

II

As abordagens terapêuticas da dependência de substâncias

Embora essa dissertação não se proponha a fazer uma análise institucional dos centros de tratamento nela mencionados, passaremos pelas formas de tratamento que lá se instituem como exemplo para o campo da dependência de drogas, com o objetivo de melhor compreender como essas formas de tratar e conceber a vida se inserem atualmente no campo de cuidados. As teorias clínicas das quais trataremos aqui representam, atualmente, o que há de mais moderno no tratamento da dependência de drogas e no suporte aos seus familiares. Preferimos começar pelas formas de tratar o dependente de drogas, enquanto paciente identificado. Deixaremos para mais adiante, o foco principal do nosso trabalho, que é a tentativa de abordagem das relações familiares, e que, inicialmente, se deu por meio das teorias sistêmicas de terapia familiar.

1

Posturas terapêuticas na prática clínica

Notamos que no campo de cuidados que se construiu tendo a compulsão como tema, coloca-se uma distinção entre abordagens clínicas que centralizam a intervenção no sujeito e outras que pretendem a mudança do comportamento adictivo, focalizando as intervenções terapêuticas na relação com a droga. As primeiras, ou seja, as abordagens psicoterapêuticas que centralizam a intervenção no sujeito compreendem o comportamento compulsivo como um sintoma decorrente de conflitos intrapsíquicos não solucionados. A posição do terapeuta, nesse caso, não é a de dar meios ou ensinar o paciente a evitar as drogas, mas de compreender que se instalou uma crise entre o dependente e sua relação com a substância, o que abre caminho para a experimentação de angústias, mas também brechas para uma transformação na relação de dependência. Nesse sentido, não há

a focalização na questão da droga, mas na forma como o sujeito constrói suas relações, inclusive com a droga.

Numa segunda perspectiva, encontram-se as abordagens terapêuticas mais usadas no campo da dependência de drogas, que priorizam o foco na mudança dos comportamentos adictivos, entre elas a Entrevista Motivacional, a Prevenção da Recaída, o Método 12 Passos, etc. A posição do terapeuta nessas abordagens é a de se colocar junto ao paciente no sentido de estabelecerem conjuntamente estratégias para a abstinência, ou para uma melhor administração do uso da droga. Cabe, então, a construção de tabelas para contagem do uso, metas para a chegada à abstinência ou ao uso social da droga, identificação de situações potencialmente arriscadas para a recaída, etc. O terapeuta se coloca como auxiliar na construção dessas estratégias, servindo, também, como um agente regulador externo, com quem o paciente tem um compromisso, assim como alguém em quem ele confia para expor seus problemas relativos à dependência e ao cumprimento do plano de mudança.

É interessante notar que, cada abordagem, dentro de sua perspectiva, resolve uns problemas e coloca outros. Na primeira abordagem, o que se enfatiza é a mudança intrapsíquica do sujeito, sua possibilidade de lidar com conflitos que, não estando resolvidos, “causam” o sintoma compulsivo. Esse sintoma deixaria de ter um papel importante na vida do sujeito se ele fosse capaz de resolver os conflitos que o sintoma vem substituir. Na segunda abordagem, percebemos um movimento que parece, à princípio, contrário. Enfatiza-se a mudança do comportamento adictivo, sendo as “tomadas de consciência” secundárias. Na verdade, várias dessas estratégias privilegiam a teoria sistêmica, que apresentaremos adiante, pois nessa abordagem as mudanças nos padrões comunicacionais são mais importantes que a compreensão das motivações que levam àquele padrão, sejam elas inconscientes ou não.

Várias são as críticas a esses dois “modelos” de abordagem e tratamento. Sabemos que, associada a uma escolha teórica, corresponde um desempenho clínico prático, ou uma operacionalização da teoria. No caso das abordagens ditas subjetivas, ou psicodinâmicas, as críticas se baseiam no fato de que nem sempre é possível esperar o tempo necessário para uma mudança efetiva, estando o paciente em uso compulsivo da substância. O nível de prejuízo da vida, das relações, do

corpo passa a ser muito grande e, muitas vezes, o próprio tratamento se interrompe pela impossibilidade de manutenção do vínculo.

O descrédito sofrido pelas psicoterapias subjetivas após a publicação do trabalho de Vaillant, em 1983, foi muito grande. A partir de um experimento natural, Vaillant sugeriu que a psicanálise convencional, intensiva e prolongada, não seria adequada aos dependentes. Essa conclusão, jamais refutada por outra pesquisa, conduziu a história da psicoterapia psicanalítica a dois resultados opostos: ao abandono dessa abordagem por alguns autores e a seu aprimoramento por outros. No que diz respeito aos dependentes, o próprio estudo de Vaillant pode ser considerado como um dos estímulos fundamentais a todas as mudanças propostas na prática com esses pacientes. De forma sintética, pode-se dizer que “as alterações são muito semelhantes às propostas na clínica com pacientes difíceis. As principais dizem respeito à mobilidade do terapeuta” (Brasiliano, S. & Knapp, P., 2001, p.14.)

As vertentes consideradas cognitivo-comportamentais, ou objetivas, focalizam a administração do uso de substâncias com as estratégias desenvolvidas na terapia, não possibilitando que o paciente construa ferramentas para compreender seu processo de escolha e estabelecimento de relações. O que ele aprende é a se automonitorar todo o tempo para não favorecer a recaída. Percebe-se um grande esforço do ego, ou da consciência, para a manutenção da abstinência, ou mesmo do uso social, muitas vezes sem uma preocupação com o campo afetivo envolvido na dependência. É certo que essas propostas terapêuticas se configuram como um passo adiante no campo de cuidados das dependências, pois não trabalham com a proibição do uso como sendo a única possibilidade de recuperação². Elas admitem uma administração do uso, embora egóica, mas consideram como possível, ou seja, aceitável, que alguém tenha um desejo por drogas, que se afete com isso.

Nos grupos de mútua ajuda, como os Alcoólicos Anônimos, por exemplo, o desejo por drogas é considerado um desvio do caráter, uma doença sem cura, que só é administrável por meio da abstinência. Mas, se as terapias que se baseiam nos chamados “treinamento de habilidades” parecem apostar que o ego “escolhe”

²Exceto a metodologia 12 Passos, que é tributária da abstinência como única possibilidade de tratamento.

a forma de usar determinada substância, sabemos que, sem uma abordagem dos afetos, o “treinamento” não se sustenta. Também sabemos que, nas abordagens ditas subjetivas, o acesso e a compreensão dos afetos encontram sempre uma “causalidade” na família, excluindo, muitas vezes, uma análise, indispensável, do investimento desejante no campo social e as implicações disso nas experiências compulsivas.

Percebemos, então que essa divisão rígida do campo teórico/prático cada vez mais se desestabiliza, dando margem a uma maior flexibilização dos terapeutas, conforme apontamos anteriormente. Pois, se é verdade que se faz necessária alguma eficiência terapêutica no sentido de um resgate das possibilidades de vida do paciente, não é interessante reduzirmos o papel terapêutico a um desempenho de tarefas, como acabam dando a impressão as teorias ditas comportamentais. É necessário também o estabelecimento do vínculo, a circulação dos afetos, a disponibilidade para a construção do campo de mudanças.

O que se nota, na verdade, é que esse corte entre teorias que tratam do subjetivo, desprezando o objetivo, e teorias que tratam do objetivo, desprezando o subjetivo, é uma falácia. Tanto as abordagens ditas subjetivas se preocupam com o objetivo, que há várias questões relativas à configuração do *setting* e à atitude do terapeuta e do paciente, quanto as ditas objetivas envolvem o domínio do subjetivo. As clínicas psicanalíticas de Ferenczi e Winnicott trazem para a cena o brincar, a atitude interativa do terapeuta uma vez que o *setting* é o espaço do compartilhado, da construção de uma dimensão conjunta entre terapeuta e paciente, de modo que o paciente possa experimentar afetos que foram impedidos em seu desenvolvimento.

Gostaríamos apenas de apontar a dimensão híbrida de construção dessas teorias, para que fique clara a divisão artificial que se faz no campo terapêutico, e a confusão que se coloca para os terapeutas que acreditam estar de um lado ou de outro. Buscamos enfatizar que nenhuma formalização teórico/clínica existente dá conta de todas as questões que se colocam no campo clínico, assim como não pretendemos construir mais uma formalização. O que é clínico não parece se reduzir nem a aplicação de técnicas, nem ao trabalho puramente interpretativo. Apostamos que é possível construir intervenções que acessem os processos de mudança utilizando uma abordagem clínica que se constitua como uma interface

das várias teorias e técnicas já existentes, mas que introduza em sua perspectiva a questão da liberdade. Essa idéia de interface aponta para a multiplicidade, e não para um ecletismo na clínica. Acreditamos que esse dispositivo clínico deve ter sua vertente sistêmica, podendo se inserir onde muitos clínicos pensam não ser seu domínio, as relações de poder, uma vez que percebemos que a questão que tratamos nessa pesquisa não se apresenta a nós apenas como clínica, mas também como social e política.

Entendemos, portanto, a importância da possibilidade de introdução do caráter híbrido da subjetividade e da clínica. Essa questão é de grande complexidade, pois implica para os clínicos uma impossibilidade de habitar essas distinções radicais das quais vimos falando. A questão da liberdade se coloca caso a caso, não sendo possível decidir de antemão o que vai possibilitar essa experiência. O mesmo paradoxo se coloca para a clínica: diz-se para o paciente que ele só se beneficiará do tratamento se parar de usar drogas, mas só se acredita que ele pare de usar se freqüentar o tratamento. Vemos então que, na primeira parte do problema, acredita-se que ele tem autonomia suficiente para parar, se quiser freqüentar o tratamento, sendo, portanto, de direito livre, e responsável por seus atos; na segunda perspectiva, considera-se que ele está doente, necessitando do tratamento para restituir, sua responsabilidade e possibilidades de escolha, enfim, sua liberdade.

O mesmo impasse que se coloca para os familiares e pacientes se coloca para nós, clínicos, que deveríamos responder à demanda com algum tipo de técnica, e também nos sentimos pressionados a escolher, ou uma abordagem dita objetiva, ou as ditas subjetivas, sendo que ambas representam uma tentativa de “dar conta” daquele problema, sem mesmo avaliar para quem o problema se coloca. O que percebemos é que talvez, o que há para ser escolhido não contemple, ou não abra um espaço para a experiência de liberdade daquele paciente, pois pode ser que nada novo se introduza. O que queremos dizer é que a liberdade se apresenta caso a caso, onde um espaço para o afeto e para a expressão se abre. Enfatizamos anteriormente que, muitas vezes, as angústias dos clínicos parecem provir de um não saber utilizar as técnicas, de não saber qual seria a melhor ou a pior. Mas, o que passamos a compreender é que os dispositivos clínicos são atravessados por uma forma de poder que condiciona a conduta dos

terapeutas a variações mais ou menos definidas, sendo seu posicionamento e o do paciente já de antemão delimitados.

Cada vez mais os profissionais que lidam com as compulsões têm sentido a necessidade de articular várias posturas. Mas isso parece não ter resolvido a questão de que, embora mais flexíveis, essa flexibilidade caminha num vetor de direção única, excluindo a questão do quê se pretende construir como possibilidade de vida com determinada abordagem. Entendemos que é possível que um terapeuta utilize com seu paciente, inicialmente, estratégias de Entrevista Motivacional para possibilitar que o paciente, diminuindo o uso da substância, possa se beneficiar de outras intervenções. Aqui o trabalho não consiste na aplicação da Entrevista Motivacional, mas na sua utilização como abertura de espaço para outras experiências. Enquanto isso, ou até mesmo para que isso funcione, é necessário que entre o paciente e o terapeuta exista uma experiência compartilhada, de “mutualidade”³, não havendo, portanto, a distinção entre aplicar uma técnica de forma tão controlada, sabendo exatamente o que vai acontecer, e depois analisar com o paciente os sentimentos dele.

É, portanto, artificial, a divisão de abordagens objetivas ou subjetivas, pois se baseia, ela mesma, em uma separação que não existe. É num único e mesmo processo que se coloca a questão da subjetividade compulsiva, e a “resposta” a ela deve ser, também, processual. Queremos dizer com isso que os processos desejantes, que importam na clínica, são acessíveis não apenas por meio de interpretações ou experiências verbais, mas também por meio das experiências compartilhadas e mútuas.

2

O método 12 passos

O programa dos Alcoólicos Anônimos nasceu em 1935, na cidade de Akron, estado de Ohio, nos Estados Unidos, a partir do encontro de Bill W., um corretor da Bolsa de Valores de Nova Iorque, com o Doutor Bob, cirurgião local, ambos dependentes de álcool. Antes de se conhecerem, ambos tinham feito parte

³Este conceito foi criado por Winnicott para descrever uma experiência afetiva que se passa entre o bebê e sua mãe, inaugurando um plano afetivo que pode, segundo Winnicott, ser resgatado no setting terapêutico, potencializando o encontro. (Winnicott, 1994)

do Grupo Oxford, que tinha entre seus propósitos, a intenção de difundir a aplicabilidade de valores espirituais na vida cotidiana. Tais valores vieram posteriormente marcar as características filosóficas dos AA. Enquanto Bill, sob influência do Grupo Oxford, vinha conseguindo, já há algum tempo manter-se em abstinência, o mesmo não havia ocorrido com Bob. Bill defendia a noção de que o alcoolismo é uma doença “da mente, das emoções e do corpo”. Como consequência desse encontro, os dois se propuseram a trabalhar com pacientes alcoólicos no Hospital Municipal de Akron, onde tiveram sucesso com um interno que posteriormente juntou-se a eles e assim se constituiu o primeiro grupo de AA.

Em 1939, é publicado o livro *Alcoólicos Anônimos* (AA, 1939/1991), nome dado também ao grupo. Neste livro, que ainda hoje é considerado a literatura básica dos grupos, estão delineados os chamados 12 Passos, que constituem os princípios do processo de recuperação. Progressivamente, os núcleos de AA foram se difundindo em todo o mundo, sendo estimado que, até o ano de 1991, cerca de 2.000.000 de pessoas já haviam conseguido estar abstinentes através da utilização de seus princípios (AA, 1939/1991).

A metodologia 12 Passos influenciou amplamente diversas abordagens que se propuseram a tratar as compulsões em nível institucional, embora os grupos de AA não se considerem profissionalmente terapêuticos, não autorizando, também que seus membros se denominem terapeutas. Na verdade, o programa 12 Passos tem ainda 12 Tradições, dentre as quais a oitava tradição afirma que os AA devem se manter sempre não profissionais, embora possam contratar profissionais se assim julgarem necessário. Os doze passos desenvolvidos inicialmente para dependentes de álcool também são utilizados para pessoas dependentes de outras drogas, tendo sido formalizados nos grupos de Narcóticos Anônimos (NA), Jogadores Anônimos (GA), Comedores Compulsivos, etc; cada uma dessas formalizações tem seu correspondente para os familiares, tais como Nar-Anom, Gam-Anom, MADA (Mulheres que Amam Demais), Amor Exigente,...⁴

⁴ Os grupos de Mulheres que Amam Demais e *Amor Exigente* se baseiam na compreensão de que quando uma das pessoas de um relacionamento é doente, a outra necessariamente será; os grupos MADA são focalizados na compreensão de que há mulheres que utilizam seus relacionamentos pessoais de forma destrutiva, tendo sido criado esse grupo baseado nos 12 Passos dos AA. As reuniões do MADA funcionam seguindo os protocolos dos 12 Passos e visam à promoção do “desligamento emocional”, que seria viver com o outro sem a necessidade de controlá-lo e sem ter que abandoná-lo como únicas opções. Os grupos *Amor Exigente* são destinados principalmente aos pais de jovens adictos, skinheads, enfim, jovens sobre os quais os pais perderam o controle; nos grupos ensinam-se medidas a serem tomadas como prevenção a esses comportamentos, ensina-se

Abordaremos posteriormente o conceito de codependência, pois acreditamos que sua relação com o Método Doze Passos é fundamental para a compreensão do posicionamento dessa metodologia de tratamento em relação à adicção e à vida. Segundo essa metodologia, não há como pensar em um dependente sem pensar em um codependente, constituindo essa dupla um processo retroalimentativo que precisa ser rompido para que o comportamento compulsivo não seja facilitado.

Os 12 Passos (AA, 1939/1991) são:

I: Admitimos que éramos impotentes perante o álcool – que havíamos perdido o domínio sobre nossas vidas.

II: Viemos a acreditar que um Poder Superior a nós poderia devolver-nos a sanidade.

III: Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos.

IV: Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.

V: Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano a natureza exata de nossas falhas.

VI: Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.

VII: Humildemente rogamos a ele que nos livrasse de nossas imperfeições.

VIII: Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.

IX: Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem.

X: Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.

XI: Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o

como os pais devem lidar com seus filhos de modo a impor limites e evitar os comportamentos anti-sociais. A frase slogan do *Amor Exigente* é: “Eu te amo, mas não vou aceitar as coisas erradas que você faz”. Embora tentem buscar soluções para a dicotomia abandono x cuidada intensivos, essas opções ainda se apresentam pedagogizando os afetos e abordando as pessoas sob o olhar da doença.

conhecimento de Sua vontade em relação a nós, e forças para realizar essa vontade.

XII: Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a esses passos, procuramos transmitir esta mensagem a outros e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

Todo o processo de recuperação proposto pelo AA se baseia na vivência plena do primeiro passo, sem o que se considera que o alcoolista estará apenas abstinente, e não sóbrio. Essa distinção é importante, pois, segundo a proposta, quem não passa por um profundo processo de recuperação, transformando-se em uma pessoa sóbria, ainda carregará consigo a idéia de um dia poder se controlar e beber socialmente, o que leva à recaídas. De acordo com os princípios dos AA, é necessária a admissão da falência completa de qualquer atividade da vontade, da impotência total diante da compulsão, que somente será remediada pela ação do “poder superior”. Nesse sentido, compreende-se que é impossível, ou pelo menos improvável, a saída da compulsão por um ato de vontade, por um exercício da liberdade, essa entendida como possibilidade de escolha; o adicto é considerado doente pela sua absoluta incapacidade de fazer escolhas, dominar suas vontades. Aqui, liberdade e adicção são conceitos que se antepõem.

Quando se está verdadeiramente recuperado, segundo o programa, a abstinência nunca mais é quebrada e o que se instala é um estado de sobriedade em que houve uma total reformulação da personalidade. Nota-se, de acordo com essa filosofia, que todo auxílio se baseia numa admissão da falência do controle que o sujeito era capaz, ou acreditava ser capaz, de exercer sobre si mesmo. O que se enfatiza nos grupos, tanto de AA quanto NA, é que a recuperação não é apenas uma questão de não usar drogas, mas de operar uma completa modificação da personalidade, tentando transformar as características que tornam imperativa a necessidade de consumir a substância. Para a proposta, os principais entraves à recuperação são a “mente fechada” e a “procrastinação”. Embora essa seja uma idéia veiculada, o programa 12 Passos não condena as recaídas; o que parece ser condenável é o fato de que aquele que recai não se “rendeu” ainda ao programa, mantendo sua mente fechada, continuando a frequentar os lugares da “ativa” ou a manter relacionamentos da “ativa”; essas pessoas não conseguiram ainda operar uma mudança completa em sua personalidade, de modo que pudessem assumir

verdadeiramente o primeiro passo e compreender que elas não podem usar drogas em nenhuma hipótese.

Na literatura, chega-se a afirmar que alguém que tenha se rendido (é essa a palavra usada) verdadeiramente ao tratamento não passa por recaídas. Recomenda-se a frequência diária aos grupos para que a recuperação seja mais bem sucedida. Dessa forma, quando acontece uma recaída, o adicto deve voltar ao primeiro passo, pois se considera que ele não tenha ainda admitido sua impotência perante a substância. Ou seja, de maneira geral o Método 12 Passos funciona identificando abstinência a experiências de liberdade.

Tomemos como elemento principal de nosso questionamento o Primeiro Passo, não só pela importância que lhe é atribuída na programação, como pela possibilidade que oferece para colocarmos nossos questionamentos sobre o Método 12 Passos. A idéia central desse passo, como dissemos anteriormente, é a aceitação da impotência perante a substância, que passa a dominar a vida do indivíduo, tornando-se central em relação a quaisquer outras fontes de prazer. Enquanto o adicto considerar ser capaz de administrar sua relação com a substância, ele não conseguirá se livrar da relação compulsiva. É preciso que ele substitua o “Deus químico” pelo “poder superior” para resgatar a sanidade.

Vários são nossos questionamentos em relação a essa abordagem das compulsões. Primeiramente, o Método 12 Passos trabalha com a noção de alcoolismo como doença, que não é somente do corpo, mas também da alma. Existe uma forte conotação moral e religiosa, que traduz certamente a influência da formação dos fundadores do grupo. Sendo também um doente da alma, o alcoolista necessita de uma transformação moral, uma modificação das características de sua personalidade. Não é à toa que normalmente se fala da “personalidade alcoólica” ou “dependente química”, que se traduz em aspectos como “manipulação”, “negação”, “intolerância à frustração”, e diversas outras características que facilmente são coladas na descrição dos adictos. Cria-se uma essência adicta, transformando-a em uma entidade determinante e constituidora.

Está claro que essa noção de uma personalidade adicta dotada de características próprias se opõe radicalmente às hipóteses apresentadas ao longo de nosso trabalho, que compreendem a experiência compulsiva como sendo singular e compondo agenciamentos múltiplos e complexos. Não se trata apenas da relação de um sujeito com um objeto, mas de inúmeras outras variáveis que se

articulam à superfície afetiva de cada um que experimente compulsivamente alguma coisa. Dessa forma, entendemos que o Método 12 Passos enfatiza apenas o uso, sem abordar outras dimensões que conjugam essa experiência.

Como já dissemos, não consideramos a abstinência, em todos os casos, a única possibilidade de alteração da relação compulsiva com alguma substância, pois não entendemos a compulsão, sempre e apenas, como uma relação entre um sujeito doente e uma substância; certamente, a abstinência é uma estratégia, mas não é determinante.

É importante pensarmos também que, se por um lado, as trocas de experiências nos grupos favorecem um espaço mútuo e compartilhado, o que talvez seja uma das variáveis que torne os grupos de AA e NA eficazes em suas propostas de abstinência, por outro lado, toda experiência homogeneizadora tende a negligenciar as forças instituintes do sujeito e a fortalecer as forças instituídas, gerando ali mais momentos de grupo sujeitado que momentos de grupo sujeito, e levando a uma paralisação dos processos desejantes e coletivos (entendendo que nem sempre um grupo é um coletivo).⁵

Gostaríamos de levantar outra questão relativa ao primeiro passo. É curioso que o mais importante de todo o processo de recuperação do adicto seja reconhecer que está impotente e que precisa de ajuda para parar, uma vez que não é mais um sujeito livre capaz de controlar seu consumo. Mas, conseguir assumir isso já não seria a experimentação de algo diferente em relação à experiência compulsiva? Já não seria um ato de liberdade, esta entendida como estando vinculada aos movimentos da vontade? Aqui parece que se instala um duplo vínculo, pois toda a metodologia dos 12 Passos se estrutura na afirmação de que o adicto é alguém que não tem mais liberdade, precisando estar abstinente para recuperá-la; mas, justamente quando ele faz um movimento considerado livre, este é apenas o primeiro passo, e ele precisa ainda passar o resto de sua vida se lembrando de que não é de confiança para si mesmo. Não estamos com isso

⁵A respeito das experiências de grupo sujeito e grupo sujeitado, Guattari nos diz: “O que vai caracterizar um processo de singularização (que, durante certa época, eu chamei de “experiência de um grupo sujeito”), é que ele seja automodelador, isto é, que ele capte os elementos da situação, que construa seus próprios tipos de referências práticas e teóricas, sem ficar nessa posição constante de referência a um poder global (...)”. (Guattari & Rolnik, 1996, p.46) Podemos compreender, então, que, sempre que se trata de um movimento identificatório num grupo, abandonam-se as possibilidades de momentos de grupo sujeito e vivem-se momentos de grupo sujeitado, nos quais o que está em jogo é uma paralisação dos processos, uma individualização sem singularização.

querendo dizer que alguém deva sempre estar se “testando” para saber se já mudou sua relação com alguma substância; na verdade, o que estamos dizendo é que as coisas se passam de tal forma que o adicto não se sente mais potente do que antes por ter dado o primeiro passo, já que isso é apenas admitir a sua doença. Além disso, não se sente também, alguém potente para outras coisas na vida, nas quais (nessas sim) ele poderia se arriscar, já que está confundido ao uso que faz de uma substância. O que gostaríamos de enfatizar, então, é que a substância não faz tanta diferença, pois a lógica do processo fixa o dependente sempre na posição de alguém impotente, sempre à espreita de si mesmo, e as mudanças permitidas para esse si mesmo são muito poucas.

Certamente, ainda há muitas coisas questionáveis no Método 12 Passos, mas as que nos interessam são as que se articulam a questão da nossa pesquisa. Percebemos, então, que, nesse método, o sujeito nunca seria livre, pois mesmo quando ele o é, esse movimento é esvaziado e o que continua sendo enfatizado é a vigilância constante que ele tem que ter sobre si mesmo.

3

A entrevista motivacional

Gostaríamos agora de desenvolver os principais princípios de uma técnica terapêutica muito utilizada atualmente no campo de tratamento da dependência de drogas, que é a Entrevista Motivacional.

A Entrevista Motivacional é uma técnica terapêutica que se propõe a preparar as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Ela surge como uma tentativa de lidar com um problema que todos os clínicos se colocam: como as pessoas mudam? Para eles, a mudança é, principalmente, mudança de comportamento. O terapeuta, através do método da Entrevista Motivacional, busca na fala do paciente, indícios de sua motivação para a mudança do comportamento adictivo, tentando encaminhar o paciente, por meio de técnicas específicas, para a mudança do comportamento, nunca se antecipando ao seu *timing* ou se contrapondo de forma aberta a seus argumentos para a não-mudança. Várias são as abordagens motivacionais consideradas eficazes pelos teóricos que propõe esta técnica. Não nos deteremos aqui em cada modelo de entrevista, pois

são muitos, apenas citaremos os cinco principais princípios que se encontram presentes na prática das entrevistas:

- Expressar empatia.
- Desenvolver a discrepância.
- Evitar a argumentação.
- Acompanhar a resistência.
- Promover a auto-eficácia.

Cada um desses princípios é praticado independente do estágio motivacional em que se encontra o paciente, sendo princípios gerais da Entrevista Motivacional.

Segundo Miller e Rollnick (2001), essa é uma abordagem criada para ajudar o paciente a desenvolver um comprometimento, a tomar a decisão de mudar. Baseia-se em estratégias do aconselhamento centrado no paciente, na terapia cognitiva, na teoria sistêmica e na psicologia social da persuasão. A aparência de uma sessão de entrevista motivacional está bastante centrada no paciente; ainda assim, o terapeuta mantém um forte senso de objetivo e direção e escolhe ativamente o momento certo para intervir de forma incisiva. Assim, combina elementos de abordagens diretas e não-diretas. Pode ser integrada a uma ampla gama de estratégias, além de também ser utilizada para trabalhar uma base motivacional para outras abordagens (tais como treinamento comportamental, participação em grupos Doze Passos, uso de medicação, etc.) A base teórica da entrevista motivacional assenta-se em dois conceitos: “ela se vale amplamente do construto de ambivalência e do conflito entre indulgência e limite tão claramente encontrado nos comportamentos aditivos” (Miller & Rollnick, 2001, prefácio).

O princípio geral da Entrevista Motivacional é trabalhar com a motivação do paciente para a mudança. Os autores sugerem que motivação não deva ser pensada como um problema da personalidade, intrínseca ao sujeito, assim como a falta de motivação não decorre de traços nocivos ou de resistência. Motivação é “um estado de prontidão ou avidez para a mudança” (Miller & Rollnick, 2001, p.31), que pode ser influenciado pelo trabalho do terapeuta, ou mesmo construído por esse trabalho. Sendo assim, os teóricos da Entrevista Motivacional se apoiaram no modelo de dois psicólogos, Prochaska e DiClemente (1982), sobre como ocorre um processo de mudança e estruturaram seu método a partir disso.

Prochaska e DiClemente, entendem a mudança de comportamento como um processo que se passa em seis estágios, que eles formalizaram como sendo a Roda da Mudança.

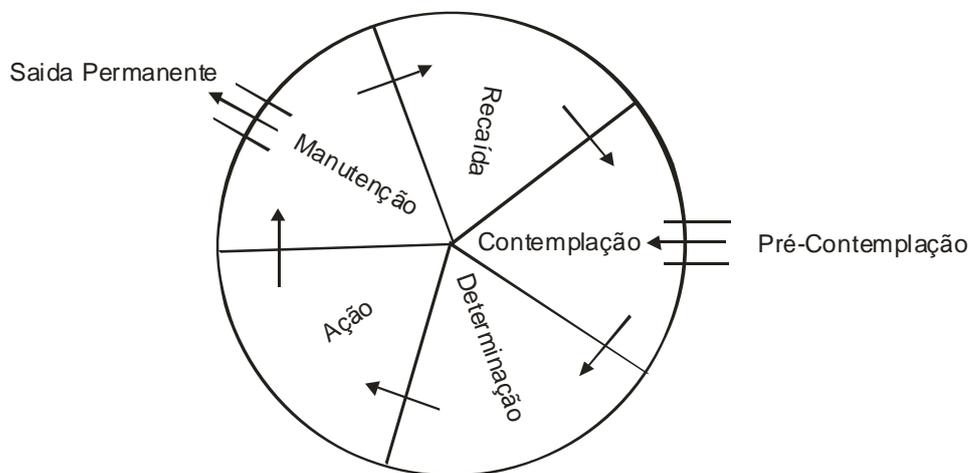


Figura 1: Os seis estágios da mudança de Prochaska e DiClemente⁶.

O ponto de partida para o processo da mudança é o estágio denominado pré-contemplação. Nesse ponto, a pessoa ainda não considera a possibilidade de mudar, sendo normalmente trazida para tratamento por terceiros e percebendo que tem de fato algum problema somente através de dados concretos da realidade, como por exemplo, exames toxicológicos, doenças decorrentes do uso da substância, etc. Segundo os teóricos da entrevista motivacional, o pré-contemplador precisa ser incentivado a aumentar sua percepção de que algo não vai bem, precisa receber informações claras para compreender que tem um problema. Se o terapeuta é bem sucedido, e o paciente avança para o estágio da contemplação, novas estratégias também se farão necessárias para motivar o paciente a persistir no processo da mudança. Um contemplador tanto considera a mudança, quanto a rejeita, sendo este estágio caracterizado pela ambivalência. A ambivalência é um estado normal da mudança e não significa que não haja desejo de mudar. O papel do terapeuta nesse ponto é ajudar o paciente a “incliná-la para o lado da mudança, evocando as razões para a mudança, os riscos de não mudar, fortalecendo a auto-suficiência do paciente.” (Miller & Rollnick, 2001, p.33). Ele não deve esperar que seu paciente venha pronto para mudar seu

⁶Figura retirada de Prochaska e DiClemente (1982) apud Miller e Rollnick (2001).

comportamento adicto; ao contrário, para os teóricos da Entrevista Motivacional o terapeuta tem muito a fazer no sentido de ajudar seu paciente a motivar-se para percorrer a roda da mudança.

Se o paciente consegue motivar-se o suficiente para sair do estágio da contemplação, ele vai para o estágio da determinação. Nesse estágio, a tarefa do terapeuta não é tanto motivar quanto ajudar o paciente a adequar uma estratégia de mudanças que ele seja capaz de seguir, que seja aceitável e eficaz. Aqui, várias atitudes terapêuticas podem ajudar o paciente a desenvolver seu plano de mudanças, como por exemplo, a montagem de tabelas para uso padronizado da substância, marcação de testes toxicológicos para averiguar o seguimento do plano, desenvolvimento de mapas que objetivem a mudança dos percursos antes feitos pelo paciente de modo a evitar que ele se veja em situações potencialmente conflitivas e arriscadas, etc. O estágio da ação segue-se ao da determinação, sendo o momento em que o paciente, auxiliado por seu terapeuta, vai efetivar as estratégias de mudança que foram desenvolvidas no estágio anterior.

Se o paciente consegue implementar o plano de mudanças com sucesso, ele passa ao estágio da manutenção, no qual se utilizam estratégias de Prevenção da Recaída (Marllat & Gordon, 1993), com o objetivo de que o paciente possa se manter ou abstinente, se esse tiver sido seu projeto, ou em uso social da substância, caso tenha possibilidades para tal. É importante acentuar que os teóricos da Entrevista Motivacional consideram a recaída como um estágio, interior à roda da mudança, passível de ocorrer em qualquer fase do processo. Nesse caso, é tarefa do terapeuta ajudar o paciente a renovar os processos anteriores, sem que ele fique imobilizado na recaída.

A Entrevista Motivacional é um método terapêutico que pretende se diferenciar de duas outras abordagens que, segundo eles, dominam o campo de cuidados no que concerne à mudança dos comportamentos adictos. Segundo os autores, as abordagens que se baseiam num confronto da negação apresentam vários problemas, a saber: visam à aceitação do diagnóstico como essencial para a mudança; enfatizam muito as patologias da personalidade dos dependentes, diminuindo a escolha e o controle pessoal; o terapeuta se apresenta combativo, mostrando evidências de que há um problema a ser resolvido; a resistência é vista como negação, sendo tratada com argumentação e correção; finalmente, as metas

e estratégias de mudança são prescritas para o paciente pelo terapeuta, visto que o primeiro seria incapaz de tomar decisões, devido ao processo de negação.

Ao contrário desse método, a Entrevista Motivacional não busca a aceitação de rótulos, visto que são considerados desnecessários para a mudança. Enfatizam-se a escolha pessoal e a responsabilidade pela decisão quanto ao futuro; a resistência é vista como um padrão de comportamento interpessoal, influenciado pelo comportamento do terapeuta, sendo tratada com reflexão. Finalmente, as metas e estratégias de mudança são negociadas entre paciente e terapeuta, sendo o envolvimento do paciente com elas um dado considerado vital para a mudança.

Uma outra perspectiva que se diferencia da Entrevista Motivacional são as abordagens de treinamento de habilidades. Segundo os teóricos da Entrevista Motivacional, essas abordagens já consideram que o paciente esteja motivado, buscando, então, identificar e modificar crenças mal adaptadas, não desenvolvendo nenhum método específico de motivação, passando a prescrever estratégias específicas de enfrentamento. O método da Entrevista Motivacional, como enfatizamos, emprega estratégias específicas para estimular a motivação do paciente para a mudança, explorando as percepções do paciente sem rotulá-las ou corrigi-las. A responsabilidade pelos métodos de mudança é do paciente, não havendo treinamento, modelagem ou prática.

Mas o que seria, especificamente, o conceito de motivação para os teóricos da Entrevista Motivacional? Segundo eles, o que parece de fato prever a mudança é a aderência do paciente ao tratamento ou ao plano terapêutico, e isso pode ser inferido pelo estágio motivacional em que o paciente se encontra. Sendo assim, motivação “pode ser pensada em termos de uma probabilidade de certos comportamentos. (...) Se tomarmos tal abordagem pragmática, a motivação pode ser definida como a probabilidade de que uma pessoa entre, continue a adotar uma estratégia de mudança específica” (Miller & Rollnick, 2001, p.34). Dessa forma, vemos que a motivação, para esses autores, não é intrínseca ou inerente ao indivíduo, mas depende do contexto, tornando-se uma parte importante da tarefa do terapeuta.

“É sua responsabilidade não apenas aconselhar, mas também motivar – para aumentar a chance de que o paciente siga o curso da ação recomendado rumo à mudança. A partir dessa perspectiva, é insensatez um terapeuta responsabilizar um paciente pela própria desmotivação” (Miller & Rollnick, 2001, p.35).

Como vimos, o método da Entrevista Motivacional se oferece como uma tentativa de abordagem do problema da mudança dos comportamentos adictos. Múltiplos são os recursos oferecidos por esse campo teórico no sentido de abordar as adicções como um problema de motivação, ou seja, o adicto não consegue mudar seu comportamento porque ainda não foi motivado para isso, tendo o terapeuta um papel de grande destaque na modificação desse quadro. É grande a ênfase dada a uma possibilidade de tomar decisões que o paciente passa a ter se estiver no estágio motivacional adequado, o que confere aos processos conscientes de tomada de decisão um grande peso, bem como um destaque a categorias como autocontrole, auto-suficiência, ou auto-eficácia, entre outras.

A abordagem da Entrevista Motivacional propõe uma aproximação da questão das adicções no sentido de modificar um comportamento que traz problemas. Não parece haver um questionamento sobre as condições em que tal pessoa desenvolveu uma atitude compulsiva diante da vida. Essa abordagem parece demonstrar que o terapeuta é quem sabe em que direção deve ir e que mudança deve fazer, sem, contudo, deixar isso claro em suas intervenções. Vemos, então, que esse enfoque representa basicamente o encaminhamento do paciente para uma tomada de decisão consciente, egóica, de mudar.

Reconhecemos a contribuição dessa abordagem perante a adicção, mas questionamos o que consideramos uma postura reducionista, o enfoque meramente objetivista comportamental, reduzindo a compreensão da vida a uma mera sucessão de fases pré-determinadas, através das quais se pode, portanto, prever a mudança do comportamento conseguindo situar alguém em determinado estado motivacional. Mas não acreditamos que a mudança se faça de modo uniforme e controlado, como uma superação de estágios, nem que se inicie apenas por meio de uma decisão consciente, de uma decisão do EU, de uma escolha pensada como um exercício do livre arbítrio.

Segundo o modelo da Entrevista Motivacional, em cada estágio o paciente teria condições de efetivar alguns passos através de sua escolha pessoal. Mas, essa escolha não se faz baseada no processo desejante ou afetivo do sujeito, pois o que

ele tem para escolher são possibilidades já existentes e já colocadas para ele como um *menu* de opções. Uma escolha como essa nem pode ser considerada escolha, muito menos pode ser considerada uma atitude de um sujeito livre, pois ela não se faz a partir da afirmação de um modo de vida, mas a partir de uma necessidade de controle de um impulso descontrolado por um sujeito considerado quase impotente.

Como já vimos, tendemos para as coisas de uma maneira que não é controlada por nós. Ao contrário, só temos acesso aos afetos que determinadas coisas nos produzem secundariamente, pois a consciência só é capaz de captar os efeitos desses afetos. Como poderíamos, então, conceber, um processo de mudança que se dá inicialmente e integralmente por uma atividade da consciência, como propõe a Entrevista Motivacional, por exemplo? Como poderíamos entender um processo de escolha que tenha seu início no EU? Isso seria negligenciar totalmente o papel que a dimensão afetiva e inconsciente exerce em nossas escolhas. É impensável, segundo uma perspectiva que considere o plano afetivo como primeiro, conceber a vida e tratar um compulsivo com métodos como a Entrevista Motivacional, pois ser compulsivo não é apenas uma questão de comportar-se mal.

Passaremos para mais uma das terapêuticas que se apresentam atualmente como eficazes no campo das compulsões, lembrando que nenhuma delas exclui as outras; na verdade, com algumas exceções, que enfatizaremos, elas são baseadas nos mesmos princípios e nas mesmas concepções de subjetividade, além de trabalharem com o conceito de dependência de drogas como norteador de suas práticas.

4

A redução de danos

Atualmente, dentro do campo da saúde, encontramos um novo paradigma teórico-clínico-político que pretende dar conta dos comportamentos considerados “de risco” e, dentre eles, as adições como potencialmente arriscadas. A Redução de Danos é um movimento internacional que surgiu em resposta à crescente propagação da Aids na década de 80, embora as origens desta abordagem aos

problemas com drogas possam ser remontadas a um período anterior. Antes de se tornar um conceito e uma estratégia científica, a redução de danos surge enquanto um movimento político. Por volta dos anos 70, na Holanda, vinha sendo estruturada uma política nacional tolerante às drogas. Especificamente no ano de 1972, antes mesmo da emergência da epidemia de Aids, houve a publicação de um documento pelo “Comitê de Narcóticos”, cuja conclusão estabelecia que as premissas básicas de uma política de drogas deveriam ser congruentes com a extensão de riscos envolvidos no uso das mesmas, o que convergia para a aplicação de intervenções via redução de danos. Em 1976, houve uma revisão da “Lei Holandesa do Ópio” a qual passa a diferenciar o tratamento dado às drogas consideradas de “risco inaceitável”, tais como heroína, cocaína, LSD e anfetaminas, daquele oferecido aos usuários de drogas consideradas de “risco mais baixo”, tais como maconha e haxixe. Concomitantemente a este processo de desenvolvimento e implementação de uma política holandesa tolerante às drogas, no início dos anos 80, nesse mesmo país, um grupo de usuários preocupados com o aumento do número de casos de hepatite e com a possibilidade de limitação no acesso a agulhas e seringas, organizou-se no sentido de obter, através da troca, equipamentos esterilizados.

Sendo assim, através da auto-organização desses usuários numa espécie de sindicato para usuários de drogas pesadas, denominado Junkiebond (Liga dos Dependentes), há um impulsionamento para o surgimento de novas organizações locais de usuários de drogas, o que culmina na viabilização de propostas de redução de danos em conjunto com o estado holandês. A participação dos dependentes associados à Junkiebond levou à implantação do primeiro programa de troca de seringas em Amsterdã, em 1984. A partir daí, abre-se um espaço para amplos programas de apoio e tratamento dos adictos holandeses com metadona⁷. Sendo assim, os “caminhões de metadona” passam a circular pela cidade, indo até às pessoas que se drogam e promovendo uma maneira menos arriscada de se drogar, através da troca de seringas, prescrição de metadona, ensino de técnicas para uma maior durabilidade da “onda” com menor administração de droga, etc.

⁷Metadona é um composto sintético que oferece ao usuário de heroína os mesmos efeitos que essa, sem os prejuízos dessa, tornando possível, por exemplo, que alguém se drogue e possa trabalhar, ou ‘medir’ o tempo da ‘onda’. Digamos que seja uma forma ‘controlada’ de se drogar, causando poucos prejuízos individuais e coletivos.

Os programas de Redução de Danos inauguram uma nova abordagem por parte dos governantes e dos profissionais de saúde que tratam da questão da adicção. Segundo Alan Marlatt (1999), psicólogo canadense que introduziu a Redução de Danos nos EUA, esse paradigma representa uma alternativa de saúde pública para os modelos moral/criminal e de doença do uso e da dependência de drogas. De acordo com os idealizadores da Redução de Danos, a abordagem das adicções tem ricochetado sobre dois modelos: o modelo moral e o modelo doença. O modelo moral concentra suas intervenções sobre a redução da oferta, ou seja, considera que a distribuição e uso de certas drogas é um crime que merece punição, julgando, a partir disso, os comportamentos adictos como moralmente incorretos, inaugurando uma “guerra às drogas” e tendo como objetivo final uma sociedade livre das drogas.

O segundo modelo define a dependência como uma doença que requer tratamento e reabilitação. Aqui a ênfase está nos programas de tratamento e prevenção que procuram remediar o desejo ou a demanda dos indivíduos por drogas, ou seja, a atuação é na redução da demanda, sendo o objetivo uma sociedade livre de drogados. A abordagem da Redução de Danos procura se estabelecer não como uma atuação no uso de drogas em si, mas nos efeitos decorrentes dos comportamentos adictos às drogas. Ou melhor, amparadas pela estratégia da Redução de Danos, várias modalidades terapêuticas podem ser utilizadas no sentido da reabilitação dos adictos, ou de uma conquista do uso social das drogas por pessoas anteriormente consideradas compulsivas. O que consideramos uma mudança importante nesse enfoque é que, primeiramente admite-se que o afeto por drogas seja possível, que seja uma forma assumida pelo desejo, e que o que se deve enfatizar é a redução dos danos decorrentes dos comportamentos compulsivos. Além disso, a Redução de Danos aposta que é possível a administração do uso da substância, não apontando a proibição como melhor alternativa. Sendo assim, como é uma estratégia que não se propõe a estar de um lado (adicção como fruto de um desvio) nem de outro (adicção como sendo doença), admitem-se várias possibilidades para a abordagem dos adictos e para a redução dos danos de seu comportamento.

Vários são os princípios da Redução de Danos. Um dos principais é que a abstinência não é o único caminho possível para o tratamento desses pacientes. Segundo os teóricos da Redução de Danos, os tratamentos que concebem como

única meta possível para a recuperação a conquista da abstinência (os Alcoólicos Anônimos, por exemplo) são abordagens de alta exigência que acabam excluindo das possibilidades terapêuticas os usuários que não conseguem estar abstinentes para entrar em tratamento. Segundo a Redução de Danos, esse “tudo ou nada” da abstinência não comporta graduações importantes do uso que os dependentes façam da substância. É importante, por exemplo, a mudança de uso de três doses diárias de cocaína para uma dose; ou não dirigir quando se está embriagado. Há também uma diferença ético-política que se estabelece caso o usuário consuma drogas lícitas ou ilícitas, e esse aspecto não é negligenciado pela Redução de Danos. A separação entre usuários e dependentes também é importante, uma vez que não se considera que um usuário deva obter o mesmo enfoque que um dependente, pois só o comportamento de drogar-se não leva necessariamente à produção de danos, foco principal do modelo da Redução de Danos. Sendo assim, para a estratégia da Redução de Danos é possível uma relação moderada com o objeto do comportamento compulsivo. A Redução de Danos é também um modelo que aposta bastante no papel preventivo das ações dos profissionais de saúde, promovendo junto às escolas, comunidades, empresas, várias aproximações com o tema da dependência e das possibilidades de tratamento. A grande questão defendida pela Redução de Danos em termos políticos é a não criminalização do usuário, mas, ao contrário, o investimento em prevenção, tratamento e reabilitação para garantir que o usuário defina de forma autônoma seu caminho.

O que a estratégia da Redução de Danos entende é que o uso, nocivo ou não, de drogas, não é um caso de polícia ou de repressão, mas de saúde pública, sendo indispensável também a mudança das leis em relação ao porte, uso e tráfico de drogas. O primeiro passo dado por essa abordagem é partir do próprio conceito de adicto como categoria problemática. A estratégia da Redução de Danos nos serve como prática analisadora do campo das denominadas “dependências”, pois desestabiliza esse campo, trazendo a possibilidade de novas produções. Como enfatizamos anteriormente, temos acompanhado que o campo da dependência de drogas tem sido amplamente influenciado pelas abordagens terapêuticas que focalizam a abstinência como única possibilidade de “cura” para pacientes adictos. A Redução de Danos introduz uma importante modificação nesse enfoque, visto que não considera o uso de drogas “em si” como um ato criminoso, ou melhor, as intervenções devem se dar muito mais no campo da saúde, em

relação ao usuário, que no campo da justiça, recolocando o usuário, ou dependente, no lugar de quem comete para si e para outrem um dano, mas não em nível moral, como parece ser o tom das terapêuticas centralizadas na abstinência. Claude Olivenstein nos diz:

“Outras divisões aparecem e se precisam à medida que o número de toxicômanos aumenta. Por exemplo, nenhum delírio evoluirá com a velocidade dos efeitos que se evidenciam no encontro da droga com a pessoa. Por outro lado, o clima afetivo, o ambiente e a camaradagem serão indispensáveis à constituição da experiência toxicomaniaca; deste ponto de vista, como indicou Bernard Géraud, a falta que vai se instalar na vida do toxicômano é um fenômeno psíquico ativo e não inerte como crêem muitos profissionais que trabalham na toxicomania. A falta indica a importância e a dimensão do gradiente e da densidade do que se passa com o produto” (Olivenstein,C., 1998, p.10).

O que a Redução de Danos traz de inovador é justamente a compreensão de que algo se passa entre o sujeito e a droga, que não pode ser simplesmente abortado; se há algo a ser “curado” é a abordagem, não o usuário. A grande mudança efetuada por essa estratégia, é que o critério para as ações é a vida, e é a garantia dela que importa. O conceito de dependência de drogas define o sujeito pela substância, e não pelo agenciamento do qual ele e o uso da substância fazem parte como peças; o que parece mais importante para nós é a construção de terapêuticas que operem através dos movimentos do sujeito, das suas intensidades, das afecções, enfim, da singularidade, pois, sendo o uso de drogas um agenciamento múltiplo, e não apenas a relação de um sujeito com um objeto, entendemos que a substância possa ser a mesma, mas o que se passa em termos de intensidade é da ordem da singularidade.

Sendo assim, percebe-se que tanto usuários como profissionais de saúde se encontram com uma nova maneira de abordar tanto o consumo como o tratamento, pois, se o usuário não é mais um criminoso, mas alguém passível de uma intervenção terapêutica, ou de ser ajudado a fazer um uso de drogas menos nocivo, então a categoria de adicto deixa de ser importante. O que se torna primordial é entrar no agenciamento, intervir na relação de consumo que alguém estabelece com um produto, mesmo que para isso seja necessário correr os riscos da entrada nesse campo. Dizemos isso porque muitos dos chamados "redutores" são pessoas que já não se drogam mais e que estão em projetos de parceria com o

governo local indo aos lugares aonde as pessoas compram e se drogam tentando distribuir o "Kit" da Redução de Danos. Isso implica muita coragem, pois essas pessoas correm riscos, mas, acima de tudo, representa uma das poucas possibilidades atuais de intervenção nessa máquina de consumir que é a compulsão, de entrada no "corpo a corpo" com os drogados, e isso tem representado uma possibilidade de introduzir algumas alternativas a esse problema tão complexo.

Por ter sido forjado localmente, ou melhor, pelas próprias pessoas que necessitavam de mudanças em relação ao uso de drogas, os programas de redução de danos nos provocam algumas inquietações. Parece que o “drogado” não é necessariamente aquele que consome drogas, pois alguns desses se autoregulam, mas o que está com falta de drogas mesmo consumindo-as, aquele que está “fissurado”. Parece claro para nós que os mecanismos de confinamento e administração da vida, próprios da sociedade disciplinar, e que se instrumentam nas práticas de saúde baseadas no confinamento dos dependentes, na obrigatoriedade que se impõe a eles de retomar a vida “produtiva”, de estar abstinente, já não dão conta das experimentações compulsivas, mesmo porque elas parecem estar sendo forjadas no bojo de novas formas de exercício do poder. A grande armadilha do capitalismo em relação ao drogado parece ser uma inversão na relação consumo–produto, na qual o principal produto deixa de ser a droga e passa a ser o dependente, aquele que faz qualquer coisa pela sua “dose”. Percebemos, então, a droga como sendo a mercadoria perfeita, posto que ela pode assumir múltiplas facetas e ocupações territoriais nas vidas dos indivíduos, pois o que mais importa é perceber que essas experimentações são marcadas sempre pelo “menos”, ou pela falta, que instaura um eterno consumo, que pode não ser de drogas. Sendo assim, o que se nota é uma inversão na qual é o consumidor quem está sendo consumido como matéria prima para a perpetuação do funcionamento dessa máquina. Múltiplas são as opções de tratamento que se oferecem, inúmeros são os cursos de formação para profissionais, centros de recuperação, etc., em torno do grande tema da droga. Ou melhor, é característico dos atravessamentos desse poder transformar qualquer uso em consumo, e este, num descontrole. Pensar a droga como produto, desvia o pensamento da questão da subjetividade compulsiva como estando para além do uso de substâncias, sendo um ingrediente para a sociedade de consumo. É num mesmo movimento que o drogado consome

e é consumido, pois em torno dessas experimentações se engendram múltiplos dispositivos de controle, especialismos, etc. Compartilhamos das idéias de Claude Olivenstein acerca desse tema:

“O toxicômano está em via de concluir uma barganha enganosa: aceita ser domesticado, jogar o jogo das instituições, submeter-se aos exames triunfantes da psicoquímica. Em troca, recebe alimentação, não é infeliz nem feliz; (...) nessas circunstâncias, o toxicômano ou joga com as diferentes instituições ou, o que é o mais freqüente, não sabe qual é o seu lugar. Ele mesmo sugere e invoca um compromisso: quer ser doente se não for punido. Toma a iniciativa de se inscrever nos programas de substituição e aceita medidas que fazem de si um não cidadão ou um cidadão de segunda categoria” (1998, p.12).

Nosso interesse passa pela construção de um dispositivo de intervenção que não focalize nem no drogado, nem na droga, separadamente, mas, ao contrário, que possa compor um plano em que um e outro se engendram mutuamente. O compulsivo e a droga são peças de um agenciamento múltiplo e heterogêneo, que inclui a família, o corpo, as sensações, experiências estéticas, a cidade, etc. Nesse sentido, se não se troca o agenciamento, pode-se até tirar a droga que a superfície de afetação continua à mesma. Não é possível trocar apenas uma parte do agenciamento, é preciso produzir novos agenciamentos; tirar o produto não garante novas experimentações afetivas.

Múltiplas são as implicações dessa inversão. O drogado sendo o produto traz consigo a dimensão de produto também para médicos, psicólogos, cuidadores em geral. O poder atravessa todos, sendo difícil produzir alguma diferenciação, não dos tratamentos, pois esses variam bastante, mas dos agenciamentos, que retiram toda a liberdade tanto dos dependentes quanto dos cuidadores. A liberdade não parece estar nem no cuidar nem no ser cuidado. Geram-se, então muitas formas de cuidar, sem, contudo, revolucionar essa relação que transforma os sujeitos em produtos.