujo falso self é tão hipertrofiado que se confunde com a pessoa verdadeira.”

Essa confusão⁵, expressa na identidade do indivíduo que faz uso compulsivo de drogas, quando este mostra-se alguém com características onipotentes, mas que numa convivência mais íntima revela-se um ser profundamente impotente, parece ter-se instalado muito antes do início do uso de drogas. Existe uma confusão de papéis a serem exercidos pelo paciente, que parece ter iniciado ainda em sua formação. Observamos comportamentos que poderíamos caracterizar como falsos-selves. Esta confusão, entre o que é verdadeiro e aquilo que é falso, repete-se conosco, na clínica, quando o paciente não respeita nossas orientações, quando impõe-se em suas condutas, quando age buscando a satisfação imediata de seus impulsos, desconsiderando que está convivendo com outras pessoas e que há quem cuide e se responsabilize por ele. Observamos também situações em que o paciente se alia à equipe e passa a representar-nos junto a outros pacientes, ‘tomando conta’ quando não estamos próximos. De uma forma ou de outra há uma confusão de papéis, há imitação e não espontaneidade. A ‘negação’ de que há alguém lhe cuidando parece revelar um comprometimento maior de sua estrutura psíquica. Nesses casos, parece que o indivíduo identifica-se com algo que lhe falta, como se ele fosse um adulto sem nunca ter feito por onde tornar-se um adulto. Ele impõe-se repetindo comportamentos aprendidos, imitados, e o que observamos é algo bizarro (falso, no sentido Winnicottiano). A estruturação de algo assim não se sustenta com facilidade, e facilmente observamos isso no paciente. Mas, como dar a este indivíduo o seu verdadeiro ‘lugar’, quando ele parece ser dono de muitos outros?

Todo processo de identidade se faz inicialmente por identificação. Segundo LAPLANCHE e PONTALIS (1985, p. 296), o estudo da identificação é central na obra de Freud, como sendo “a operação pela qual o indivíduo humano se constitui.” Em muitos momentos de sua obra, Freud enriquece o conceito de identificação. Em “Totem e Tabu” (1913) ele fala em ‘incorporação oral’ pela necessidade dos povos primitivos em

⁵ “Estado de confusão é o que Mahler chama de simbiose, Freud de narcisismo primário e secundário, Bleger de ambigüidade, e Kohut de Self-objeto arcaico. Esse estado de confusão gera os estados de entranhamento.[...]Distingo ainda um estado de indiferenciação persistente durante toda a vida do indivíduo,[...]originando[...]estados de despersonalização diversos.” (PRADO, 1988, p.83). Este autor, desenvolve o conceito de ‘estado de entranhamento’, para definir “o quadro psicodinâmico resultante da manutenção total ou parcial da indiferenciação primária com os objetos, por predominar dentro do Self um alto teor de angústia que torna necessário o uso massivo da identificação projetiva, bem como o predomínio de uma larga ou extensa área mental onde o pensamento não pôde ser desenvolvido em sua forma mais evoluída de pensamento simbólico.” (p.88).

identificar-se com o ser incorporado. Em “Luto e Melancolia” (1915), ele mostra como o indivíduo se identifica com o objeto perdido, tornando-se este, e poupando-se desse sentimento de perda. Em “Introdução ao Narcisismo” (1914), ele esboça a dialética que liga a escolha narcísica de objeto à identificação. Estudando o ‘Complexo de Édipo’, em muitos momentos, FREUD (1923, 1924, 1928, 1931) nos mostra seus efeitos sobre a estruturação do indivíduo, a partir de identificações que o indivíduo faz para poder abandonar e substituir seus pais. E, principalmente no seu estudo sobre “Psicologia de Grupo e a Análise do Ego” (1921), ele sintetiza este conceito, distinguindo três fontes de identificação. Primeiramente, constituindo-se como forma original de laço emocional com um objeto (identificação pré-edípica, pela ‘incorporação oral’). Segundo, de maneira regressiva, ela se torna sucedâneo para uma vinculação de objeto libidinal, por meio da introjeção do objeto no ego. E finalmente, surgindo com qualquer nova percepção de uma qualidade comum partilhada com alguma outra pessoa, mesmo não havendo qualquer investimento sexual do outro.

Podemos então, concluir que a identidade se desenvolve a partir do outro, a partir de uma relação, basicamente, a partir da relação mãe-filho.

“A conquista de ‘si-mesmo’ através de uma relação humana é a via única, obrigatória e inexorável. Não há alternativas, sucedâneos ou negociações. O único alívio é a vicariança: não há obrigatoriedade que a mãe psicológica seja a mãe biológica. São funções, não figuras. A mente não ouve a ‘voz do sangue’.” (DI LORETO, 1997, p.15)

WINNICOTT (1975), estudando os primeiros movimentos que o bebê faz para apreender a realidade externa, elaborou o conceito de ‘fenômenos transicionais’ e ‘objetos transicionais’, “para designar a área intermediária de experiência” (p.14), onde o bebê faz uso de objetos que não fazem parte de seu corpo, mas ainda não os reconhece como pertencentes à realidade externa.

“Reivindico aqui um estado intermediário entre a inabilidade de um bebê e sua crescente habilidade em reconhecer e aceitar a realidade.”[...]“Estou interessado na primeira possessão e na área intermediária entre o subjetivo e aquilo que é objetivamente percebido.” (WINNICOTT, 1975, p.15)

Winnicott, nos fala que um ‘espaço potencial’, no qual se transita entre um estado de fusão com o objeto primário (mãe), aquilo que é subjetivamente concebido, e um estado de separação deste objeto, aquilo que é objetivamente percebido.

Assim, o ‘objeto transicional’, adquire importância principalmente pelo que representa, ou seja, “a transição do bebê de um estado em que este está fundido com a mãe para um estado em que está em relação com ela como algo externo e separado.” (p.30). Tal objeto possui algumas qualidades especiais, que, conforme seu próprio autor podem ser assim descritas (p.18):

1. O bebê assume direitos sobre o objeto e concordamos com esse assumir. Não obstante, uma certa ab-rogação da onipotência desde o início constitui uma das características.
2. O objeto é afetuosamente acariciado, bem como excitadamente amado e mutilado.
3. Ele nunca deve mudar, a menos que seja mudado pelo bebê.
4. Deve sobreviver ao amor instintual, ao odiar também e à agressividade pura, se esta for uma característica.
5. Contudo, deve parecer ao bebê que lhe dá calor, ou que se move, ou que possui textura, ou que faz algo que pareça mostrar que tem vitalidade ou realidade próprias.
6. Ele é oriundo do exterior, segundo nosso ponto de vista, mas não o é, segundo o ponto de vista do bebê. Tampouco provém de dentro; não é uma alucinação.
7. Seu destino é permitir que seja gradativamente descatequizado, de maneira que, com o curso dos anos, se torne não tanto esquecido, mas relegado ao limbo. Com isso quero dizer que, na saúde, o objeto transicional não ‘vai para dentro’; tampouco o sentimento a seu respeito necessariamente sofre repressão. Não é esquecido e não é pranteado. Perde o significado, e isso se deve ao fato de que os fenômenos transicionais se tornaram difusos, se espalharam por todo o território intermediário entre a ‘realidade psíquica interna’ e ‘o mundo externo, tal como percebido por duas pessoas em comum’, isto é, por todo o campo cultural.”

O objeto transicional, manipulado no espaço potencial, é adotado pelo bebê assim que este, gradativamente apreende a realidade externa, destituindo-se da crença de ser, a mãe, uma extensão sua. Todo esse processo, necessita de uma participação ativa da mãe, ora permitindo-se ser uma extensão do bebê, ora sendo percebida objetivamente por este. O bebê pode ‘brincar’, ora experimentando a realidade, ora abandonando-a. São,

essencialmente, experiências de caráter onipotente. “A onipotência é quase um fato da experiência.” (p.26).

As condutas onipotentes, observadas nos usuários compulsivos de drogas, nos fazem pensar que estes indivíduos não conseguiram desvencilhar-se destas primeiras experiências vividas pelo bebê, tendo como consequência uma precária adaptação à realidade. Seria a droga um objeto transicional, à qual seu usuário lança mão para sentir-se em parte ligado ao ‘corpo materno’, e em parte ligado à realidade?

HONIGSZTEJN (1999, p.35), referindo-se a Winnicott, nos fala deste ‘casamento’ que dá-se no bebê, possibilitado por um ambiente bom, entre o sentimento de onipotência (primária no bebê, que sente-se o ‘criador’ deste ambiente) com seu domínio do real. E ele acrescenta: “Não podendo viver essa experiência, o bebê começa a desenvolver a onipotência secundária”, que seria uma expressão da “falta de esperança⁶ em relação à dependência”. Aqui, podemos entender o uso de drogas como uma das expressões desta onipotência secundária.

“A potência é substituída pelo poder, alimentado pela desesperança e seus dramáticos acompanhantes: humilhação, fúria, inveja, ódio. A contração mobilizada pelo ódio para criar uma experiência de self que se sustente, ocupa o lugar do que não foi possível: o fluir, a expressão de liberdade e confiança.” (HONIGSZTEJN, 1999, p.35)

Percebemos que a identidade do usuário compulsivo de drogas expressa-se através de posturas onipotentes, que têm um caráter de controle do ambiente. Os rituais utilizados para que se consiga e se faça o uso da droga; a mãe que não dorme enquanto o filho não chega; as relações perversas, estabelecidas entre o usuário de drogas e as pessoas que fazem parte de seu mundo; são exemplos de uma tentativa onipotente de se controlar o ambiente. É curioso que em alguns serviços psiquiátricos (algo por nós observado na prática de atendimento a estes pacientes, lembrando aqui que a cidade de Itapira congregava, até pouco tempo, quase dois mil leitos psiquiátricos em suas clínicas públicas e privadas), assim que o paciente portador deste diagnóstico é internado, somente por esse

⁶ “A ausência de esperança é a característica básica da criança que sofreu privação[...].” (WINNICOTT, 1987, p.130)

diagnóstico ele já é medicado com uma associação de medicamentos conhecidos desta forma como ‘sossega leão’.

O processo de identificação dá-se entre indivíduos que convivem numa determinada Cultura. A adolescência⁷, período da vida a nós relatado como oportunidade principal de iniciar-se no uso de drogas, é caracterizado pela ausência de uma identidade definida, ou seja, ainda por constituir-se. A instabilidade emocional que marca esta transição, entre a infância e o mundo adulto, facilmente encontra refúgio nas ‘verdades’ apregoadas pela sociedade, em especial pela sociedade de consumo. LOWENKRON (2003, p.997), citando CHRISTOPHER LASCH (1983), quando cunhou o termo “Cultura do Narcisismo” para sintetizar aspectos de nossa atualidade, aponta algumas dessas características: “Alteração do sentido de tempo, intenso temor ao envelhecimento e à morte, fascínio pela celebridade, deterioração das relações entre os homens, declínio do espírito lúdico, negação feroz da dependência ao outro.” E conclui: “Com isso, parecem ganhar relevo as figuras clínicas da depressão, do abuso de drogas, da violência e dos sofrimentos vividos no corpo, como somatizações graves.” Podemos pensar na adolescência como um ‘espaço transicional’, de forma equivalente à noção Winnicottiana, quando o indivíduo transitaria entre o mundo infantil (corpo materno) e o mundo adulto (apreensão da realidade). Aquelas primeiras experiências, descritas anteriormente, poderiam aqui ser ressignificadas, sendo que aqui estaríamos contando com toda a carga cultural a que este indivíduo estaria submetido. A onipotência primária, característica das primeiras relações de objeto, toma aqui outras feições, confundindo-se com a onipotência advinda de experiências culturais de extrema violência e de caráter narcísico.

“O desenvolvimento humano é marcado pela dificuldade de resignar-se com a perda progressiva dos sentimentos de onipotência – desde a perda da vida intra-uterina até a adultez – e o narcisismo, enquanto defesa, é uma forma pela qual o sujeito procura atenuar seus sentimentos de impotência e desvalia.” LEVY (1996, p. 224)

⁷ “O adolescente é pré-potente.” (WINNICOTT, 2001, p.121)

ROSENFELD (1989), chamou de “narcisismo destrutivo”, às relações nas quais predominavam manifestações de destrutividade dirigidas contra o objeto e contra partes do self. O self destrutivo “apresenta-se como forte e acena com soluções ideais, rápidas e onipotentes.”[...]”Este é um modo de funcionamento mental que pode levar a quadros distintos do ponto de vista descritivo e fenomenológico, tal como a adição às drogas[...].” (LEVY, 1996, p.226).

“Os traços maníacos, a onipotência, o narcisismo são freqüentes coadjuvantes das personalidades falso-self[...].A concomitância maior é de falso-self e narcisismo, fato tão freqüente que é difícil admitir um paciente falso-self sem narcisismo.” (MELLO FILHO, 2000, p.10)

O conceito de ‘Refúgio Psíquico’, desenvolvido por STEINER (1997), sintetiza este estado no qual predominam relações objetais narcísicas, em especial aquelas com forte componente destrutivo. A onipotência, característica dessa condição, é uma forte defesa contra a impotência frente às exigências, internas e externas, vivenciadas pelo adolescente, que sem poder contar com ‘objetos bons internalizados’, vive como um refugiado, distante das relações objetais, até atacando-as, num mundo com regras e leis próprias. De certa forma, a internação hospitalar psiquiátrica concretiza esse refúgio, mas um refúgio compartilhado, que pode, desde então, adotar um caráter construtivo.

Quando o paciente é internado em um hospital psiquiátrico, é prontamente identificado como alguém que está adoecido e precisando de cuidados. Isso é frontalmente rechaçado pela maioria de nossos internos, bem como por grande parte de seus familiares. Uma das medidas que a família do paciente adota, para amenizar este problema, é não revelar a outros parentes ou a pessoas do convívio do paciente, o seu paradeiro. Não dizem que ele está internado e menos ainda onde está. Estar internado em um hospital psiquiátrico confere a identidade de ‘louco’ para o interno, e isso é inaceitável, mesmo que ele estivesse cometendo muitas loucuras em sua vida até internar-se. Mas, aqui observamos um profundo golpe na onipotência do paciente. Somente pelo fato de ter-se internado, e por mais que ele busque negar essa realidade, já há evidências das quais ele não pode esconder-se. De fato, a condição de interno de uma clínica psiquiátrica, estigmatiza aquele indivíduo perante a sociedade. Muitas vezes, nem mesmo os filhos do paciente sabem onde ele está. Pensamos

que, talvez este confronto inicial lhe seja benéfico, visto que para enfrentar alguém que está vivendo sob a égide do “princípio do prazer” (FREUD, 1920), onde a crença em soluções mágicas e onipotentes dita as regras, somente algo tão contundente pode provocar alguma repercussão. A subsequente adoção de medidas, pela equipe que assiste o paciente, que visam dar-lhe noções de limite, pode facilitar ao paciente o contato com suas próprias necessidades, modificando assim o paradigma que até então norteava sua vida. A internação, bem como a assistência que lhe é oferecida, representam a introdução do “princípio de realidade” (FREUD, 1920) para este indivíduo. O exercício diário destas posturas, potencialmente, podem desencadear o desenvolvimento da capacidade de pensar⁷ no paciente e em sua família. Esta condição é processual e sofre a intervenção de muitas variáveis.

Entendemos que o uso de drogas situa-se no campo das atuações, ou seja, numa região aquém do pensar, no qual importa sobretudo a satisfação de impulsos primitivos que visam a eliminação de ansiedade, ou dito de outra forma, de quantidades de energia acumuladas, produzidas pelos constantes estímulos, endógenos e exógenos, a que somos constantemente submetidos, que não encontram outras vias de escoamento, que as ações motoras. Age-se por não poder pensar. Do ponto de vista da teoria econômica de FREUD (1950[1895]), o uso de drogas desencadearia sensações que percorreriam vias de facilitação previamente demarcadas, ou seja, anda-se por um caminho conhecido, o que virá é conhecido. Desta forma, fugir à realidade, poderia ser compreendido como um conjunto de medidas para evitar-se o esforço necessário para que se empreenda a abertura de novas vias por onde circularia a energia acumulada dos processos vitais. É a ‘lei do menor esforço’, aquela que obedece ao ‘princípio da inércia’ (FREUD, 1985, p.397). Paga-se caro por isso. Mas até que possa-se aprender com as experiências, é neste sentido que caminham nossos pacientes.

⁷ “Considera-se ‘capacidade de pensar’ à potencialidade do indivíduo perceber coerentemente a realidade para defrontá-la em forma adequada, através do desenvolvimento das funções de atenção, memória, raciocínio e juízo, com possibilidade de simbolizar e criar redes complexas de símbolos, que serão necessários para sonhar, devanear, articular idéias, formar conceitos, teorizar, criar sistemas científicos, etc.[...]” (CASSORLA, 2003, p. 426)

O fim do processo de pensamento é estabelecer um estado de identidade. A formação da identidade exige esforço, procuras, descobertas, caminhos novos. De certa forma, o usuário de drogas, no caminho que percorreu até então, construiu uma identidade. Ele é conhecido, no meio em que vive, pelo que é, pelo que fez de si mesmo. Modificar essa condição representa sempre uma ameaça. Por mais que, moral e eticamente, os argumentos para interromper o uso de drogas sejam defensáveis, há algo arraigado em nossos pacientes que parece importar ainda mais. O que ele é não foi implantado nele, antes, exigiu esforço para se fazer como tal. Como a criança de dois anos, muito bem estudada por DI LORETO (1997), precisa contrariar os pais para sentir-se como alguém separada e independente destes, nossos pacientes também adquiriram sua identidade, mesmo que com a preponderância de aspectos onipotentes, transgredindo, experimentando limites, chamando atenção para si. A interrupção do uso de drogas, parece ser sentida por estes pacientes como a amputação de um de seus membros, como uma castração. Aqui parece haver um paradoxo, como alguém tão impotente poderia sentir-se castrado? Na verdade, o que se dá, assemelha-se à quebra de um espelho. A droga parece dar ao indivíduo a imagem de alguém onipotente, como numa ilusão de ótica, que quebra-se com a falta dessa. MOLLON (2001), apud GALLEGO SOARES (2003, p. 847) diz que “a identidade é essencialmente uma ilusão, uma brincadeira com espelhos baseada na identificação com os outros, com imagens e papéis socialmente criados.” E, geralmente, o que vê-se por detrás, a nova imagem que se forma, não é facilmente assimilável pelo indivíduo. REZENDE (2000, p.53) nos diz: “A essa ‘quebra’ do espelho, Bion vai chamar de ‘cesura’ [...], para indicar a via de acesso ao simbólico.”, e continua, agora citando Lacan em sua referência a Narciso, no qual este é “‘prisioneiro de seu imaginário’, sem acesso ao registro simbólico.”, e conclui que “para chegar ao simbólico, o narcisista teria que passar do outro lado do espelho para então fazer a experiência do relacionamento com o outro.”

Falando da relação especular que o bebê estabelece com a mãe, WINNICOTT (1975, p. 156), nos diz:

“Quando a menina normal investiga seu rosto ao espelho, ela está adquirindo a tranquilidade de sentir que a imagem materna se encontra ali, que a mãe pode vê-la e se encontra ‘en rapport’ com ela. Quando meninas e meninos, em seu narcisismo secundário, olham

com o intuito de ver beleza e enamorar-se, já existem provas de que a dúvida neles se insinuou a respeito do amor e cuidado contínuos de suas mães.”

Lembro-me de um paciente que alguns dias após ser internado, raspou os cabelos e as sobrancelhas, assemelhando-se a um bebê. Também aqui penso na preocupação, aparentemente excessiva, que esses pacientes têm com sua compleição física, logo após estarem internados, praticando por horas seguidas exercícios de musculação e outras práticas esportivas, além de solicitarem com frequência a prescrição de anabolizantes. Mas, voltando à vivência de perda da sua imagem inicial, é preciso tempo, variável em cada caso, para acostumar-se a uma nova imagem. Muitas tentativas de recuperar a imagem perdida são feitas neste caminho. Assim, interromper o uso de drogas, pode ser equiparado a uma experiência de renascimento.

Nascer, do ponto de vista mental, não tem data nem hora, podendo dar-se continuamente ao longo da vida. “Nascer como ser humano implica não só um nascimento biológico, mas também um acontecimento nesse mundo. “ (SAFRA, 2002, p.828). E, como nos ensinou BION (1988), é representado pela capacidade de pensar, de simbolizar, que aos poucos instala-se no indivíduo. Desta forma pode-se constituir a identidade do indivíduo, a verdadeira identidade, diferente da falsa identidade. A qualificação de falsa, como já foi dito, é conseqüente à diferença entre o que o indivíduo aparenta ser e o que ele realmente é. A identidade ‘da noite’ não se revela a mesma ‘durante o dia’. À noite ‘todos os gatos são pardos’; de dia, à luz, muitas outras nuances se esclarecem.

Neste trabalho, observamos que este nascimento mental, ou seja, a aquisição da capacidade para pensar subjetivamente, somente é possível com a oferta de um adequado exercício da função paterna para o indivíduo. E, constatamos principalmente, que os indivíduos usuários compulsivos de drogas, não tiveram acesso a experiências nas quais essa função foi exercida a contento. Como dizia o casal ADAMO (1997), houve em sua formação, um ‘continente flácido’. Dito de outra forma, faltou-lhes algo no ‘ambiente’ que os possibilitasse desenvolver a capacidade de simbolizar suas frustrações, seus limites, sua impotência (e mesmo suas potencialidades), de modo que encontraram nas sensações produzidas pela droga, e nas atividades paralelas a essa prática, uma fonte de ilusão, de

distanciamento da realidade, de evasão dos compromissos, que denunciariam sua real condição.

A evolução das relações sociais, cada vez mais exigentes, que privilegiam uma competitividade acirrada para a sobrevivência do indivíduo, tem nos usuários compulsivos de drogas um representante de sua falência. O pai, figura cada vez mais ausente e desqualificada, dentro desta sociedade atual, procurando corresponder a estas exigências, falta no exercício de sua função, tanto para seus filhos, como para a mãe desses filhos. O reflexo dessa falta pode ser percebido nas práticas exercidas e relatadas por nossos pacientes. Os vínculos formados nestes casos são precários: pode-se observar uma fraternização dos vínculos entre pais e filhos, bem como, pode-se observar uma ‘adultização’ da criança, que não pode sustentar essa condição quando as exigências sociais se impõem. A capacidade para pensar, fundamental para o exercício da criatividade e para a humanização das relações, mostra-se precária, e o indivíduo prende-se a experiências concretas, que não abstraem o amanhã, mas apenas o aqui e agora, importando a satisfação do momento, como se o futuro fosse apenas uma idéia que sucumbe frente à desesperança instituída. A esperança num vir-a-ser mobiliza o indivíduo, que assegura-se em sua capacidade para pensar, e organiza-se para construir o que virá. Em nossos pacientes a insegurança dita as regras, ou seja, a segurança não está no uso adequado das palavras e na capacidade de elaboração e planejamento de metas, mas apenas nas atitudes que podem ser tomadas para a preservação de sua sobrevivência básica. Encontramos esta mesma desesperança nos pais destes pacientes, e por fim, na sociedade formada por estas famílias. Pais e mães deprimidos⁸, que já ‘não sabem mais o que fazer’, são constantemente observados por nós, quando abordamos tais pacientes. Em última instância, a identidade destas famílias também está perturbada. O pai mostra-se enfraquecido na sua identidade de pai, a mãe mostra-se confusa em seu papel e, seus filhos, seguem o mesmo caminho. Lembramos que para Lacan, numa referência de REZENDE (2000, p.80), “o simbólico é ‘a norma que preside a estruturação das estruturas’ [...].O exemplo clássico é o da situação edípica: simbolizar é dizer o lugar de cada um: lugar de pai é de pai, lugar de mãe é de mãe, lugar de filho é de filho...”.

⁸ Utiliza-se aqui o conceito nosológico para a Depressão. Esta, seria aqui, uma entidade clínica comumente observada nos pais dos usuários compulsivos de drogas.

É comum observarmos tentativas subseqüentes de substituição de papéis dentro deste lar. Como exemplo, vemos um grande número de irmãos assumindo a responsabilidade pela internação de nossos pacientes (geralmente, quem acompanha o paciente à internação, responsabiliza-se legalmente por esta, sendo que ainda há certas normas para a internação dita compulsória, mas não me estenderei nisso), geralmente porque os pais não o fazem, pela ausência desses pais ou pela incapacidade de fazê-lo. Esta é outra questão problemática na abordagem desses pacientes. A autoridade sobre o paciente, nestes casos, não é natural, como seria no caso de um dos pais assumirem esta responsabilidade, mas artificial, circunstancial, e isso muitas vezes é rejeitado pelo paciente. Aliás, isso dá-se em toda sua trajetória, mesmo antes dele internar-se. Esta artificialidade na autoridade que lhe é apresentada, pode ser questionada a todo momento.

Figuras de autoridade, como as representadas pela polícia, padre, pastor, professor, irmão mais velho, patrão, etc., são, de forma ambivalente, aceitas e rejeitadas pelo indivíduo que não pode simbolizar naturalmente essa imagem dentro de si. Geralmente, a mãe deste indivíduo, tem dentro dela mesma, uma figura frágil de autoridade, e transmite essas impressões a seu filho. A formação desse indivíduo mostra-se caótica nesse aspecto. Assim, quando há uma exigência a respeitar limites, esta autoridade pode ser facilmente negada ou negligenciada. Repito, isso dá-se de forma ambivalente, pois, também este indivíduo sabe, de alguma forma, a importância em admitir essa autoridade em sua vida, sabe que respeitar limites e regras é fundamental para a sobrevivência em comunidade. É nesse delicado fio que transitamos, a família, a equipe que assiste o paciente, e este, procurando um equilíbrio para fazermos a travessia. O médico, a instituição, o psicólogo, etc., figuras de autoridade, precisam ser assimiladas, introjetadas, para que, a partir de pequenas e toleráveis experiências de limite, e conseqüentemente, de frustração, possa-se instalar paulatinamente a capacidade de pensar. A aceitação da realidade além do princípio do prazer. A expulsão do paraíso. A perda da condição divina. A constituição do humano.

“Um problema muito importante se referia a área dos limites. Geralmente havia uma ausência ou omissão da figura paterna, do ambiente indestrutível, como chamou Winnicott... . No nosso caso destrutível e, mesmo, destruído. As mães eram pessoas heróicas, que

assumiam quase tudo do lar porém, geralmente amargas e pouco voltadas para as realidades dos filhos, muito menos para questões menores de limites. Casas sem limites, vidas sem limites, seres sem limites.” (MELLO FILHO, 2000, p.8)

Como diz BION (1988), a capacidade para pensar nasce do encontro entre uma pré-concepção e a não realização desta, sendo que esta experiência, vivida a todo momento em nosso cotidiano, precisa ser suficientemente tolerável pelo indivíduo, e isto pode-se desenvolver à medida que amplia-se esta capacidade de lidar com as experiências de frustração (pensamos aqui, que quanto maior a utilização da onipotência para impor-se à realidade, maior é o sentimento de frustração experimentado pelo indivíduo). A partir da teoria psicanalítica de que o bebê nasce com uma expectativa inata do seio, Bion desenvolve o modelo de um bebê cuja expectativa de um ‘seio’ encontraria a realização de um ‘não-seio’ disponível para satisfação. A partir disso, de acordo com a capacidade deste bebê de tolerar a frustração surgida neste encontro/desencontro, “[...]se a capacidade de tolerar frustração for suficiente, o ‘não-seio’ se transforma num pensamento, e desenvolve-se um aparelho para pensá-lo.” (BION, op.cit, p.103). Pensando, a frustração tornaria-se mais tolerável, e não se precisaria fugir a essa frustração, mas haveria meios para modificar esta realidade ‘frustrante’, basicamente através da crescente capacidade de simbolizar o objeto ausente. Na predominância da intolerância à frustração, se hipertrofiaria o aparelho de identificação projetiva, que principalmente procura evacuar os conteúdos mentais sobre o ambiente. O bebê pode, ao invés de desenvolver um aparelho para pensar pensamentos, desenvolver um aparelho de identificação projetiva⁹. “[...]a identificação projetiva, que em geral é uma fantasia onipotente, funciona neste caso, de modo realista” (BION, op.cit, p.105). Há uma crença na onipotência.

⁹ SEGAL (1979) relata o desenvolvimento do conceito de Identificação Projetiva (IP) na obra de Melanie Klein: Na IP, partes do eu se projetariam, em fantasia, no objeto, tendo múltiplas finalidades como, livrar-se de uma parte indesejável do próprio eu, controle do objeto, etc. A projeção de partes más levaria à perseguição. A IP seria a base das relações narcisistas com o objeto e de uma estrutura narcisista interna, onde, diferente das relações objetais, o indivíduo se relacionaria com partes suas projetadas no outro. E ainda, PRADO (1988, p.143), falando sobre a IP, nos diz: “É através desse mecanismo onipotente que o Self também se desfaz da percepção de impulsos diretos e de outros impulsos que chegam à consciência através de fantasias que funcionam como defesas instintivas; e ao se desfazer das percepções, desfaz-se também de partes de si mesmo, já que estas são percebidas como pertencendo ao mundo externo ou a objetos externos. Dessa forma, se empobrece e até mesmo se expõe ao caos, ou a uma fratura em objetos bizarros.”

Todo este processo, descrito anteriormente de forma didática, dá-se basicamente na relação mãe-bebê. Como o exercício, adequado ou não, da função paterna poderia interferir no seu desenvolvimento? WINNICOTT, op.cit (p.70), nos diz que um bebê não pode ‘existir’, não pode ser pensado separadamente de sua mãe, ou seja, a idéia de um bebê implicaria necessariamente na idéia de uma mãe, e vice-versa. Não podem ser pensados isoladamente. De modo semelhante, também podemos pensar que uma mãe não pode existir sem um pai. A idéia de mãe necessariamente desemboca na idéia de pai. Esta é uma constatação ao mesmo tempo objetiva e subjetiva. A idéia de pai estaria contida na idéia de mãe, assim como a idéia de mãe está contida na idéia de bebê. A diferenciação dos papéis a serem exercidos separadamente é antes uma simbolização baseada em identificações que foram feitas ao longo da vida. Mas, se ‘mãe’ é uma certeza, antes de tudo biológica, ‘pai’ é uma idéia a ser construída, tanto pela mãe como pelo filho.

“[...]o ego mais maduro não é o que está no último patamar de desenvolvimento, mas aquele que evoluiu mantendo sempre em si outros níveis mais primitivos de integração *eu-realidade*¹⁰, que permitem abordar criativamente a pesquisa da realidade e se sentir real.” NETO (2002, p.825)

A partir das experiências pessoais, pode-se desenvolver dentro de cada indivíduo, a função¹¹ paterna e a função materna e, estas, podem ser exercidas tanto pelo pai como pela mãe. Até onde a condição de gênero é influente no exercício destas funções? Parece-nos que o “impulso à integração” (HONIGSZTEJN, 1990) presente no homem desde seu nascimento¹², poderia ser representado pela integração destas funções dentro de

¹⁰ grifo do autor

¹¹ “*Função* é o nome para a atividade mental própria a um número de fatores operando em consonância. *Fator* é o nome para uma atividade mental que opera em consonância com outras atividades mentais constituindo uma função” (BION, 1966, apud COLUCCI, 1997, p.122). COLUCCI (1997, p.123), ainda desenvolve o conceito de ‘função-pai’, como sendo “a capacidade do pai de absorver e conter os aspectos persecutórios e de morte presentes no parto. A habilidade e a presença do pai para suportar e conter a paranóia materna primária e as defesas de que possa usar, determinam o alívio e a proteção que o bebê deve usufruir”, demonstrando ainda que a ausência desta condição “permite que esta perseguição seja depositada no bebê.”.

“Com a palavra ‘função’, Bion está fazendo alusão a algo vivido, e que como tal faz parte da personalidade de alguém” (REZENDE, 2000, p.18)

¹² “O bebê nasce com tendências herdadas que o impulsionam impetuosamente para um processo de crescimento. Isso inclui a tendência em direção à integração da personalidade, em direção à totalidade da personalidade em corpo e mente, e em direção ao relacionamento objetal, que gradualmente se torna uma questão de relação interpessoal, à medida que a criança começa a crescer e a notar a existência de outras pessoas.” (WINNICOTT, 1999, p.139)

cada indivíduo. Também percebemos que é do senso comum a necessidade destas funções serem exercidas tanto pelo pai como pela mãe, ou seja, o pai deveria conter em si as funções paternas e maternas, e vice-versa; mas, observamos experiências de grande confusão neste caminho. Essa confusão pode ser observada principalmente pelo negativo de sua atuação. É na sua falta que identificamos melhor esta confusão. Mas, além disso, podemos inferir que entre as atribuições da função paterna, estaria a de facilitar ao filho a apreensão da realidade.

“Encontrar o pai não só significará poder separar-se bem da mãe, mas também encontrar uma fonte de identificação masculina, imprescindível tanto para a menina como para o varão, porque a condição bissexual do homem torna necessário o casal ‘pai e mãe’ para que se consiga um desenvolvimento harmônico da personalidade.”[...]“O pai ausente obriga às vezes o filho a tomar seu papel em um processo de identificação.” (ABERASTURY e SALAS, 1985, p.81-86)

WINNICOTT, (1975, p.160), diz: “Não seria horrível se a criança olhasse para o espelho (*mãe*)¹³ sem que nada visse?”. Poderíamos acrescentar: “Não seria horrível se a mãe olhasse para o pai sem que nada visse?”.

A maturidade seria então constituída pela internalização do casal, pai e mãe, quando presentes de forma contínua e harmônica, em termos de função, paterna e materna, atuando na interface eu-realidade. Podemos pensar que a identificação que o filho pode fazer com o pai, tornando-se este na sua ausência, poderia ter este fim, integrar pai e mãe, mas algo profundamente comprometedor nos indivíduos que não tiveram acesso a quem exercesse suficientemente a função paterna, como nos parece acontecer com os usuários compulsivos de drogas, que parecem identificar-se com um pai onipotente, à semelhança do Divino, que está presente à distância, e não com um pai potente, presente na sua potência real, nem impotente, nem onipotente. A identificação com o pai, ou melhor, com a função paterna, quando esta é presente, pressupõe uma evolução na qual o processo de formação

¹³ A palavra ‘mãe’ foi introduzida por mim para esclarecer o que Winnicott nos fala quando refere-se à relação especular entre o bebê e sua mãe, dizendo que o bebê olha para a mãe como se estivesse olhando para sua própria imagem ali refletida, como num espelho.

da identidade pode ter um desenvolvimento, não ficando estagnado como na situação anterior.

“[...]a identificação com o pai finalmente constrói um lugar permanente para si mesma no ego. É recebida dentro deste, mas lá se estabelece como um agente separado, em contraste com o restante do conteúdo do ego. Damos-lhe então o nome de superego e atribuímos-lhe, como herdeiro da influência parental, as funções mais importantes.” (FREUD, 1928, p.213)

Como estaria internalizado o superego de um pai ausente? O pai, identificado pelo indivíduo sob a forma de superego, não necessariamente é o pai objetivo, mas sua função, que, portanto, também pode ser advinda de outras pessoas que não o pai. A mãe traz um pai dentro de si, e é este quem irá primeiro se apresentar como objeto de identificação.

“Tenho encontrado alguns pacientes com visível fraqueza de personalidade. E quando a gente pesquisa mais fundo, acaba descobrindo que faltou ‘na fonte’ uma experiência mais forte. Estou pensando especialmente naqueles pacientes ‘órfãos de pai’, e que acabam ficando tímidos, com um Ego surpreendentemente fraco. Podem até ser pessoas inteligentes, com êxito profissional, mas costumam ser emocionalmente frágeis nas relações humanas. Pesquisando, acabamos descobrindo que provavelmente lhes faltou, na base, a experiência de um pai mais forte e equilibrado. Um pai com *rêverie*, capaz de sentir e elaborar a insegurança dos filhos.” (REZENDE, 2000, p.77)

As observações clínicas deste importante autor, profundo estudioso da obra de Bion, gerou questões que ele próprio procura esclarecer.

”Podemos falar com Bion, de uma ‘pré-concepção edípica’, graças à qual nós nascemos sabendo que somos filhos de pai e mãe. Mas, como é que essa pré-concepção se realiza? Este é todo o desafio: assim como o bebê tem uma pré-concepção de seio que pode ter uma realização negativa (de um não-seio), assim também, a pré-concepção edípica pode ter uma realização negativa, dependendo da experiência do pai e do lugar do pai, especialmente a partir da imagem de pai que a mãe transmite ao filho.” (REZENDE, 2000, p.78)

E, de forma complementar, PEREIRA GOMES (2001, p.867), nos fala da ausência paterna na formação dos próprios pais do bebê:

“Considero que a ausência paterna, em virtude do fato de o pai ou a mãe não terem realizado em seu psiquismo a pré-concepção edípica, portanto, faltando-lhes um dos elementos da dupla do casal parental, configura um quadro psíquico, na estrutura familiar e no psiquismo da criança, propício à confusão e à fusão, impossibilitando a discriminação da triangulação edípica e conseqüente simbolização.”

Podemos nos perguntar: A não-realização da pré-concepção de pai e mãe deveria levar ao desenvolvimento da capacidade para pensar, mas por que, geralmente, isso não acontece? O Prof.º Rezende nos fala de uma ‘sobrecarga materna’ que impediria o desenvolvimento adequado do complexo de Édipo, tendo como principal conseqüência a dificuldade para este filho separar-se de seus vínculos primitivos. Seria necessário que esta mãe fosse suficientemente madura, que contivesse dentro de si as funções paternas e maternas, para que pudesse ajudar seu filho a fazer esta separação, ajudá-lo a introduzir-se no ‘mundo simbólico’, quando então este filho poderia separar-se porque poderia abstrair a presença materna mesmo na sua ausência. Aqui cabe outra questão: Isto basta? A mãe que traz em si esta maturidade é suficiente para este filho? Novamente nos reportamos à idéia de que esta maturidade somente pode ser conquistada a partir de um relacionamento, e isso tanto diz respeito ao filho, como à mãe. Uma mãe que pressupõe ser suficiente para seu filho engendra em si a mesma onipotência que este filho um dia poderá utilizar para colocar-se na realidade.

“Desde o nascimento, portanto, o ser humano está envolvido com o problema da relação entre aquilo que é objetivamente percebido e aquilo que é subjetivamente concebido, e na solução desse problema, não existe saúde para o ser humano que não tenha sido iniciada suficientemente bem pela mãe.” (WINNICOTT, 1975, p.26)

A instituição psiquiátrica, a nosso ver, poderia atuar exatamente nesse ponto, quando se prestaria a representar esta função paterna para o paciente, paralelamente à função materna que também pode exercer, especialmente quando recebe esse paciente em seu seio. Quando o paciente entra no hospital estaria na verdade saindo. Função materna e paterna podendo ser exercidas de forma conjunta. A realidade ‘objetivamente percebida’,

apreendida, a partir do encontro gradual entre o concebido e sua não-realização. A capacidade de pensar podendo instalar-se dentro de um ambiente suficientemente bom. A onipotência dando lugar à potência. A droga, como objeto transicional, perdendo tal sentido, “relegada ao limbo”. Posso ilustrar essas impressões com o fato de nossos pacientes, usuários compulsivos de drogas, relatarem que após serem internados, a partir de um determinado tempo, variável em cada caso, ‘começam’ a sonhar, como antes não faziam. Eles próprios surpreendem-se com esse fato, e passam a relatar-nos diversos sonhos nas sessões em que são atendidos, em grupo ou individualmente. Falam como se estivessem podendo pensar, como se pudessem perceber a existência de um mundo interno que antes não era percebido. Os conflitos entre ego e superego (pai identificado, como herdeiro do Complexo de Édipo), podem ser reeditados. Medo à castração, submissão, culpa onipotente, comportamentos sado-masoquistas, etc., são novamente vivenciados entre o paciente e a equipe que o assiste. O indivíduo que foi incluído, prepara-se para excluir-se. E isso só será possível com o desenvolvimento da capacidade para simbolizar o objeto perdido, que pode dessa forma, ser achado.

“Neste complexo e doloroso processo, o ego-ideal, suporte da onipotência do sujeito, é progressivamente destituído, sendo substituído pelo ideal de ego, que, sob a forma de superego, integra no psiquismo do sujeito a autoridade, os modelos e as interdições sociais. As relações do sujeito passam então a ser simbolicamente reguladas, marcando sua efetiva entrada na vida social.”[...]“a saída do narcisismo é imprescindível para não adoecer.” (PLASTINO, 2003, p.139)

“[...]a relação entre o indivíduo e o seu objeto paterno,[...]foi transformada numa relação entre o ego e o superego – um novo cenário num novo palco.”[...]“Mesmo o Destino, em última instância, não passa de uma projeção tardia do pai”. (FREUD, 1928, p. 214).

Miguel replicou:
“Não ames nem odeies a vida, mas o que viveres, vive bem;
longa ou curta, a vida, deixa o céu resolvê-la.
Agora, prepara-te para outro espetáculo”.

JOHN MILTON
O Paraíso Perdido

7-CONCLUSÃO

O uso de drogas, como fenômeno de massas, impõe-se à comunidade científica como objeto de estudo e esclarecimento. Do ponto de vista psicanalítico, apresenta-se como reflexo de uma sociedade com características narcísicas, que enquanto nega as diferenças, as acentua. Essa mesma sociedade que propicia e sustenta os usuários compulsivos de drogas, se vê ameaçada pelo seu crescimento numérico e suas conseqüências. Dentre elas, as diversas formas de violência, tanto objetivas como subjetivas.

De posse de uma experiência de prática clínica em uma Instituição Hospitalar Psiquiátrica, essa pesquisa procurou desenvolver um raciocínio que pudesse esclarecer os meandros deste hábito. Entendendo que a Internação Hospitalar Psiquiátrica está entre os últimos recursos, a serem utilizados pelo paciente e sua família para intervenção nessa prática, procurou-se observar uma trajetória prévia a essa internação, o que constituiria a ‘carreira’ do drogadicto.

A abordagem qualitativa, aqui utilizada, através do método da ‘Observação Participante’, mostrou-se útil para apreender uma realidade que não pode ser percebida através de outros métodos, especialmente aqueles que privilegiam o ponto de vista orgânico, biológico e bioquímico. A leitura dos fenômenos observados pela Psicanálise, proporcionou uma visão subjetiva dos usuários de drogas, levantando questões que se estendem a nível familiar e social.

O principal dado observado, em comum a tais pacientes, foi a constituição precária da ‘função paterna’ claramente estabelecida, como organizadora do núcleo familiar. Tal condição tem implicações na precária capacidade de simbolização observada nesses pacientes, e portanto, nas limitações a adaptar-se à realidade, tendo no uso de drogas um ‘refúgio’ para privar-se do contato com essa realidade.

Proporcionar a apreensão da realidade é um dos atributos da ‘função paterna’, destinada ao filho e à mãe. Não apenas da realidade externa, mas principalmente da realidade interna, o que implica numa capacidade para pensar e conseqüentemente constituir-se uma identidade pessoal. Esta, se erigida sob vínculos fortes, que proporcionem segurança, poderia levar o indivíduo a uma melhor adaptação às exigências familiares e sociais. Ao contrário, quando é construída sob um precário exercício da função paterna, solicitaria ao indivíduo o incremento de medidas defensivas que não possibilitam o

desenvolvimento. Entre essas, destacamos a adoção de posturas de caráter onipotente; o uso predominante dos mecanismos de identificação projetiva; o uso da atuação como resposta a uma emoção, sem antes passar pelo crivo do pensamento; a intolerância à frustração, esta originada na percepção de limites; e a conseqüente constituição de falsos-selves. Portanto, a identidade dos usuários compulsivos de drogas estaria erigida como as muralhas de uma fortaleza, prontas a defender quem ali dentro habita. Mostram-se altas e imponentes, mas escondem seres frágeis e inseguros, que de outro modo não poderiam sobreviver, quiçá, desenvolverem-se na busca de sua independência pessoal. Dessa forma, parece-nos que os grupos sociais formados pelos usuários compulsivos de drogas, quando identificam-se em suas peculiaridades e agrupam-se, também buscam essa necessária proteção e a conseqüente possibilidade de desenvolvimento no caminho da dependência para a independência. Nesse sentido, tais grupos, funcionariam como um espaço potencial de transição, no qual, de certa forma, a função paterna poderia ser exercida por algum de seus membros, ou mesmo, pelo próprio grupo.

Os pacientes observados, adotam, em sua maioria, um funcionamento psíquico que pressupõe a satisfação imediata e compulsiva dos impulsos, apesar da realidade em torno, como se vivessem na ‘Idade da Pedra’, não demonstrando a maturidade, que traz em si as funções, materna e paterna, como partes integradas de seu self, colocando-se como os bebês, dependentes de alguém que exerça por eles essas funções.

Desta forma, o usuário de drogas estaria situado num espaço transicional, intermediário, por um lado unido de forma simbiótica à seus objetos primários, de outro lado, diferenciado desses objetos. A droga seria utilizada como ‘objeto transicional’, que, ao mesmo tempo que diferencia o sujeito, também o mantém num estado fusional com seus objetos primários. O adequado exercício da função paterna auxiliaria o indivíduo a libertar-se desse objeto transicional, inserindo-o num outro contexto, no qual seria possível o desenvolvimento de uma identidade pessoal.

A hospitalização psiquiátrica poderia funcionar como esse ‘terceiro elemento’, que auxilia o usuário de drogas a transitar por este ‘espaço’, e conseqüentemente abandonar este ‘objeto’ de transição, inserindo-se numa realidade distinta, na qual suas características pessoais possam ser resignificadas, na busca de um self integrado.

A 'Cultura da Droga', corolário da 'Cultura do Narcisismo', identifica súditos carentes de um rei, porquanto são eles próprios quem ocupam o lugar deste. O pai presente na infância de cada um de nós, um pai-rei, abandonou seu trono, cedendo-o para que fosse ocupado não por um pai real, como seria o pai da maturidade, mas por seus próprios filhos, pequenos reis sem nenhuma majestade.

***8-REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS***

- ABELIN, Ernest L. "Some further observations and comments on the earliest role of the father". *Int. J. Psycho-Anal.* v.56, p.293-302. 1975.
- ABERASTURY, Arminda. *A Criança e seus Jogos*. Trad. Marialzira Perestrello. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- ABERASTURY, Arminda, SALAS, Eduardo J. *A Paternidade*. Trad. Maria Nestrovsky Folberg. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.
- ADAMO, Fábio A., LAMANNO-ADAMO, Vera Lúcia C. "O Continente flácido: considerações a respeito de uma dinâmica narcotizante". *Rev. Bras. de Psicanálise*, v.31, n.4, 1997.
- AJURIAGUERRA, J. *Manual de Psiquiatria Infantil*. Trad. Paulo Cesar Gerald e Sonia Regina P. Alves. São Paulo: Masson, [s.d.].
- AQUINO, Maria Thereza Costa de. "Toxicomania ontem e hoje: proposta de intervenção". In: *Audiência Pública*. Brasília, 1993. Câmara dos Deputados - Comissão de Seguridade Social e Família.
- BALDESSARINI, Ross J. "Medicamentos e o tratamento de doenças psiquiátricas". In: GILMAN, A.G., GOODMAN, L.S., GILMAN, A. (Orgs). *As Bases Farmacológicas da Terapêutica*. Trad. Lauro Sollero. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.470-512, v.1, cap.23, 1983.
- BECKER, Paulo, VIDAL, Eduardo A. "Droga(há)ditos", In: INEM, C.L., ACSELRAD, G. (Orgs). *Drogas: Uma Visão Contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago, p.68-73, 1993.
- BENTES, Lenita. "Do pai à droga: o pai faz a droga", In: INEM, C.L., ACSELRAD, G. (Orgs). *Drogas: Uma Visão Contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago, p.139-144, 1993.
- BENTO, Victor Eduardo Silva. "Tóxico, droga, toxicomania e adicção: uma introdução à etimologia segundo uma ótica psicanalítica". *J. Bras. Psiq.* v.42, n.7, p.373-380, 1993.
- BION, W.R. *Estudos Psicanalíticos Revisados*. Trad. Paula M. Rosas. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- BIRMAN, Joel. "Dionísios desencantados", In: INEM, C.L., ACSELRAD, G. (Orgs). *Drogas: Uma Visão Contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago, p.57-67, 1993.

- BITTENCOURT, Ligia. “Algumas considerações sobre a neurose e a psicose nas toxicomanias”, In: INEM, C.L., ACSELRAD, G. (Orgs). *Drogas: Uma Visão Contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago, p.81-91, 1993.
- BOURGUIGNON, A. *História Natural do Homem: o homem imprevisito*. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRENNER, Charles. *Noções Básicas de Psicanálise*. Trad. Ana Mazur Spira. 4.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987.
- BUARQUE DE HOLANDA, Aurélio e J.E.M.M. Eds. Ltda. *Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.
- BUCHER, Richard. “A Ética da prevenção”. *Psic.: Teor. e Pesq.*, v.8, n.3, p.385-398, set/dez, 1992.
- _____. “O Jovem e a transgressão”. *Humanidades*, n.1329, p.16-20, [s.d.].
- BUDD, R. D. “Cocaine abuse and violent death”. *American J. of Drug and Alcohol Abuse*. n.15, p.375-382, 1989.
- BUSCH, Katie A., SCHNOLL, Sidney H. “Cocaína-revisão da bibliografia atual e interface com a lei”. Trad. Hedy Hoffman. *Rev. da Escola do Serv. Penitenciário do Rio Grande do Sul*, ano 1, n.4, jul/set, p.96-115, 1990.
- CAPER, R. “As contribuições de Hanna Segal às teorias de formação de símbolos e criatividade”. *Rev. Bras. de Psicanálise*, v.31, n.4, 1997.
- CARLINI, E.A., GALDURÓZ, José Carlos F., NOTO, Ana Regina, NAPPO, Solange A., LIMA, Elson, ADIALA, Julio Cesar. “Revisão-perfil de uso da cocaína no Brasil”. *J. Bras. Psiq.*, v.44, n.6, p.287-303, jun. 1995.
- CARVALHO, Henrique Marques de. “Toxicomanias - aspectos sociais”. *Rev. de Psiquiatria Clínica*. São Paulo. v.8, p.5-12, 1979.
- CASSORLA, Roosevelt M. S. “Prefácio” In: TURATO, E. R., *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa*. Petrópolis: Vozes, 2003.

_____. “Procedimentos, colocação em cena da dupla (“Enactment”) e validação clínica em psicoterapia psicanalítica e psicanálise”. *Rev. de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre. v.25, n.3, p.426-435, set./dez. 2003.

CEBRID – Departamento de Psicobiologia – UNIFESP “Internações Decorrentes do Uso de Psicotrópicos no Brasil: Uma avaliação epidemiológica do período 1988-1999” *Boletim Cebrid 44*. Disponível em <http://www.saúde.inf.br/cebrid/boletimcebrid44.htm>. Acesso em: 30 out. 2003.

CEBRID – Departamento de Psicobiologia – UNIFESP “O silêncio dos solventes” *Boletim Cebrid 48*. Disponível em <http://www/unifesp.br/dpsicobio/boletim/ed48/6.htm>. Acesso em: 30/10/2003.

CHIZZOTTI, Antônio. *Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais*. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1998.

CID-10. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas* – Coord. Organização Mundial de Saúde, Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

COLUCCI, Alfredo M. “Origens da família e mitos do nascimento: observações psicanalíticas”. *Rev. Bras. Psicanálise*. v.31, n.1, p.105-126, 1997.

COSTA, Gley.P. “A tentação anti-edípica e o desenvolvimento da psicanálise”. *Rev. Bras. Psicanálise*. v.29, n.3, p.615-629, 1995.

_____. “A identidade masculina e a identidade feminina: O casal de hoje”. *Rev. Bras. Psicanálise*. v.35, n.3, p.781-803, 2001.

DALGALARRONDO, Paulo *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

DI LORETO, Oswaldo. *Posições Tardias: contribuição ao estudo do segundo ano de vida*. Apostila fornecida pelo autor. 1997.

DOR, Joel. *Estrutura e Perversões*. Trad. Patrícia C. Ramos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

DRUCKER, P. *Sociedade Pós-Capitalista*. São Paulo: Pioneira, 1993.

DURKHEIM, E. *The elementary forms of the religious life*. London: Allen & Unwin, 1957.

ESCOHOTADO, A. “A Proibição: princípios e consequências”. In: RIBEIRO, M.M., SEIBEL, S.D.,(Orgs.). *Drogas: Hegemonia do Cinismo*. Trad. Cláudia Schiling. São Paulo: Memorial, p.29-46, 1997.

EY, H., BERNARD, P., BRISSET,C. *Manual de Psiquiatria*. Trad. Paulo C. Gerald e Sonia Ioannides. 2.ed. São Paulo: Masson, s.d.

FERNANDES, Cláudio. *Estudo transversal das Internações em Hospitais de Psiquiatria no Estado de São Paulo no ano de 1994*. 169f. Tese de Livre-Docência (Faculdade de Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2000.

FERNANDEZ, Alonso. *Psiquiatria Sociológica*. Madrid: Montalvo, 1988.

FIGUEIRA, Sérvulo A. “A Representação Social da Psicanálise”, In: FIGUEIRA, S. A. (Org.). *Psicanálise e Ciências Sociais* Rio de Janeiro: Francisco Alves, p.281-343, 1980.

FREUD, Sigmund. “Sexualidade feminina”. *Obras Completas*. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, v.21, 1931.

_____. “O Mal-Estar na civilização”. *Obras Completas*. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, v.21, 1930[29].

_____. “Dostoievski e o parricídio”. *Obras Completas*. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, v.21, 1928[27].

_____. “O Futuro de uma ilusão”. *Obras Completas*. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, v.21, 1927.

_____. “Inibição, sintoma e ansiedade”. *Obras Completas*. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, v.20, 1926.

_____. “A Dissolução do complexo de Édipo”. *Obras Completas*. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, v.19, 1924.

_____. “O Ego e o id”. *Obras Completas*. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, v.19, 1923a.

_____. “A Organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade”. *Obras Completas*. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, v.19, 1923b.

_____. “Psicologia de grupo e a análise do ego”. *Obras Completas*. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, v. 18, 1921.

_____. “Além do princípio do prazer”. *Obras Completas*. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, v.18, 1920.

_____. “Luto e melancolia”. *Obras Completas*. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, v. 14, 1917[15].

_____. “O inconsciente”. *Obras Completas*. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, v.14, 1915.

_____. “Sobre o narcisismo: uma introdução”. *Obras Completas*. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, v. 14, 1914.

_____. “Recordar, repetir e elaborar”. *Obras Completas*. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, v. 12, 1914.

_____. “A dinâmica da transferência”. *Obras Completas*. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, v.12, 1912.

_____. “Totem e tabu”. *Obras Completas*. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, v.13, 1913.

_____. “Notas sobre um caso de neurose obsessiva”. *Obras Completas*. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, v.10, 1909a.

_____. “Romances familiares”. *Obras Completas*. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, v.9, 1909b.

_____. “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”. *Obras Completas*. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, v.7, 1905.

_____. “Projeto para uma psicologia científica”. *Obras Completas*. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, v.1, 1950[1895].

_____. “Estudos sobre a histeria”. *Obras Completas*. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, v.2, 1893.

GADBEM, Mauricio Miguel. *O Pai Suficientemente Bom*. Trabalho apresentado na Soc. Bras. de Psicanálise do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Jun. 1999.

- GALLEGO SOARES, L.F., PALHARES, M.C.A. “A Jangada da Medusa e os naufragos da identidade”. *Rer. Bras. Psicanálise*, v.37, n.2/3, p.841-858, 2003.
- GARCIA, Sônia Izecksohn. “Droga: objeto não transicional: aspectos da formação do vínculo terapêutico com dependentes de drogas”. In: INEM, C.L., ACSELRAD, G. (Orgs). *Drogas: Uma Visão Contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago, p.104-114, 1993.
- GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. Trad. Dante M. Leite. 7.ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.
- GOODMAN, L.S., GILMAN, A. (Orgs). *As Bases Farmacológicas da Terapêutica*. Trad. Lauro Sollero. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v.1, cap.23, p.470-512, 1983.
- HALL, W.C., TALBERT, R.L., ERESHEFSKY, L. “Cocaine abuse and its treatment”. *Pharmacotherapy*, n.10, p.47-65, 1990.
- HONIGSZTEJN, Henrique. *A Psicologia da Criação: um estudo sobre a criação artística e científica*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- _____. “Criatividade e poder” *Boletim Científico*. Rio de Janeiro: Soc. Brás. Psicanálise do Rio de Janeiro, n.2, 1999.
- IMBASCIATI, Antonio. *Afeto e Representação*. Trad. Neide Luzia de Rezende. São Paulo: Ed. 34, 1998.
- INCIARDI, J.A. “Crack cocaine in the americas”. *Brazil-United States. Binational Research, CEBRID*. São Paulo, p.63-75, 1993.
- JAFFE, Jerome H. “Farmacodependência e abuso de tóxicos”, In: GILMAN, A.G.,
- JESUS, Antônio E.M. de. *Um Olhar sobre Itapira: a presença dos hospitais psiquiátricos e suas relações com a comunidade*. 119f. Tese de Mestrado (Faculdade de Ciências Médicas) Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.
- KALINA, Eduardo. *Drogas: Terapia Familiar e outros temas*. Trad. Paulo Fróes. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991.
- KATZ, Gildo, COSTA, Gley. “O Adolescente e a família pós-moderna”. *Rev. Bras. de Psicanálise*, v.30, n.2, p.335, 1996.
- KLEIN, Melanie. *Contribuições à Psicanálise*. 2.ed. Trad. Miguel Maillet. São Paulo: Mestre Jou, 1981.

_____. “Vida Emocional do Bebê”, In: *Os Progressos da Psicanálise*. Trad. Alvaro Cabral. 2.ed. São Paulo: Guanabara, p.216-255, 1986.

LAPLANTINE, François. *Aprender Antropologia*. São Paulo: Brasiliense, 1988.

LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.-B. *Vocabulário da Psicanálise*. Trad. Pedro Tamen. 8.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

LEITE, Frederico Jorge de S. “O papel da instituição na reformulação da função parental”, In: *Seminário Internacional - O uso e o abuso de drogas*. Salvador, 1995. Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas.

LEVY, Ruggero. “Refúgios Narcisistas na Adolescência: Entre a Busca de Proteção e o Risco de Destruição – Dilemas na Contratransferência”. *Rev. Bras. Psicanálise*, v.30, n.1, p.223-240, 1996.

LIMITE. Direção: Mário Peixoto. Intérpretes: Olga Breno, Taciana Rei, Raul Schonoor. [s.l.]: Globo Vídeo, 1982. 1 videocassete (120 min.), VHS/NTSC, preto e branco.

LINS, Maria I.A. “O self e o ego na obra de D. W. Winnicott”. *Rev. Bras. de Psicanálise*, v.36, n.4, p.779-805, 2002.

LIPOVETSKY, G. *La Era del Vacío*. Barcelona: Anagrama, 1986.

LOWENKRON, Aurea M. “Sobre a clínica psicanalítica da atualidade: novos sintomas ou novas patologias?” *Rev. Bras. Psicanálise*, v.37, n.4, p.993-1008, 2003.

LYOTARD, J.F. *La Condición Postmoderna*. Buenos Aires: Rei. 1991.

MACHADO, Luiz Marcílio Kern. “Dependência a drogas e conduta de risco”. *Rev. Bras. de Psicanálise*, v.32, n.4, p.825-833, 1998.

MAGALHÃES, Fábio. “Prólogo”, In: RIBEIRO, M.M., SEIBEL, S.D. (Orgs). *Drogas: Hegemonia do Cinismo*. São Paulo: Memorial, p.13, 1997.

MALINOWSKY, B. *Os argonautas do pacífico ocidental*. São Paulo: Abril, 1979.

MARTINS, J., BICUDO, M.A. *A Pesquisa Qualitativa em Psicologia*. São Paulo: Moraes, 1994.

MASTERSON, J.F. *Tratamiento del Adolescente Fronterizo*. Buenos Aires: Paidós, 1975.

- MELLO FILHO, Júlio de. “Violência e falso-self. Falso-self e violência”. *Boletim Científico*. Rio de Janeiro: Soc. Brás. Psicanálise do Rio de Janeiro, n.5, 2000.
- MELMAN, Charles. “Alcoolismo e toxicomania: uma abordagem psicanalítica”. *TEMAS*. v.3, n.45, p.41-49, jan/jun. 1993.
- MELTZER, D. “A masturbação anal e sua relação com a identificação projetiva”. Trad. Belinda Haber Mandelbaum, In: *Melanie Klein Hoje*. Rio de Janeiro: Imago, v.1, p.110-119, 1991.
- MEZAN, Renato. *Interfaces da Psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.
- MIDDLEMORE, Merell P. *Mãe e Filho na Amamentação: uma analista observa a dupla amamentar*. Trad. Mário Pacheco de A. Prado. São Paulo: Ibrex, 1974.
- MILNER, Marion. *A Loucura suprimida do homem são*. Trad. Paulo C. Sandler. Rio de Janeiro: Imago, 1991.
- MONTERA, Antônio. “Família de Toxicômano”. *Rev. Paulista de Hospitais*, v.27, n.9, set. 1979.
- MOTA MIRANDA, Maria Luisa. “A Promessa da imortalidade”. In: INEM, C.L., ACSERALD, G. (Orgs). *Drogas: Uma Visão Contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago, p.92-97, 1993.
- NAPO, S.A., GALDURÓZ, J.C.F., NOTO, A.R. “Uso do crack em São Paulo: fenômeno emergente?”. *Rev. ABP-APAL*, v.16, n.2, p.75-83, 1994.
- NETO, Orestes F. “Da Realidade do mundo ao sentir-se real”. *Rev. Bras. Psicanálise*, v.36, n.4, p.817-826, 2002.
- NIDA - National Institute on Drug Abuse/ National Institutes of Health. “Costs to Society” *Pag. da Web (Internet)*. Disponível em <http://216.239.39.104/trans.../search%3fq%3Dnida%26hl%3Dpt%26lr%3D%26ie%3DUF-T-8>. Acesso em 30 out. 2003.
- NOTO, A.R., CARLINI, E.A., MASTROIANI, P.C., ALVES, V.A., GALDURÓZ, J.C.F., KUROIWA, W., CSIZMAR, J.B., COSTA, A.C., ARAUJO, M.A., HIDALGO, S.R., ASSIS, D. e NAPPO, S.A. “Como estamos usando e controlando os medicamentos psicotrópicos no Brasil?”. *Boletim Cebrid* 45. Disponível em <http://www.saude.inf.br/cebrid/boletimcebrid45.htm>. Acesso em: 30 out. 2003.

ORLANDI, P.F., GALDURÓZ, J.C.F. e CARLINI, E.A. “A Presença de Medicamentos em Casa: finalidade e consequências – um estudo piloto” *Boletim Cebrid 45*. Disponível em <http://www.saúde.inf.br/cebrid/boletimcebrid45.htm>. Acesso em: 30 out. 2003.

PALATNIK, Elizabeth. “Por que atender mães de dependentes de drogas?”, In: INEM, C.L., ACSELRAD, G. (Orgs). *Drogas: Uma Visão Contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago, p.212-218,1993.

PARSEVAL, G.D. de. *A Parte do Pai*. Trad. Theresa C. Stummer. Porto Alegre: L&PM, 1986.

PASSETTI, Edson. “Drogas, democracia midiática e libertarismo”, In: RIBEIRO, M.M., SEIBEL, S.D. (Orgs). *Drogas: Hegemonia do Cinismo*. São Paulo: Memorial, p.71-89, 1997.

PATTON, Quinn. “O que é Pesquisa Qualitativa?”, *Pág. da Web*. Disponível em http://www.genesis.puc-rio.br/rf/artigos_001.html. Acesso em 09 abr. 2004.

PENCAK, Simone. “O Pai e seus destinos na clínica psicanalítica: do pai em Freud aos nomes-do-pai em Lacan”, In: FIGUEIRA, S.A. (Org.). *A Palavra e o Silêncio*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p.187-197, 1993.

PEREIRA GOMES, Maria C.A. “O renascimento de Édipo ou A importância da função paterna na configuração das famílias atuais” *Rev. Bras. Psicanálise*, v.35, n.3, p.843-871, 2001.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. *O Processo Grupal*. Trad. Marco Aurélio F. Velloso. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

PLASTINO, Carlos A. “Dependência, subjetividade e narcisismo na sociedade contemporânea”, In: BAPTISTA, M., CRUZ, M.S., MATIAS, R. (Orgs). *Drogas e pós-modernidade*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2v., p.133-144, 2003.

PRADO, Mário P.de A. *Narcisismo e Estados de Entranhamento*. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

QUEIRÓS, Ana A. “Investigação Qualitativa: pressupostos epistemológicos de base, diferenças entre as metodologias qualitativas e quantitativas”. *Pág. da Web*. Disponível em http://www.anaqueiros.com/IMG/doc/TEXT0_1.doc. Acesso em 09 abr. 2004.

- QUEIROZ, Marcos S. *Saúde e doença: um enfoque antropológico*. Bauru: Edusc, 2003.
- _____. “O Paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica” *Rev.Saúde Públ.*, v.20, n.4, p.309-17, 1986.
- RAMADAM, Zacaria B.A. “Toxicomanias - aspectos psicodinâmicos”. *Bol. de Psiquiatria*. São Paulo: [s.n], v.6, n.1, p.12-18, mar. 1973.
- RAMOS, Sergio de Paula. “Dependência de drogas e condutas de risco”. *Rev. Bras. de Psicanálise*, v.32, n.4, p.795-823, 1998.
- RANZI, C. *Homo há setenta milhões de anos*. Lisboa: Distri Ed., 1983.
- REZENDE, Antonio M. de. *A Identidade do Psicanalista: função e fatores*. Taubaté/SP: Cabral Editora Universitária, 2000.
- ROCHA, Fernando. “Entrevistas Preliminares”, In: *Seminários Teóricos*. Rio de Janeiro: Soc. Bras. de Psicanálise, 1999.
- ROSA, Catarina M.C. Marques Pereira da, COSTA, Carmen Adélia Saad, ARRUDA, Teresa Cristina Serra de. “O Jovem e a droga: análise representacional”. *Rev. do Creia* (Centro de Referência de Estudos da Infância e Adolescência), p.31-38. 1995.
- ROSENFELD, Herbert A. “Da toxicomania”, In: *Os Estados Psicóticos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1968.
- _____. “Uma abordagem clínica à teoria psicanalítica das pulsões de vida e de morte: uma investigação dos aspectos agressivos do narcisismo”, In: BARROS, E.M.R. (Org.). *Melanie Klein: Evoluções*. São Paulo: Escuta, 1989.
- SAFRA, Gilberto. “O Gesto na Tradição”. *Rer. Bras. Psicanálise*, v.36, n.4, p.827-834, 2002.
- SANCHEZ, Z.M. e NAPPO, S.A. “Da Primeira Droga ao Crack”. *Boletim Cebrid 45*. Disponível em <http://www.saúde.inf.br/cebrid/boletimcebrid45.htm>. Acesso em: 30 out. 2003.
- SANTIAGO, Jesús. “Toxicomania e perversão”. In: INEM, C.L., ACSERALD, G. (Orgs). *Drogas: Uma Visão Contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago, p.74-80, 1993.

SCHENKER, Miriam. “Reflexões sobre a função paterna no sistema toxicômano”. In: INEM, C.L., ACSELRAD, G. (Orgs). *Drogas: Uma Visão Contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago, p.206-211, 1993.

SCHUTZ, A. *Collected Papers, the Problem of Social Reality*. The Hague: Martins Nig Hoff, 1973.

SEGAL, Hanna. “Fantasia e realidade”, In: *Psicanálise, Literatura e Guerra*. Rio de Janeiro: Imago, cap.2, p.37-49, 1998.

_____. *Sonho, Fantasia e Arte*. Trad. Belinda H. Mandelbaum. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

_____. “Notas sobre a formação de símbolos”. Trad. Belinda Haber Mandelbaum. In: *Melanie Klein Hoje*. Rio de Janeiro: Imago, v.1, p.167-184, 1991.

_____. *As Idéias de Melanie Klein*. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix: Editora da Universidade de São Paulo, 1983.

SIMON, Ryad. *Introdução à Psicanálise: Melanie Klein*. São Paulo: EPU, p.68-103, 1986.

SMART, R.G. “Crack cocaine use: a review of prevalence and adverse effects”. *American J. of Drug and Alcohol Abuse*, n.17, p.13-26, 1991.

SÓFOCLES. “Rei Édipo”, In: *Teatro Grego*. Trad. Jaime Bruna. São Paulo: Cultrix, p.43-90, 1989.

SPITZ, R. *O Primeiro Ano de Vida: - um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais*. São Paulo: Martins Fontes. 1991.

STEINER, J. “Vingança e ressentimento na situação edípica”. *Rev. Bras. de Psicanálise*, v.31, n.4, 1997.

TURATO, Egberto R. *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa*. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

TURNER, W. “Muchona the hornet, interpreter of religion”. In: CASAGRANDE, J.B. (Ed.). *The Company of man*. New York: harper, p.71-98, 1960.

_____. *O Processo Ritual: estrutura e anti-estrutura*. Trad. Nancy Campi de Castro. Petrópolis: Vozes, 1974.

- UCHÔA, M.A. *Crack, o Caminho das Pedras*. São Paulo: Ática, 1996.
- UNODC – Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crimes. “Pesquisa Global sobre Drogas Sintéticas revela Significativo Uso e Tráfico dessas Substâncias”. *Pág. da Web*. Disponível em http://www.unodc.org/prazh/press_release_2003-10-09_1.htm. Acesso em 30 out. 2003.
- VELHO, Gilberto. *Nobres e Anjos: um estudo de tóxicos e hierarquia*. Dissertação (Tese de Doutorado). São Paulo: Universidade de São Paulo, 1975.
- WEBER, M. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. São Paulo: Pioneira, 1985.
- WEREBE, Samuel. “Toxicomania como uma forma de marginalização de jovens em nossa sociedade”. *Ciência e Cultura*. [s.l.,s.n.], v.33, n.3, p.319-324, mar. 1981.
- WINNICOTT, D.W. *A Família e o Desenvolvimento Individual*. Trad. Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- _____. *Tudo Começa em Casa*. Trad. Paulo Sandler. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- _____. *Textos Selecionados: da Pediatria à Psicanálise*. Trad. Jane Russo. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.
- _____. *Privação e Delinquência*. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- _____. *O Brincar e a Realidade*. Trad. José O. de A. Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- WURMSER, L. “Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use”. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, v.22, n.4, p.820-843, 1974.
- XAVIER DA SILVEIRA, Dartiu. “Aspectos arquetípicos das toxicomanias”. *Bol. de Psiquiatria*. São Paulo: [s.n.], v.21, n.1/2, p.1-34, jan/dez, 1988.
- ZUSMAN, W. “A Opção sgnica e o processo simbólico”. *Rev. Bras. de Psicanálise*. v.28, n.1, p.153-164, 1994.