

## 7

## ***Perspectivas psicodinâmicas no tratamento do toxicodependente***

LUBÉLIA MARIA NETO MAGALHÃES

### **RESUMO**

Pretende demonstrar-se as possibilidades de aplicação das teorias psicodinâmicas nos vários aspectos do tratamento do toxicodependente. Descreve-se o seu funcionamento mental e várias questões relativas ao seguimento psicoterapêutico, com base nas perspectivas de vários autores, salientando a forma como as concepções de Bion podem contribuir significativamente para a compreensão de toda esta problemática. Aborda-se também a forma como as perspectivas psicodinâmicas clarificam o funcionamento das equipas de tratamento, no relacionamento entre os seus vários elementos e de cada um destes com o paciente. Salienta-se o tratamento dos doentes em terapia de substituição e, finalmente, apresentam-se algumas sugestões para uma melhor organização das equipas e do funcionamento do atendimento clínico.

**Palavras-chave:** Toxicodpendência; Teorias psicodinâmicas; Tratamento psicoterapêutico; Dor mental; Programas de substituição; Equipas de tratamento.

### **RÉSUMÉ**

On veut démontrer les possibilités de l'application des théories psychodynamiques dans les différents aspects du traitement des toxicomanes. Appuyés dans les perspectives de plusieurs auteurs, on décrit le fonctionnement mental du toxicomane et les questions liées à l'accompagnement psychothérapique, en mettant l'accent sur la manière dont les concepts de Bion peuvent contribuer significativement à la compréhension de l'ensemble de cette question. On adresse aussi la clarification apportée par les perspectives psychodynamiques sur le fonctionnement des équipes de traitement, dans les relations entre ses divers éléments et entre chacun de ceux-ci et le patient. On souligne le traitement des patients qui participent aux programmes de substitution et, finalement, ont présente quelques suggestions pour une meilleure organisation des équipes et du fonctionnement des soins cliniques.

**Mots-clé:** Toxicodpendance; Théories psychodynamiques; Traitement psychothérapique; Douleur mentale; Programmes de substitution; Équipes de traitement.

### **ABSTRACT**

This study aim is to demonstrate the scope of possible uses for psychodynamic theories in all aspects of the treatment of drug addicts. We describe the drug addict mental functioning and various issues related to psychotherapy treatment, based on the perspectives of several authors, emphasizing how the concepts of Bion can contribute significantly to the understanding of this whole issue. We also discuss how the psychodynamic perspectives clarify the procedures of the treatment teams, as their elements relate to each other and with the patient. Emphasis is putted on the treatment of patients that are in substitution programs and, finally, we present some suggestions for better organization of teams and the operation of clinical care.

**Key Words:** Drug addiction; Psychodynamic theories; Psychotherapeutic treatment; Mental pain; Substitution programs; Treatment teams.

## 1 – INTRODUÇÃO

O presente trabalho pretende ser uma reflexão sobre o toxicodependente e o seu tratamento, com base nas perspectivas de vários autores e na minha experiência, de quase 20 anos, como psicoterapeuta em instituições especializadas nesta área. Debruçar-me-ei especificamente sobre os aspectos psicológicos implicados. Começarei por apresentar alguns aspectos do funcionamento mental do toxicodependente e, a partir da compreensão desse funcionamento, pretendo demonstrar a convicção de que, apesar de todas as evoluções que têm havido no tratamento dos toxicodependentes, o papel da psicoterapia – em particular a realizada por psicoterapeutas com formação sólida – continua a ser fundamental. Isto se o que se pretender não for apenas a ausência ou a diminuição do consumo de drogas de rua, mas também a reconstrução de um funcionamento mental que possibilite um continuar do crescimento psicológico, com vista a uma vida satisfatória e criativa.

Com base neste pressuposto, serão abordados vários aspectos do tratamento psicoterapêutico destes pacientes, seguindo-se uma reflexão sobre o tratamento dos sujeitos em programas de substituição (em particular com metadona), tendo em conta a grande incidência deste tipo de tratamento no momento presente, terminando com algumas considerações sobre eventuais formas de melhorar algumas das respostas proporcionadas pelas instituições.

Todo o trabalho se baseará na teoria psicanalítica e nas perspectivas psicodinâmicas em geral, sendo que o pensamento central se inspira, principalmente, nas ideias e concepções de Bion, em particular na sua elaboração sobre a *dor mental*.

Pretendo então demonstrar as seguintes hipóteses:

1. Tendo em conta o funcionamento mental do toxicodependente, o seguimento psicoterapêutico é um aspecto fundamental no seu tratamento;
2. As concepções psicodinâmicas podem constituir um contributo significativo para a compreensão, não só do funcionamento mental do toxicodependente e do seu tratamento psicoterapêutico, mas também: (a) dos vários fenómenos que ocorrem no relacio-

namento dos vários técnicos entre si, (b) da relação dos técnicos com o paciente e (c) pode contribuir de forma significativa para uma melhor organização das equipas e do funcionamento dos serviços.

A metodologia utilizada será a recolha e análise bibliográfica em conjunto com os dados provenientes da minha prática e reflexão.

## 2 – O FUNCIONAMENTO MENTAL DO TOXICODEPENDENTE

### 2.1 – Revisão sumária da literatura

Nas últimas décadas, foram em grande número os estudos realizados na tentativa de caracterizar a estrutura de personalidade típica do sujeito toxicodependente. Embora muitos desses estudos apontem para a predominância das estruturas depressivas – no sentido do paradigma estrutural de Bergeret –, muitos autores discordam desta perspectiva e apontam para a "preponderância das estruturas neuróticas (Blatt, 1984, Neto, 1990;)". É também significativo o número de indivíduos com estruturas psicóticas, sendo que nestes o consumo de heroína representa frequentemente uma forma de reduzir ou anular a sintomatologia. Não sendo possível englobar todos os toxicodependentes numa determinada categoria estrutural é, no entanto, possível encontrar tipos comuns de funcionamento.

Vários psicanalistas se debruçaram, ao longo de décadas, sobre as questões do consumo de drogas. Na década de 1930 analistas como Simmel (1930), Rado (1935) e Glover (1938), discutiram o problema, considerando essenciais: (a) a luta entre os instintos de vida e de morte e (b) a personalidade ciclotímica.

Rosenfeld (1960) acentua a existência de uma poderosa clivagem no funcionamento mental do toxicodependente, que se teria estabelecido numa idade muito precoce, tornando a aquisição da posição depressiva muito mais difícil do que é habitual.

Olievenstein (1990) refere três factores que considera dominantes no quadro clínico dos toxicodependentes: manifestações comportamentais características, carências ao nível do imaginário e carências identificatórias. As identificações são frustradas, parecendo antes imitações.

Coimbra de Matos (1997) apresenta uma perspectiva de análise que tem como pressuposto a existência de uma vinculação infantil de tipo funcional, baseada apenas na satisfação das necessidades básicas e do alívio do desprazer e da angústia. Tratar-se-ia de uma relação de objecto vazia com consequente impossibilidade de expansão da mente.

Kohut aponta para insuficiências centrais do *self*, tornando-se a droga o substituto de um *self-objecto* que foi traumáticamente insuficiente.

Para Charles Nicolas (1991), a insuficiência dos objectos internos e a importância das pulsões agressivas ocupam um lugar chave na problemática adictiva. O sujeito sente-se permanentemente ameaçado, já que os movimentos pulsionais são vividos como vindos do outro.

No que respeita ao funcionamento do superegoico, embora por vezes se diga que estas pessoas têm um Superego muito fraco, frequentemente com uma aparente ausência de sentimentos de culpa, muitos autores afirmam, e a nossa experiência confirma-o, que, pelo contrário, possuem um Superego altamente punitivo e rígido. Não se trata de um Superego evoluído e bem integrado, decorrente de um processo edípiano bem elaborado, mas de uma instância persecutória que parece pairar sempre sobre o sujeito.

## 2.2 – Os conceitos de Bion na compreensão do toxicodependente

Para a forma como penso hoje o funcionamento do toxicodependente contribuíram naturalmente muitas e variadas perspectivas, mas foi o pensamento de Bion, e a sua teoria da dor mental, que mais me marcou nos últimos anos. Penso que toda a problemática da doença mental, e das perturbações psicológicas em geral, tem como ponto fulcral a dor mental e a sua insuportabilidade. Constituindo a doença e a perturbação psicológicas, bem como o comportamento desviante, tentativas de escapar a essa dor (ainda que, na maior das partes vezes, o resultado seja acompanhado de um enorme sofrimento), por incapacidade de a integrar e elaborar, encontrando condutas adequadas de transformação, em primeiro lugar da realidade interna e, quando possível, da realidade externa.

Refira-se que a expressão dor mental, que usarei ao longo deste trabalho, se refere especificamente ao conceito de Bion do sofrimento psíquico, sempre ligado às questões da frustração e da separação entre o sujeito e o outro, e não "ao conceito de Lacan que, fazendo a distinção entre objecto de necessidade e objecto de pulsão, fala de dor quando o objecto ausente não é sentido como perdido, porque nunca foi investido libidinalmente, e de angústia, quando o objecto ausente é sentido como perdido, por ter sido já investido como objecto de amor." (Salvado Ribeiro, 1992) A dor mental constitui então uma característica da condição do humano e o indivíduo que consome drogas regularmente – refiro-me às chamadas drogas mais potentes, e mais especificamente à heroína – apresentar-nos-ia uma forma particularmente eficaz de iludir essa dor, conseguindo, através do encontro com o produto o triunfo sobre essa condição.

Considero que a aplicação dos conceitos de Bion à toxicodependência pode servir para ampliar a compreensão das outras teorias dinâmicas, nomeadamente da hipótese de automedicação que foi proposta por Khantzian (1985). Este autor afirma simplesmente: "as drogas aliviam o sofrimento e que a preferência por uma droga em particular pressupõe algum grau de especificidade psicofarmacológica". Khantzian acredita que os opiáceos atenuam os sentimentos de cólera e de violência, os depressores do sistema nervoso central como o álcool aliviam os sentimentos de isolamento, vazio e ansiedade, e que os estimulantes melhoram a hipotonia, aliviam a depressão ou contrariam a hiperactividade e os deficits de atenção.

Embora bastante vasta, a obra de Bion não comporta um estudo específico sobre a toxicodependência. Apenas em "*Cogitations*" (1994), compilação póstuma de pensamentos, que foi passando ao papel entre 1958 e 1979, há uma página e meia de notas sobre o consumo de drogas. Começa com as seguintes afirmações:

"As drogas são substitutos empregues por aqueles que não podem esperar.

Substituto é aquilo que não pode dar satisfação sem destruir a capacidade para discriminar o real do falso.

Tudo aquilo que é empregue falsamente como substi-

tuto do real se transforma em veneno para a mente.

A substituição do que é importante pelo que é periférico para a acção deve causar desequilíbrio.

O desequilíbrio denuncia-se mediante o recurso à omnipotência por parte do impotente.

A ânsia de satisfação, ao contrário da procura de satisfação, denuncia a existência do vazio (p. 323)".

Ao longo da sua obra, contudo, Bion apresenta conceitos que podem ajudar bastante a clarificar mais um pouco o mundo interno do toxicodependente e contribuir para o seu tratamento. O conceito de *continente-conteúdo*, por exemplo, pode ajudar a compreender o funcionamento destes pacientes e a organizar de forma tão eficaz quanto possível o seu tratamento. Bion diz que todo o ser humano nasce com uma maior ou menor capacidade de resistência à frustração, o mesmo acontecendo com a sua tendência para sentir inveja (destrutiva). Perante situações de frustração, que no início da vida são sentidas como muito dolorosas, o bebé projecta os seus sentimentos na mãe, através da identificação projectiva. A mãe (continente) através da sua capacidade de *revêrie*, transforma esses conteúdos, de forma a torná-los menos dolorosos, e devolve-os à criança, que volta a interiorizá-los porque agora já são suportáveis.

Se, pelo contrário, a mãe reage com incompreensão e ansiedade, estabelece uma distância afectiva com a criança, recusa a sua projecção e devolve os seus sentimentos tão insuportáveis como eram anteriormente. Bion considera que a gravidade desta situação é maior ou menor consoante a capacidade inata da criança para resistir à frustração. Se a situação for suficientemente tolerável, perante as frustrações inevitáveis a que é sujeita, a criança vai aprendendo a modificá-las através da progressiva capacidade de pensar. A relação continente-conteúdo pode então levar ao crescimento ou ao decréscimo, sendo a qualidade da emoção envolvida na relação aquilo que determina uma ou outra consequência.

De facto, a capacidade destes pacientes para pensar e simbolizar está muito perturbada e, conseqüentemente, o mesmo se passa com a sua capacidade de utilizar a linguagem no seu pleno carácter simbólico. "Krystal

e Raskin (1970), na sua discussão sobre o destino dos afectos na adicção, acentuam a tendência do adicto para estados de indiferenciação dos afectos e desverbalização" Hagman (1995). Torna-se evidente, no dia-a-dia da clínica, que estes pacientes não têm palavras para dizer de si: não são capazes de nos transmitir a sua narrativa pessoal – o seu mito, a sua visão da sua própria história –, não lhes é possível dar nome àquilo que sentem nem imaginar um futuro que não se resume a uma descrição constituída por palavras como *trabalho, casa, mulher, família...*, que nos apercebemos que reenviam para conteúdos vazios, sem significado interno.

O sujeito toxicodependente teve, em tempos, ainda que na infância e na adolescência, a possibilidade de criar, em cima destes conceitos agora vazios, fantasias diversas. Mas, ao longo dos anos de consumo de droga, o seu universo mental, já então não muito vasto, foi ficando reduzido e empobrecido. Anne Read (2002) refere que as drogas sedativas, como a heroína e as benzodiazepinas, são muitas vezes descritas pelos pacientes como "casulos ou algodão em rama", isolando e entorpecendo o utilizador, ao passo que as estimulantes, como a cocaína e as anfetaminas aumentam a sociabilidade e elevam o sujeito acima dos sentimentos, "como uma camada de gelo entre a consciência e a dor".

Então, quando abstinente, o sujeito não tem maneira de iludir a falta: a separação radical sujeito/outro, as limitações do próprio e das relações inter-pessoais, em suma, a frustração nas suas facetas mais variadas. Contudo seria exactamente nesse lugar, em que algo que o sujeito queria que lá estivesse não está, que poderiam criar-se as fantasias, os pensamentos e as palavras. É na *realização negativa* que *alfa dream work* se gera (Bion).

A tolerância à capacidade de realização negativa – a capacidade para criar alguma coisa, na ausência daquilo que se deseja, no silêncio – depende da capacidade de tolerância à dor mental implicada na consciência do desamparo, que é condição de todo o humano. Pensa-se para elaborar esta condição e para encontrar alternativas a esta situação que, se assim não fosse,

seria insuportável. Pensa-se o outro na sua ausência, tornando-o presente dentro de nós. Pensa-se e fala-se porque é condição do humano ser separado do outro. Caso contrário, isso não seria preciso. É esta separação radical que fundamenta o sujeito humano. Se assim não for, não há mesmo lugar algum para o objecto, que se transforma apenas numa parte do sujeito, num espelho que apenas reflecte a sua ilusão.

É essa ilusão de plenitude que o sujeito descobre no seu encontro com heroína. Com ela, vai-se a consciência da falta. Sob o efeito da droga, não há a possibilidade da realização negativa. Sob o efeito da droga, dá-se a realização positiva que faz disfuncionar *alfa dream work* na passagem para a cadeia mítica e onírica, em que o sujeito sabia do seu passado e podia fantasiar o seu futuro. Rompe-se a barreira de contacto (Bion), que separa o consciente do inconsciente, e pensamentos e palavras deixam de ter a sua dupla contextualização – no consciente e no inconsciente: *trabalho*, por exemplo, passa a ser apenas trabalho, sem lugar para o seu inverso – o ócio –, sem lugar para as fantasias de sucesso e insucesso, etc.

Não havendo barreira de contacto, só existe inconsciente. Dá-se uma reversão da capacidade de pensar: os elementos originários, as coisas, que anteriormente puderam ser pensadas e sonhadas, voltam a um estado originário. O que torna a questão confusa, quando ouvimos o sujeito falar, é o facto de o seu discurso ter uma aparência de coerência: o seu discurso não apresenta o aspecto desorganizado e incoerente de um discurso vindo directamente do inconsciente, como no caso do sujeito psicótico. De facto, no toxicodependente, a palavra que representa a coisa retorna com tudo aquilo que ele anteriormente aprendeu: ele fala sob a aparência daquilo que já soube, mas, na verdade, já não sabe. O seu discurso e o seu pensamento possuem uma aparente coerência, mas a forma que ele encontra para organizar essa coerência é fazer com que as palavras se colemb ao real. Contudo, as suas palavras são apenas isso: uma tela de elementos. As palavras não têm a dimensão e a profundidade que lhes permitiria conter um significado próprio do sujeito.

A forma como o toxicodependente pensa e sente,

reflecte-se no seu discurso: as suas palavras, em vez de permitirem o crescimento e o conhecimento da realidade interna e externa, mostram que ele fica como que a "patinar" no mesmo lugar. O indivíduo pode manter-se abstinente durante um longo período, adoptando até comportamentos mais adaptados, mas tanto nós como ele nos apercebemos de que, no seu mundo interno, pouca coisa mudou. Observamos que uns persistem numa forma de vida repetitiva, meio hipnotizados numa rotina de que se queixam como insatisfatória, enquanto que outros adoptam um funcionamento maníaco, claramente onnipotente, fazendo muitas coisas, multiplicando experiências, num frenesim desesperado de uma busca de um sentido que nunca é encontrado.

### 3 – TRATAMENTO PSICOTERAPÊUTICO

Quando estes pacientes vêm pela primeira vez à consulta, estão fechados sobre si próprios, no seu dia-a-dia de: consumo; formas de arranjar dinheiro para isso; mais consumo; os outros vistos como seres a utilizar, para os seus propósitos de consumo; a dor física; a falta; o prazer e novamente a falta. Chegam-nos e dizem que querem *parar*. Com a palavra *parar* querem dizer ultrapassar o síndrome de abstinência. Falam de medicamentos, de dores. Falam-nos do corpo e do medo: daquilo que constitui a sua única realidade nos últimos anos.

O toxicodependente chega-nos queixando-se. E durante muito tempo a queixa é feita sob a forma de uma projecção: o sujeito queixa-se do mundo que o rejeita, dos serviços que não o ajudam com a celeridade e a perfeição que desejaria, dos apoios sociais que não existem. Robert Cohen (2002) num artigo intitulado "The Dynamics of Addiction in the Clinical Situation", incluído no livro *The Psychodynamics of Addiction*, chama a atenção para este mecanismo da projecção através do qual o sujeito atribui aos outros a responsabilidade por tudo o que lhe acontece:

A dificuldade em tomar a responsabilidade leva à ansiedade subconsciente, que é expulsa pelo mecanismo da projecção. A culpa de algo pode ser projectada noutra pessoa. Também entrou na droga por causa de outras pessoas e as recaídas também são em geral

vistas como culpa de outrem, às vezes nossa. O uso da projecção como mecanismo de defesa é a razão pela qual os adictos se sentem fora de controle. A sua percepção é de que tudo o que dizem ou fazem não é culpa deles. Mas se a culpa não está neles, os meios para remediar o mal que fazem também não lhes está acessível. É preciso mostrar-lhe (através da palavra) como cede o controle da sua vida aos outros, pessoas e coisas. Não vale a pena dizer "tem que tomar o controle da sua vida", pois ele não sabe como. Mas o facto de lhe mostrar, pela palavra, como ele cede controle, permite-lhe aprender a tomá-lo e a escolher recuperar-se. Enquanto projectam tudo fora de si próprios, e se sentem sem controle, sentem-se desvalorizados e sem qualquer poder. A projecção afasta a responsabilidade, mas induz baixa auto-estima. Muitas vezes através da formação reactiva comportam-se de maneira oposta. Podem sentir-se sem valor e agir grandiosamente, ou tentar aumentar a sua auto-estima reduzindo a estima de outros pelo sarcasmo, hostilidade, ameaças e não respondendo ao pedido dos outros. Podem comportar-se como muito poderosos através de comportamentos agressivos (p. 62).

Se perguntamos como eram antes de se drogarem, respondem que já não se lembram, ou então que eram *normais*, que estava tudo bem. Estão perdidos de si próprios: do seu passado, da sua capacidade de pensar, da sua subjectividade reflexiva. Dizem-nos que estão fartos da heroína e daquela vida: a última parte – fartos daquela vida –, às vezes, é verdade, a primeira – fartos da heroína –, nunca é. Aliás, nunca será. E essa é uma das primeiras questões que é preciso trabalhar: frases como "a heroína não presta", são mentiras, mas mentiras mentais – o sujeito acredita no que diz – e quando pára os consumos, mantém a mentira mental. Diz: "já não gosto da droga", "já não penso nisso". É claro que gosta mas utiliza o mecanismo da denegação para evitar o sofrimento e, se não pensa nisso, é porque dissociou esse pensamento: dividiu a realidade entre boa e má, passado e futuro sem possibilidade de integração.

Robert Cohen (2002) enfatiza estes mecanismos de negação e dissociação e o conseqüente recurso ao pensamento mágico, que muitos pacientes utilizam para

evitar o sofrimento que pensar todas estas questões implicaria. Recomenda que se lide cuidadosamente com esta situação, tanto para não pôr em causa o frágil equilíbrio do sujeito, como para não aumentar a sua resistência. Afirma que, perante estes mecanismos "o terapeuta deverá agir reintroduzindo gentilmente a verdade na conversa". Aconselha a que quando, por exemplo, o paciente afirma que irá manter-se abstinente através da força de vontade, é razoável questionar porque iria consegui-lo quando todos os que disseram o mesmo falharam. Embora seja pouco provável que se obtenha uma resposta com sentido, pode acontecer que o paciente pondere se essa estratégia tem possibilidade de levar ao sucesso.

Anne Read, no seu artigo "Psychotherapy with Addicted People", in *The Psychodynamics of Addiction*, pp. 86 – 91, (2002) considera que a psicoterapia com estes sujeitos levanta questões semelhantes ao do trabalho com qualquer paciente seriamente perturbado e defendido de maneira pouco adaptativa.

A ambivalência, a desconfiança e a dependência podem ser extremas, desafiadoras e recorrentes. O trabalho pode ser lento e o terapeuta tem de tolerar períodos de ausência e de caos, enquanto mantém a consistência.

O processo psicoterapêutico terá então de desenrolar-se no sentido do conhecimento: o reconhecimento progressivo dos mecanismos de defesa primários e a descoberta daquilo que se esconde por trás deles, tendo em conta a história pessoal de cada indivíduo – o seu mito (Bion). Para fazer aceder a esse conhecimento alguém que passou uma grande parte da sua vida a fugir dele, não basta criar através da psicoterapia uma relação nova e reestruturante. Sem dúvida que, sem isso, nada é possível fazer, mas uma psicoterapia não é apenas uma experiência emocional correctora. O psicoterapeuta não vai assumir o papel do pai ou da mãe que o sujeito não teve. A psicoterapia é um lugar em que a pessoa vai retomar um processo de crescimento, reaprendendo a viver a sua experiência emocional.

Penso que há dois conceitos fundamentais a ter em conta neste processo: a relação continente/conteúdo e a identificação projectiva. Os seres humanos pensam em dois lados: para além de se pensarem dentro de si

próprios, pensam-se dentro do outro, pelo mecanismo da identificação projectiva. Este mecanismo, através do qual o sujeito coloca dentro do objecto partes de si, tem várias funções. Serve, entre outras coisas, como já foi referido, para que o outro o apoie na tarefa de dar significado àquilo que, por ser demasiado complexo ou doloroso, o sujeito não pode conter em si. Quando as coisas correm bem, o outro, através da função de *revêrie*, transforma esses conteúdos e devolve-os ao sujeito sob uma forma mais tolerável à sua mente. Na psicoterapia, cabe ao terapeuta conter, na identificação projectiva, o que o paciente não é capaz de pensar, e atribuir-lhe uma nova significação.

Com os toxicodependentes, esta tarefa é particularmente difícil porque, através da identificação projectiva, colocam no terapeuta, não só os pensamentos que não conseguem pensar, mas a própria capacidade de pensar – a que Bion chama o aparelho de pensar os pensamentos – que perderam no seu percurso de consumos. Estes pacientes são, portanto, ao contrário do que muitas vezes se pensa, aqueles que requerem a maior capacidade profissional por parte do terapeuta. Com eles, não basta repor a capacidade de pensar sobre si próprios, é preciso recriar as próprias funções mentais necessárias para que lhes seja possível pensar.

Tudo isto para além de, simultaneamente, começar a atribuir nomes às experiências emocionais e, progressivamente, ir atribuindo novos nomes aos nomes, de forma a que a mente se expanda e possa encontrar cada vez maior número de significados para cada experiência. Só dessa forma se desenvolve a capacidade reflexiva que permitirá ao sujeito caminhar na procura da sua própria verdade. Outorgando significações e desintoxicando as experiências emocionais, o psicoterapeuta promove também a tolerância à dor mental, que acompanha qualquer espécie de reflexão e de conhecimento. Foi para se proteger desse sofrimento psíquico que o sujeito erigiu todo um conjunto de enunciados falsos e de mentiras mentais.

No decorrer da psicoterapia, o processo de desverbalização irá sendo revertido. Na psicoterapia, como no resto da vida, ocorrem inúmeros fenómenos de comunicação não verbal, mas é a palavra que lhes

confere uma significação e permite a verdadeira comunicação. Idealmente, o desejo do toxicodependente seria poder viver sem precisar de usar a linguagem, numa ilusão de fusionalidade com o outro em que as palavras são desnecessárias, vivendo simultaneamente, num mundo completamente clivado com todas as regras preestabelecidas e uma definição clara do que é bem e do que é mal, evitando a necessidade de tomadas de decisão com o seu conseqüente conflito interno e ambivalência.

Dizia-me o José durante uma sessão: "na tropa, estive nos comandos, fiz mal em não ter lá ficado. Havia regras e hierarquias rígidas, sabíamos com o que contávamos e nem se pensava em discutir. Cada um sofria e sabia que os outros sentiam o mesmo. Nunca se falava nisso e ajudávamo-nos uns aos outros sem ser preciso falar." E noutra sessão: "eu e o meu irmão quase não falamos, mas ambos sabemos sempre quando eu ou ele estamos mal, sabemos o que o outro sente, sem precisar de o dizer". José fala-nos do seu enorme medo de estabelecer vínculos significativos com os outros – de criar dependências afectivas estruturantes (no sentido dos pressupostos básicos de Bion).

Saber que se depende significa saber que não se está fusionado com o outro, podendo este, portanto, desiludir-nos ou abandonar-nos, ou seja, ter consciência da separação radical. Diz-me numa outra sessão: "nunca me apaixonei, sei que não tenho limites e isso implicaria ficar dependente. Mas uma vez gostei muito de uma rapariga e as coisas correram mal. Pensei ir falar sobre isso com o meu terapeuta da altura, mas isso implicaria criar uma relação muito próxima com ele, outra relação de dependência, e por isso não fui". Ao longo de mais de 15 anos de consumos, José nunca conseguiu estar abstinente durante mais de um ano.

Cabe-nos, então entender e conter o que o sujeito projecta em nós e iniciar em conjunto a busca e compreensão das suas dificuldades e potencialidades, de forma a transformar uma impotência numa possibilidade.

#### 4 – TERAPIAS DE SUBSTITUIÇÃO OPIÁCEA

Elaborar, no momento presente, um estudo sobre o sujeito toxicodependente e o seu tratamento requer sem

dúvida uma reflexão sobre as terapias de substituição opiácea. Após muitos anos de experiência nesta área, parece-me ser inquestionável a importância dos programas de substituição, dado que, de uma forma geral, têm como objectivos a redução dos danos físicos (essencialmente no que respeita às doenças infecciosas), psicológicos (principalmente os relacionados com factores de stress) e sociais (diminuição dos factores de marginalização). Simultânea e conseqüentemente, têm o objectivo de ajudar os pacientes a conseguir autonomia, melhorando o conjunto das suas condições de vida e de saúde, através da estabilização dos factores psicossociais, incluindo o aumento da sua inserção social.

Contudo, se a importância dos programas de substituição, no tratamento de uma parte significativa dos toxicod dependentes, é incontornável no momento sociocultural presente, é fundamental reflectir sobre algumas das questões que eles levantam. No âmbito do presente trabalho, irei apenas apresentar alguns contributos para essa reflexão, grande parte dos quais oriundos da perspectiva psicodinâmica, que podem ajudar a compreender uma parte dos aspectos que este tipo de intervenção implica, e que poderão contribuir para melhorar a eficácia do tratamento em geral e do psicoterapêutico em particular.

No que respeita aos efeitos da metadona, refira-se, em primeiro lugar a sua função contentora, no sentido lato do termo.

A manutenção da metadona é efectiva no controle da adicção porque é metabolizada lentamente e actua por um período longo, quando tomada oralmente. Devido à sua acção prolongada, alivia não só a dor emocional e o stress, mas a sua actividade sustentada evita o stress e a frustração da diminuição frequente do efeito, reduzindo assim a probabilidade de reacções regressivas. Ao mesmo tempo, tal como outros narcóticos, a metadona tem uma acção psicotrópica específica que atenua a raiva e a agressão, contrariando as influências desorganizadoras destes poderosos afectos nas funções do Ego (Khantzian, 1974, citado por Hagman).

Hagman (2002) acrescenta: "psicodinamicamente, a acção bioquímica da metadona – que resulta em estabi-

lidade psicológica, funcionando também como um self-objecto substituto – funciona de maneira muito mais efectiva e confiável do que a heroína." Esta função contentora do produto será, naturalmente, bastante melhor conseguida, quando enquadrada num contexto empático de uma equipa multidisciplinar disponível.

#### **4.1 – Significado do produto de substituição – dinâmica Inter-subjectiva**

Outro aspecto de grande importância é o significado, em maior ou menor grau consciente, que o produto substitutivo tem, tanto para o paciente, como para os técnicos, como até para os familiares e para a sociedade em geral. De facto, para muitos pacientes, o produto é sentido como algo que irá salvá-los, permitindo-lhes deixar a heroína sem terem de passar pelo síndrome de abstinência e evitando, posteriormente, quaisquer sentimentos de angústia e vazio. Alguns destes sujeitos esperam, no fundo, poder manter efeitos semelhantes aos provocados pela heroína, sem ter de suportar os seus inconvenientes. Na sua maior parte, estes pacientes tendem a tentar conseguir doses diárias tão elevadas quanto possível. Outros vêem o produto de maneira semelhante aos anteriores mas são mais comedidos e realistas nas suas expectativas mais ou menos mágicas. Estes são os que após a indução pedem para manter a dose logo que se sentem compensados. São aparentemente os mais equilibrados e de melhor prognóstico. São também os que utilizam melhor os outros recursos que a instituição coloca ao seu dispor. Mas se, para estes pacientes o produto substitutivo é visto como algo que acalma, protege, regula e sustenta (Khantzian, 1974; Wurmser, 1977), muitos outros não podem senti-lo desta maneira.

A elaboração deste *holding* a um nível mais elevado em termos da *mãe suficientemente boa* ou self-objecto é o passo seguinte lógico na hierarquia de significado... Mas existem domínios paralelos em que este sentimento de satisfação psicológica é experimentado como ameaçador, ou colorido pela ansiedade em relação à perda, à retaliação, ou a outras formas de fracasso (Hagman, 2002).

Estes são os pacientes que, apesar de terem um percurso longo de tentativas falhadas com outros tipos de

tratamento, mostram grande relutância em ingressar numa terapia de substituição, e/ou os que, tendo ingressado, apresentam muitas queixas, em geral remetidas para sintomas físicos, recusam qualquer aumento da dose e insistem mesmo em reduzi-la. Simultaneamente, referem com frequência o seu incômodo pela dependência que o produto lhes provoca e o receio perante a possibilidade de, por qualquer razão, um dia não terem acesso a ele. Estes são também os pacientes que utilizam os outros recursos da instituição com alguma frequência, mas sem regularidade, em geral para se queixarem, muitas vezes do próprio serviço, ou para pedir soluções imediatas para problemas de vária ordem com que se deparam.

Se é fundamental entender o significado atribuído pelo paciente ao produto, não é de menor importância tentar compreender o significado atribuído por aqueles que o rodeiam: familiares, outros pacientes com quem o sujeito se relaciona, técnicos da instituição e terapeutas em particular. A dinâmica inter-subjectiva, que irá gerar-se na relação do paciente com os outros que são significativos para ele, relativamente a esta questão, irá influenciar o decurso do tratamento e o seu resultado. Neste sentido, é necessário averiguar com o sujeito de que maneira ele considera que o seu tratamento é visto pelas pessoas com quem se relaciona mais directamente e qual o eco afectivo que essas reacções fazem nele. Em particular no caso de essas reacções serem tendencialmente negativas (em geral por os outros considerarem que o sujeito deveria ter força de vontade suficiente para não precisar de outra *droga*), será importante trabalhar com o paciente de que forma vai gerindo essa situação inter e intra subjectivamente. Hagman (2002) afirma a este respeito: "de uma perspectiva inter subjectiva, devemos incluir na nossa análise as mútuas influências ubíquas e poderosas que co-determinam o conteúdo e o processo dinâmico do tratamento de metadona de cada paciente... A única maneira de compreender tanto a solidez como as armadilhas da manutenção com metadona é prestando atenção a esta dinâmica inter-subjectiva".

Também na relação psicoterapêutica é preciso compreender a relação inter-subjectiva que se estabelece a

propósito da substituição. Não raro, após um período de manifesta estabilidade, em que tudo parece estar a correr razoavelmente bem, o paciente propõe começar a reduzir a quantidade do produto ou mesmo fazer um internamento para abstinência. Afirma já não necessitar do produto e querer experimentar viver sem dependências desse tipo. Se o seu terapeuta for dos que têm a convicção de que é melhor viver sem drogas (produto de substituição incluído), pode tender a concordar com o paciente numa fase ainda precoce para a tomada de tal resolução. Nesta situação, "a ambivalência, sempre presente no paciente, encontra a do terapeuta (Hagman, 2002)" e o resultado deste encontro de subjectividades pode ser bastante prejudicial para o paciente. A atitude oposta por parte do terapeuta – na tentativa de proteger o paciente a todo o custo de dores e frustrações – pode levar a que eternize a sua permanência em programa de substituição, quando o seu funcionamento mental e as aquisições de vida apontam para a possibilidade de ele ser capaz de viver sem o produto.

#### **4.2 – Tratamento Psicoterapêutico dos Doentes em Terapia de Substituição**

Embora por vezes controversa, a questão da importância do tratamento psicoterapêutico dos doentes em programa de substituição não me parece levantar grandes dúvidas.

Os princípios 6, 7 e 9 do tratamento efectivo, segundo o NIDA, Principles of Drug Addiction Treatment (1999), adoptam um ponto de vista comum. O núcleo do problema adictivo é uma perturbação psicológica, em que existem importantes componentes biológicos que é preciso tratar, mas no qual a abordagem psicológica é fundamental a longo prazo. Orientam-se neste mesmo sentido as recomendações para o tratamento das perturbações devidas ao uso de substâncias da Associação Psiquiátrica Americana. Nessas recomendações diz-se textualmente que "os tratamentos psicossociais são componentes essenciais de um programa alargado de tratamento" e que "os tratamentos farmacológicos são benéficos para pacientes seleccionados (American Psychiatric Association, 2000)."( Hermida e Villa, 2000).

Por outro lado, um grupo de técnicos de um centro de tratamento de toxicod dependentes de Cadiz, apresenta no seu trabalho "Análisis de un Programa Público de Metadona de Dos Años", uma compilação de outros estudos cujos resultados são significativos. Começam por referir o estudo de Woody e al. (1983-1987) que demonstra uma resposta positiva ao fundamento da psicoterapia no contexto dos tratamentos com metadona. Nesse estudo, 110 pacientes masculinos em manutenção com metadona são submetidos ao acaso a três condições: uma psicoterapia de inspiração psicodinâmica mais um apoio psicossocial; uma psicoterapia de inspiração cognitivo-comportamental mais apoio psicossocial; somente apoio psicossocial. As sessões de psicoterapia, assim como as de apoio psicossocial são semanais e o estudo realiza-se durante um período de seis meses. Ao fim de sete meses, os pacientes, dos dois primeiros grupos, que seguiram uma psicoterapia, mostram melhoras claras e significativas. As mais importantes observam-se nos aspectos psiquiátricos e de emprego para o grupo I (psicodinâmico), para o grupo II (cognitivo-comportamental) no aspecto legal. No que respeita ao uso de opiáceos ilegais, os dois primeiros grupos apresentam melhoras mais importantes do que o grupo III (somente apoio psicossocial), este último manteve-se com doses maiores de metadona. As doses dos grupos I e II diminuíram durante o estudo. Finalmente, os pacientes do grupo III recebem mais prescrições de psicotrópicos do que os pacientes em psicoterapia; as prescrições para o grupo III aumentaram durante o período do estudo e diminuíram para os grupos I e II. As diferenças entre os dois primeiros grupos e o terceiro notam-se também noutros aspectos. Ao fim de 12 meses, os autores constatarem que as melhoras se mantiveram tendo inclusivamente aumentado nos dois grupos em psicoterapia, enquanto que diminuíram no grupo III. Os pacientes dos grupos I e II continuaram a receber doses mais baixas de metadona e menos tratamentos farmacológicos. Os mesmos autores referem outro estudo realizado no mesmo programa (McClellan & al. 1986), em que os pacientes foram assinalados ao acaso para uma psicoterapia de tipo cognitivo-comportamental ou somente para um apoio psicossocial, tendo os

resultados obtidos confirmado de forma significativa a importância do acompanhamento psicoterapêutico (Mino, Dumont, Broers & Bousquet, 1999).

Mas se não parecem existir grandes dúvidas quanto à importância do tratamento psicoterapêutico dos pacientes em programa de substituição, este coloca, como temos vindo a observar, várias questões. Refira-se, desde logo, o questionamento, colocado por alguns autores, relativamente ao efeito do produto sobre a intensidade com que o sujeito experiencia as emoções, em particular as negativas. Pode pensar-se que ao acalmar e conter os afectos dolorosos do sujeito, o produto de substituição afasta a sua necessidade recorrer a um tratamento psicoterapêutico que questione mais aprofundadamente o seu funcionamento. Domingos Neto (1990), por exemplo, afirma, a propósito da metadona: "a sua administração por períodos longos não nos parece compatível com outra psicoterapia que não seja a de suporte, dada em associação directa com a administração do produto".

Penso que, embora isto pareça ser verdade para muitos pacientes, em particular nos primeiros tempos da terapia de substituição, alguns procuram a psicoterapia logo desde o início do tratamento e outros, em maior número, após a fase inicial em que lhes parecia que o produto resolvia tudo. Por outro lado, o seu efeito ansiolítico e contentor não elimina o sofrimento, mas apenas o coloca a um nível mais suportável.

É certo, contudo, que muitos destes pacientes evitam comparecer às sessões com o psicoterapeuta. A este respeito muito pode ser pensado. Hermida e Villa (2002) referem um estudo (Maddux, 1997), realizado sobre os factores que aumentam a retenção nos programas de manutenção com metadona. Os resultados desse estudo apontam para um aumento da retenção quando os pacientes: "não pagam pelo serviço; podem autorregular a dose de metadona dentro de determinados limites – mais alargados dos que os que seriam fixados pelos médicos –, têm a possibilidade de prescindir do tratamento psicológico e têm um acesso fácil ao programa, sem tempos de espera para exames médicos e avaliações psicossociais. "Estes resultados apontam, mais uma vez, para o funcionamento mental do toxicode-

pendente, já anteriormente referido. Ao comportar-se como não precisando de ninguém, apenas usando os outros para exigir satisfação, sem estabelecer laços, o sujeito mantém a onipotência infantil e evita a frustração que a sua voracidade afectiva implicaria no confronto com as limitações que todos relacionamentos comportam.

Ao agir deste modo, o paciente utiliza o produto de substituição como usava a heroína. Como Geyer e Coulon, (2004) descrevem:

"A ilusão de que se é auto-suficiente, sem necessitar da intervenção de outrem, não pode manter-se senão com a ajuda do tóxico. Esta situação vem então em auxílio de um sentimento infantil de ser todo poderoso por uma espécie de paradoxo: ao mesmo tempo que denega a existência do objecto, o sujeito afirma o quanto ele lhe é vital, ao negar a sua falta. O trabalho psíquico é assim escamoteado, pois o luto parece impossível. O objecto alucinado dos paraísos artificiais impõe-se quase fisicamente e esmaga a capacidade de pensar. No extremo desenvolve-se uma zona autística que se constitui como protecção perante a angústia... A adicção ao produto (ou a outro fetiche), representaria ao mesmo tempo uma tentativa de se libertar de uma mãe onipotente, continuando a beneficiar da sua acção. O objecto é reenviado para a sombra, fechado na zona somatopsíquica das necessidades."

É de facto bastante difícil iniciar uma psicoterapia com aqueles pacientes que só nos procuram para solucionar questões práticas (o papel para a segurança social, a autorização para levar as doses para casa...) Ou na urgência de resolver sintomas psíquicos dolorosos (crises de pânico, sintomas paranoides...), desaparecendo novamente logo que os sintomas melhoram, ou, noutros casos, se não desaparecem após uma ou duas sessões. Hagman (2002) enfatiza a importância de uma atitude empática e sintónica em relação à realidade física, emocional e social que o paciente nos apresenta. Geyer e Coulon (2004) chamam a atenção para a forma como o paciente coloca, transferencialmente, o terapeuta ora numa posição de completo poder (transferência em espelho), ora de paralisia (transferência desvalorizante). "a tensão desejante, própria do neurótico, tem pouco

lugar numa tal relação... A relação psicoterapêutica põe progressivamente em questão todo esse edifício *auto-cuidador*, para o conflitualizar, para permitir que o paciente descubra outras questões mais exigentes e, temos o direito de esperar, mais satisfatórias."

O grande desafio é, sem dúvida, que o paciente seja capaz do retorno ao seu mundo interno, reduzindo os mecanismos de projecção, clivagem e negação, e, connosco, ir progressivamente sendo capaz de olhá-lo e transformá-lo. Em última análise, na perspectiva psicodinâmica, o paciente em programa de substituição terá de seguir um caminho terapêutico semelhante ao dos outros toxicodependentes em recuperação, e ambos terão de fazer um percurso que não difere muito do de qualquer outro paciente. "Não é porque o toxicodependente se trata a si próprio por vezes como uma máquina (ingerindo substâncias), que somos obrigados a fazer o mesmo, tentando, por exemplo, puni-lo, reeducá-lo ou reprogramá-lo correctamente" (Geyer & Coulon, 2004).

Ao psicoterapeuta compete então a função de ajudar o paciente a reorganizar as funções mentais necessárias ao pensamento e à capacidade para a indagação sobre si próprio: a função de auto-observação ou função psicanalítica da personalidade (Bion). Para o ser humano, não existem outras alternativas para além da ignorância ou do conhecimento. O conhecimento, o vínculo K de que fala Bion, permite o crescimento emocional, mas implica tolerar a dor mental. Mas será que é possível ir pelo caminho da ignorância? Não saber é o mesmo que não ser.

"Só a inocência e a ignorância são  
Felizes, mas não o sabem, são-no ou não?  
Que é ser sem no saber? Ser como a pedra,  
Um lugar, nada mais".

Fernando Pessoa, "O Horror de Conhecer"

## 5 – A EQUIPA DE TRATAMENTO - CONTRIBUIÇÕES PSICODINÂMICAS

É importante que muitos dos aspectos até aqui focados sejam compreendidos por toda a equipa que acompanha o paciente em qualquer tipo de tratamento, e pelas

sub-equipas organizadas para funções ou tratamentos específicos (por exemplo, a equipa dos programas de substituição). Pode enfatizar-se, em primeiro lugar, que toda estrutura de um CAT, e de um programa de substituição em particular, deverá proporcionar ao paciente uma resposta empática, entendida em termos da noção de Winnicott de ambiente envolvente e acolhedor (*holding environment*).

Refira-se, contudo, que a atitude empática e de suporte, que caracteriza uma equipa eficiente, não significa indulgência ou falta de cumprimento de regra. Significa compreender que numa situação de conflito ou frustração, por exemplo, a fragilidade do paciente não lhe permite integrar e reagir adequadamente a afectos intensos, podendo experimentar estados de fragmentação interna cujo resultado são comportamentos regressivos, com frequência de colorido agressivo. Hagman (2002) aconselha a que, perante este tipo de situações, se faça apenas cumprir as regras preestabelecidas pelo programa e que, mais tarde, se converse com o paciente numa atitude de respeito e compreensão pelo seu estado psicológico, sem, contudo, abdicar da firmeza necessária. Os elementos da equipa proporcionarão então, em qualquer circunstância, um continente adequado e transformador das angústias do sujeito, "servindo as funções de self-objecto essenciais que são complementares das proporcionadas pela metadona". A equipa clínica constitui também o "contexto do tratamento" (Slochower, 1993), sendo portanto importante que manifeste claramente um interesse genuíno relativamente às condições físicas, emocionais e sociais que se vão verificando ao longo do tratamento. Também é aconselhável que o paciente seja sempre tratado com respeito, não só porque isso lhe é naturalmente devido, mas também porque se espera que dessa forma ele vá integrando formas mais adequadas de relacionamento. Manter presente aspectos já referidos, como por exemplo a compreensão de que a falsidade e a mentira, muitas vezes, não significam que o paciente pretenda enganar, mas que se trata de uma mentira mental ou de um pensamento mágico, através do qual o sujeito se engana a si próprio, ou compreender que uma atitude arrogante é, quase sempre, a manifestação de

uma formação reactiva a sentimentos de grande desvalorização e impotência, pode ser de grande utilidade.

### 5.1 – Aspectos Transferenciais e Contratransferenciais

Os aspectos transferenciais e contratransferenciais são também de ter em conta, não apenas na relação psicoterapêutica, mas no relacionamento do paciente com os vários membros da equipa. A transferência, compreendida como a forma como o sujeito vê o seu tratamento e como estabelece os seus relacionamentos com os vários elementos da equipa de tratamento, numa repetição de experiências anteriores e formas de relacionamento que viveu precocemente "é uma actividade organizadora através da qual o paciente organiza o tratamento dentro das estruturas temáticas do seu mundo subjectivo". (Stolorow & Atwood, 1992, citados por Hagman). Na relação psicoterapêutica, a compreensão da transferência – que no contexto deste tratamento raramente pode ser interpretada e ainda menos resolvida, como na psicanálise clássica –, pode revelar a matriz existencial do paciente e os padrões que dominam o seu funcionamento podem ser manejados, compreendidos e transformados. Mas também o resto da equipa, sabendo, como já foi referido, que a maioria destes pacientes funciona na oscilação entre a expectativa de finalmente encontrar um objecto satisfatório que proporcione uma experiência curativa e a convicção/receio de que os objectos de relação irão proporcionar novamente uma experiência de insuficiência e fracasso, deve tentar manejar e conter esta transferência, proporcionando uma nova experiência relacional através de uma relação empática adequada. O manejo da contratransferência por parte dos vários elementos da equipa é então importante: estando atentos aos vários sentimentos que o comportamento do paciente provoca, cada um pode utilizar a sua capacidade continente e, em vez de reagir em conformidade com aquilo que inicialmente sentiu, dar respostas contentoras e tendencialmente transformadoras.

### 5.2 – Inter-subjectividades

Outro aspecto que me parece importante é a análise da

inter subjectividade que já foi referida, mas agora ao nível da relação do sujeito com os vários membros da equipa. As expectativas do sujeito em relação ao tratamento podem ser ou não semelhantes às dos membros da equipa: pode haver conjunção inter subjectiva, se as expectativas e princípios que orientam o paciente forem complementares ou semelhantes aos dos técnicos; haverá disjunção inter subjectiva se forem diferentes e o técnico tentar alterar os princípios do paciente para que coincidam com os seus. Qualquer destas situações pode ser prejudicial para a evolução do tratamento, na medida em que, no primeiro caso, podem reforçar-se atitudes e decisões inapropriadas em determinadas fases do percurso terapêutico (por exemplo, tentativas precoces de entrar no mundo profissional, ou de ir viver sozinho) e, no segundo, é provável que ocorra um impasse dada a dificuldade em conseguir um acordo que seja genuíno de ambas as partes (por exemplo, se o paciente sente que tem condições para ser responsável pelas doses domiciliárias de metadona e o técnico não tem a mesma opinião).

De referir também a atenção que deve ser prestada aos fenómenos provocados pela disjunção inter subjectiva que se gera entre os membros da equipa. Este tipo de fenómenos ocorre essencialmente a dois níveis: (a) ao nível dos papéis e estatutos que cada técnico deseja e pensa ter o direito de possuir, versus aquilo que lhe é atribuído e esperado pelos outros membros da equipa e (b) ao nível do que cada um julga ser a melhor forma de encaminhar o tratamento de cada paciente. Estas disjunções podem ocorrer entre os técnicos do mesmo grupo profissional, mas são mais frequentes entre grupos profissionais diferentes. Levam em geral a conflitos mais ou menos *surdos* e também a frustrações, em particular por parte dos membros da equipa que detêm menor poder na estrutura de tratamento. Estas situações têm como resultado a desmotivação que pode manifestar-se das mais variadas maneiras.

## 6 – SUGESTÕES

Reflectindo sobre tudo o que até agora foi exposto, em conjunto com os dados da minha experiência profissional, algumas sugestões poderiam ser feitas no senti-

do de melhorar a qualidade dos serviços prestados e do funcionamento das equipas.

Em primeiro lugar, penso que seria de grande utilidade, tanto para os elementos das equipas como para os pacientes, que se procurasse conseguir um aproveitamento tão eficaz quanto possível dos técnicos existentes em cada instituição. Uma melhor gestão desses recursos poderia implicar:

1. Evitar o desperdício da experiência e da formação de alguns dos psicoterapeutas, que ocorre quando se distribuem os casos segundo as disponibilidades e não segundo as competências e especificidades de cada um: as equipas de triagem deveriam incluir um psicoterapeuta experiente que pudesse avaliar cada paciente e atribuir o seu seguimento a determinado terapeuta. Evitar-se-iam assim situações em que psicoterapeutas experientes com formação sólida se limitam a fazer psicoterapias de apoio durante grande parte do tempo e pacientes que estão motivados e que beneficiariam bastante de uma psicoterapia mais aprofundada são entregues a terapeutas com pouca formação e experiência.

2. Alguns utentes que apresentam situações especiais deveriam, num primeiro tempo, ter como referência um técnico cuja especialidade estivesse em conformidade com as suas necessidades mais prementes e não necessariamente a um psicólogo ou a um psiquiatra. Por exemplo, utentes com graves problemas sociais ou estados de doenças físicas ou perturbações psiquiátricas graves, só após terem essas situações controladas deveriam ser encaminhados para psicoterapia.

3. O paciente em metadona que recusa o seguimento psicoterapêutico não deveria ser obrigado a ir ao psicólogo, ou ao psiquiatra, e a tê-lo como referência. A sua figura de referência na instituição deveria ser um dos técnicos com quem se relaciona melhor e com mais frequência, sendo que, dessa relação, poderia desenvolver-se o seu interesse pelo conhecimento de si próprio e do seu funcionamento, sendo, nesse caso, então enviado para psicoterapia.

4. Ter em conta a motivação, a experiência e a formação profissional de cada técnico e procurar utilizar esses seus recursos de forma a que qualquer dos técnicos,

que não só os médicos e os psicólogos, possa ser, pelo menos em determinadas fases do tratamento, a figura de referência do utente.

Algumas lacunas relativas a especificidades técnicas, que não a daqueles elementos da equipa, poderiam ser colmatadas nas reuniões de equipa ou em encontro de inter/supervisão.

Em segundo lugar, deveriam ser implementadas, nos locais em que ainda não existem, reuniões com o objectivo de dinamizar o funcionamento da equipa no seu todo e também das sub-equipas, identificando e tentando resolver conflitos e facilitando o emergir de descontentamentos ou motivações pouco evidentes. Essas reuniões poderiam ser orientadas por alguém, de preferência não pertencente à instituição, com compreensão de dinâmica de grupos, gestão de conflitos e dinâmicas intra e interpessoais.

## 7 – CONCLUSÕES

Tentei demonstrar, partindo da compreensão do funcionamento mental do toxicodependente, a importância que o seguimento psicoterapêutico tem no seu tratamento. Apesar de me referir, no desenrolar deste trabalho, à psicoterapia de orientação dinâmica, que é a que desenvolvo na minha prática diária, penso que as outras abordagens psicoterapêuticas não terão menor adequação ou eficácia, dependendo os resultados mais da formação, treino e motivação do psicoterapeuta do que do modelo teórico em que se baseia. Penso também que, perante qualquer tipo de doente e, em particular, perante o toxicodependente, o terapeuta necessita de recorrer à sua flexibilidade, adaptando a técnica que possui e domina tanto às circunstâncias internas e externas do indivíduo, como às características do ambiente em que o tratamento de desenrola, nomeadamente quando se trata de uma instituição.

Espero ter demonstrado também como as contribuições provenientes das teorias dinâmicas podem ser de grande utilidade quando aplicadas às várias componentes do tratamento, ajudando a clarificar situações e a organizar aspectos do tratamento e do funcionamento das equipas. A compreensão das dinâmicas subjacentes parece-me ser fundamental, tendo em conta que a problemática

com que se lida nas instituições de tratamento de toxicodependentes tem implicações imensas tanto no que se refere aos utentes como no que se refere aos técnicos, também devido a todo o "não dito", porque perturbador e moralmente incorrecto, tanto para uns como para outros.

Toda esta diversidade de questões – que os programas de substituição opiácea vieram complexificar ainda mais – implica, ao contrário do que parece ser a ideia geral de que o trabalho com toxicodependentes é um trabalho menor, uma formação adequada de todos os técnicos das instituições e uma formação particularmente sólida dos psicoterapeutas. Isto acompanhado da promoção constante da discussão aberta entre os técnicos, com vista tanto à troca de informação e experiência como à dissolução de conflitos e ansiedades.

## CONTACTO:

LUBÉLIA MARIA NETO MAGALHÃES

C.A.T. de Sintra

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anne Read, (2002). Psychotherapy with addicted people. In Weegman, M. & Cohen, R. (eds.) *The Psychodynamics of Addiction*, (pp. 84-97). Filadélfia. e Londres: Whurr Publishers Ltd.
- Bion, W. (1996). *Cogitaciones*. Valência: Promolibr.
- Bion, W. (1991). *Seminarios de psicoanálisis*. (2ª ed). Buenos Aires: Paidós.
- Bion, W. (1988). *Elementos de psicoanálisis*. (2ª ed). Buenos Aires: Paidós.
- Bion, W. (1993). *Attention and interpretation*. (3ª ed.) Londres: Karnac.
- Cohen, R. (2002), The dynamics of addiction in the clinical situation, In Weegman, M. & Cohen, R. (eds.) *The Psychodynamics of Addiction*, (pp. 53-70). Filadélfia. e Londres: Whurr Publishers Ltd.
- Fernando Pessoa – heterónimo: Álvaro de Campos. Segundo Tema / O Horror de Conhecer. In *Poemas Dramáticos (1º Volume)* das "obras completas de Fernando Pessoa" para a Ed. Ática. 01.03.1909
- Coimbra de Matos, A. (1997). Funcionamentos depressivos no toxicodependente. *Colectânea de Textos. X Encontro das Taipas*, 10, 144-152.
- Geyer, M. (2004, Março). Toxicodépendance et Psychanalyse. *Textes Psy*. De <http://www.psy-desir.com/textes/spip.php?article819>

Glover, E. (1932). On the Aetiology of Drug-Addiction. *Int. J. Psycho-Anal.*, 13:298-328.

Grinberg, L, Sor D. & Bianchedi E. (1973) *Introdução às ideias de Bion*. Rio de Janeiro: Imago Editora

Hagman, G. (1995). A psychoanalyst in methadonia. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12, 3, 167-179.

Hermida, J & Villa, R. (2002, Novembro). La evaluación de los programas de tratamiento en drogodependencias. Implicaciones profesionales para los psicólogos. *Papeles del Psicólogo*, 77, Universidad de Oviedo. De <http://www.cop.es/papeles>

Johson, B. (1999). Three Perspectives on Addiction. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 47, no. 3, pp. 791-815.

Keiser, S. (1948). "Alcoholism and Addiction": Ernest Simmel. *Int. J. Psycho-Anal.*, 29: 180 *oanal. Rev.*, 25: 424-435.

Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry* 142: 1259-1264.

Krystal, H.; Raskin, H. A. (1970). *Drug Dependence, Aspects of Ego Functions*. Detroit: Wayne State Univ. Press.

Magalhães, L. (2000). A doença é a dor de existir. *Toxicoddependências*, 6, 1, 9-14.

Mino, A., Dumont, P., Broers, B. & Bousquet, A. (1999) Análisis de un programa público de metadona de dos años. De <http://www.drogascadiz.es/AdminMancLaJanda/UserImages/8a65ddb2-8a6b-4110-8a4e-86f6f62e0810.pdf>

Neto, D. (1990) *Deixar a droga*. Lisboa: Edições 70.

NIDA. (1999). *Principles of Drug Addiction Treatment*. Washington: National Institute on Drug Abuse. De <http://www.nida.nih.gov/PODAT/PODATindex.html>

Olievenstein, C. (1990) *A clínica do toxicômano. A falta da falta*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Rado, S. (1935) 'Psychoanalysis of Pharmacothymie (Drug Addiction). I. The Clinical Picture.' *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, Band XX, S. 16-32.. *Int. J. Psycho-Anal.*, 16:99-100.

Salvado Ribeiro, J. (1992). Contributo da reflexão psicanalítica para a compreensão do sofrimento no toxicoddependente. *Coletânea de textos do Centro das Taipas*, 4, 89-92.

Weegman, M & Cohen, R. (2002). *The psychodynamics of addiction*. Filadélfia e Londres: Whurr Publishers Ltd.

Williams, A. (2002). Container and contained: The School of Bion. In Weegman, M. & Cohen, R. (eds.) *The Psychodynamics of Addiction*, (pp. 3-12). Filadélfia. e Londres: Whurr Publishers Ltd.