

A diabolização do toxicômano

Maria Luiza Mota Miranda

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MIRANDA, MLM. A diabolização do toxicômano. In: NERY FILHO, A., *et al.* orgs. *Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA; Salvador: CETAD, 2009, pp. 269-282. Drogas: clínica e cultura collection. ISBN 978-85-232-0882-0. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this chapter, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste capítulo, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de este capítulo, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

PARTE III
Entrevistas

A diabolização do toxicômano¹

Maria Luiza Mota Miranda²

M.L. - O Centro Médico Marmottan, desde o seu início, há vinte anos, tem se ocupado das toxicomanias. O Sr. criou, neste mesmo centro, um serviço de Clínica Médica, há três anos, cujo objetivo é cuidar de questões somáticas. O que o levou a propor tal estrutura?

C.O. - Em primeiro lugar, o Centro tem 23 anos, não 20. Em segundo lugar, procuramos, sempre, criar estruturas em volta do Marmottan. Agora, os alunos se revoltaram contra o mestre, mas, se considerarmos o dispositivo de assistência ao toxicômano da região parisiense, mais de 50% dos serviços é utilizado por antigos membros do Marmottan. Além disso, a linha geral consistia em responder a cada nova pergunta com uma nova resposta, e não apenas em dar uma resposta monolítica. Por exemplo, em um período dos anos 70, não aceitávamos receber famílias, pois considerávamos que a toxicomania tinha uma situação parecida com a de um país colonial. Conseqüentemente, escolhemos o campo dos toxicômanos e não queríamos ver as famílias. Tratava-se da época pós-64, um momento em que a toxicomania era reivindicada, assumida, como sendo uma divergência e uma marginalidade desejada. De fato, tínhamos que responder a esta primeira necessidade que era do tipo revolucionário, cultural...

Depois, com a mudança da situação econômica, as toxicomanias mudaram, como também mudou o relacionamento dos toxicômanos com suas famílias. Tentamos, assim, responder às necessidades das famílias e, nesta ocasião, abrimos o *Centro Monceau*, de terapia familiar. O *Centro Pierre Nicole*, por exemplo, foi criado para atender à população estudantil, no entanto, os estudantes nunca freqüentaram aquele centro, e sim, os toxicômanos. O *Centro* se transformou na primeira comunidade interurbana. Então, não somente a criação do sexto andar foi original, como também esta comunidade é original, sendo a única que conheço desse tipo na França que ainda tenta responder ao problema do corpo, levantado pelos toxicômanos. Entretanto, devido à influência da psicanálise, esta questão foi esquecida, há muito tempo. Isso partiu de uma reflexão. Você conhece a minha definição de toxicomania.

Mas, antes de tudo, a criação do Serviço de Clínica Médica veio com o aparecimento do problema da AIDS; demos, então, prioridade a isto, no atendimento à população. Para nós, não foi uma surpresa saber que muitos toxicômanos não tinham cobertura social, nem casa, nem família, mas, quando a AIDS apareceu, esta situação se tornou mais do que uma evidência. Antes, as pessoas se viravam, a França era um país rico, onde se encontrava trabalho, onde se encontravam soluções. Agora, ficamos diante de uma população, em primeiro lugar, aculturada; em segundo lugar, a maioria desta população vem com a imigração, vítima, portanto, de certa rejeição, de certo racismo, e não possui cobertura social. O atendimento de aidéticos, bem como dos portadores dos vírus do HIV - enquanto a pessoa não estiver realmente doente e não precisar de um atendimento cem por cento - custa muito caro para o paciente e as pessoas ficam com vergonha de procurar outras instituições. Portanto, esse pro-

grama é muito bem vindo. Esperávamos receber muita gente, mas não tanta, foi um sucesso.

M.L. – O Sr. poderia falar um pouco mais desta relação entre o toxicômano e a questão com o corpo?

C.O. - Para mim, sempre foi evidente que a injeção na veia estava relacionada com o corpo. Introduz-se um produto na veia. Isto não é uma ilusão, é real. Isto provoca sensações, mas, também, gera modificações extremamente importantes. Não é por acaso que os usuários de drogas injetáveis (UDIS) têm problemas de constipação; podemos pensar que vem do mecanismo de contração muscular, que é importante; podemos, ainda, nos interrogar sobre o significado de não evacuar e de não agradar à mamãe fazendo cocô. Portanto, esta conscientização do corpo sempre esteve presente, todavia, não a considerávamos urgente. Pensávamos que, se as pessoas tivessem problemas de corpo, elas o tratariam em outro lugar. A crítica que eu fiz à minha equipe e aos meus amigos brasileiros, italianos e outros, foi de terem negligenciado o corpo, de não se terem interrogado a esse respeito. Com a AIDS, tornou-se totalmente indispensável interrogar o corpo.

O corpo fala. Ele fala de várias maneiras, por exemplo, através da dermatologia, com as doenças de pele. A dermatologia é significativa; a pele é o meio de contato de uma pessoa com a outra, sem precisar da palavra. Aos poucos, isso foi se impondo, mas de um modo muito pragmático, porque os clínicos gerais que aqui trabalham começaram a tratar a questão com a maior importância. Portanto, não creio que possa haver uma separação entre uma abordagem psicoterápica e uma abordagem corporal do toxicômano. Mas creio, também, que isto implica muita reflexão deontológica, quero dizer, que as pessoas que lidam com o corpo não deveriam lidar com a psicologia. Elas deviam cuidar

do corpo, deixando o toxicômano livre para decidir se quer ou não continuar com a toxicomania, sendo este um outro estágio, um outro nível de demanda. Será possível fazer alguma coisa se a demanda for feita em conjunto.

M.L. – O Sr. poderia descrever mais precisamente o funcionamento interno deste serviço de Clínica Geral?

C.O. - O funcionamento se baseia nas três regras que regem o Centro Marmottan: o voluntariado, o anonimato e a gratuidade. E vai continuar funcionando assim, se não recebermos algum impedimento do governo. As pessoas chegam; temos duas enfermeiras, uma secretária, um responsável administrativo e quatro clínicos gerais, no mínimo. Não é o suficiente, por isso, a abertura está relativamente limitada. Abrimos cinco turnos por semana, e é insuficiente. Não temos créditos nem meios para aumentá-los; os profissionais estão sobrecarregados e com um mínimo de segurança para trabalhar.

Às vezes, as pessoas vêm pedir medicamentos ou produtos de substituição, que não temos. O serviço funciona, os médicos que atendem aqui são médicos da rede hospitalar ou do *Médecins du Monde*, acostumados à precariedade. Temos um acordo com o serviço de imunologia do *Hospital Brousset*, que possui um chefe de serviço competente em relação aos problemas da AIDS; temos, no mínimo, uma reunião a cada duas semanas e um intercâmbio constante com os serviços do *Instituto Brousset*. Tentamos, agora, estabelecer um programa de estágios com pessoas do Hospital Geral e do Brousset. Fizemos um progresso importante neste programa: não realizar desintoxicações sistemáticas com as pessoas hospitalizadas, mas, aceitar que elas continuem com a sua toxicomania durante a hospitalização, se assim o desejarem.

M.L. – Quer dizer que as questões somáticas podem fazer esquecer a necessidade de uma visão subjetiva da toxicomania?

C.O. - Sim, é claro que existe este risco. Mas penso ser este risco, menor, no Marmottan. Nós fizemos uma real separação das funções. O quarto andar não cuida de toxicomania. Se tiver uma demanda de tratamento para toxicomania, as pessoas descem de novo para o Hospital. Tentamos lutar contra estes riscos, com modelos e identidades que são diferentes. Os médicos que trabalham no quarto andar não são os mesmos que trabalham no Marmottan. É diferente. Eu proibi, terminantemente, a distribuição de psicotrópicos, tranqüilizantes, soníferos e qualquer outro produto de desintoxicação, no quarto andar. Fica claro que, neste momento, devido ao período de regressão em que vivemos na França, onde existe um grande risco de controle social dos toxicômanos através dos pontos de substituição, está se desenvolvendo uma grande ilusão: a de se acreditar que a toxicomania é uma doença igual às outras. É evidente que este risco existe, que estamos sujeitos a um terrorismo permanente, cotidiano, de desrespeito às autoridades, aos colegas e coisas assim. Procuramos resistir e, se Deus nos apoiar, se ainda estivermos aqui nos próximos três anos, as pessoas nos darão razão, descobrindo de novo o que haviam perdido, e o tempo voltará a 25 anos atrás, mostrando a complexidade do fenômeno da toxicomania. Você fala da subjetividade e do psíquico, eu falo, ainda, do antropológico. Eu digo que a marginalidade assumida dos toxicômanos, que se transforma em exclusão, é canalizada nas funções antidemocráticas da sociedade.

O fato de se criar reservas para viver, porque é isto que está acontecendo, Cuba já o fez, institucionalmente. O fato de se abrir o que é chamado de *boutique*, de se distribuir metadona, de autorizar os clínicos gerais a distribuírem produtos de substitui-

ção, gera a criação de uma população de excluídos, onde não há mais prognósticos de saída, onde é absorvida a noção de ser inferior, enfim, uma diabolização do toxicômano. Isso é grave, porque esta noção de exclusão está se projetando psiquicamente e está sendo aceita e, até mesmo, reivindicada pelos toxicômanos. Acho que nosso trabalho é o de continuar o diálogo com os toxicômanos, no que eu chamei de quadro da democracia psíquica, ou seja, devemos ensiná-los que eles têm escolhas e que, ao contrário do que diz o *slogan* dos Narcóticos Anônimos - “se você for toxicômano um dia, você vai ser para sempre” - existem portas de saída. Existem toxicomanias que dão prazeres aos usuários, que permitem às pessoas viverem uma aventura pessoal. Não devemos impor a nossa escolha, nem a nossa visão de mundo aos toxicômanos. Devemos estar atentos à demanda e fazer o que pudermos. Nossa tarefa não consiste em recuperar todos os toxicômanos da terra, as pessoas submissas ou os cidadãos perdidos.

M.L. – Parece existir uma divergência de opinião entre os clínicos gerais e os psiquiatras do Marmottan. O Sr. poderia explicar e dizer o que pensa disso?

C.O. - Acho que, em parte, já respondi. A meu ver, cada um está um pouco deformado pela sua especialidade. Não gosto quando você fala de “os psiquiatras do Marmottan”. Existem, também, clínicos gerais, pessoas que não são psiquiatras e que trabalham aqui. O problema é o estatuto do toxicômano na sociedade: os clínicos gerais, os poderes públicos, o governo, todos querem considerar a toxicomania, doença, uma carência, como se existisse um gene da toxicomania. Portanto, a prioridade deles é assegurar a luta contra esta doença, qualquer que seja o destino do toxicômano. É como se você fosse alcoólatra, sofresse um acidente de carro e as pessoas cuidassem de sua fratura e

lhe pusessem para fora do hospital, sem saber se a causa do acidente foi mesmo o alcoolismo. Ao contrário, a equipe do Marmottan é totalmente consciente da complexidade do fato, principalmente, de duas coisas: primeiro, a redução do diagnóstico duplo, desenvolvido graças aos Estados Unidos, ou seja, o lugar que a toxicomania ocupa nos hospitais psiquiátricos não é suficiente, é, também, um redutor. Segundo, e é o que tentei explicar e divulgar, poder informar que existe no toxicômano uma parte que está doente e outra que não está, sobretudo a relação com o prazer, que não se pode negligenciar, mesmo que a toxicomania seja um fenômeno de massa. Portanto, acreditamos na especialidade, não do toxicômano, mas do encontro entre o produto e a pessoa. A partir deste momento, há uma aventura específica e uma resposta diferente para cada um. Esse é um dos motivos da minha divergência com os psicanalistas, de um modo geral. Eles fazem uma análise causal da toxicomania: é o Édipo, a castração, o narcisismo, enquanto que eu penso que, apesar disto ser verdade, existe uma clínica da intensidade, do clima, do significado, e que isso cria no psiquismo uma dimensão (que não poderia definir) em que a lembrança da toxicomania, e do prazer provocado por ela, aponta para outra dimensão. Se não considerarmos esta dimensão, como o fazem, geralmente, as pessoas que cuidam dos toxicômanos, falharemos. Existe sempre uma parte de censura e é difícil para qualquer terapeuta interferir nesta área de sensualidade.

Vou dar um exemplo para ficar mais claro: você já fez perguntas para um toxicômano sobre o conteúdo do seu planeta, sobre o que ele vive quando está no seu planeta? Fiz uma pesquisa com todas as pessoas que trabalham no Marmottan, 98% nunca perguntaram: “- Quando você toma o seu Valium, o que se passa na sua cabeça, parece com o que”? Claro, é fundamental, porque é isto que vai provocar a recaída, o prazer, o conteú-

do erótico. Eles não falam espontaneamente, porque é censurado. Se eles visualizarem coisas sobre o efeito do haxixe, que é uma droga terrivelmente erógena, se alguém foi comido, por exemplo, num incesto, vai-se viver isto, não vai ser apenas uma fantasia, um clima, um calor; é algo que ele não pode dizer se não for solicitado. Se não nos aproximarmos desta área privada, não conseguiremos ganhar a confiança dos nossos pacientes e não poderemos levá-los a renunciar a isto. Na vida, temos que fazer escolhas, como o pedófilo que sente vontade de dormir com crianças, mas que vai renunciar a isto porque tem uma filhinha, o seu relacionamento com ela é forte e ele tem medo da polícia.

M.L. – Há uma afirmação que diz que a toxicomania é uma doença do ato sexual...

C.O. - Sim, mas não é só isso. É, também, o prazer das relações sexuais. Os que nunca provaram, não podem entender, porque não é uma sensação apenas ligada à genitalidade primária ou secundária, mas vivida como uma outra sexualidade. Isto é uma dimensão. A psicanálise fala coisas, só que são todas asseptizadas, fora do contexto afetivo, emocional, onde acontecem os efeitos do produto, no momento em que ele está agindo; e ela não vê este lado. A psicanálise pode ser um instrumento, mas ela é reducionista, como outros também o são. É muito difícil fazer as pessoas entenderem isso, mas penso ser a profunda especificidade. Entramos numa favela, onde se é pobre, não se tem nada para comer, mas se pegamos as crianças cheirando cola é porque elas sentem prazer, não é somente o anestésico.

M.L. – O que o Senhor pensa das medidas recentes, propostas no quadro da prevenção da AIDS, que preconizam a substituição da heroína por outros produtos, como a metadona, por exemplo?

C.O. - Acho que a substituição poderia ser uma ferramenta útil e interessante. O problema não se encontra na substitui-

ção, mas nas pessoas que realizam esta substituição e que têm uma concepção completamente falsa e louca, pensando que existe um produto milagroso para resolver um problema tão complexo como o das toxicomanias. Estas pessoas priorizam a questão do corpo e esquecem, totalmente, a dimensão psíquica, psicológica. Acho, também, que elas não imaginam suficientemente, por exemplo, como os poderes públicos vão utilizar esta substituição, sobretudo como meio de controle social, para tentar suprimir a marginalidade. Vemos isso, claramente, em muitos países nos quais o sistema de controle deixa as pessoas escravas; são controles biológicos, avaliações, são horários fixos. Atualmente, para aqueles que não podem comparecer, estão sendo criadas, na França, as *boutiques* que são tipos de “invasões oficiais” para os toxicômanos: eles são trancados em um lugar e não fazem besteiras em outro. Acho que, mesmo que isso venha sendo feito de boa fé, as pessoas não imaginam como isso representa um atraso e o início da segregação. O problema não está na substituição, se ela for realizada por pessoas que tenham uma reflexão ética, uma formação psicanalítica, enfim, não vai ser tão ruim assim, sabemos disto, mas pode ajudar as pessoas por um tempo. Eu não tenho certeza de que a substituição possa diminuir a AIDS. Conversei, recentemente, com diretores de outros hospitais e o índice de prevalência da AIDS nestas instituições é superior ao do Marmottan. Portanto, não acredito nisso, mas, se isto permite salvar uma pessoa, vale a pena. Com as condições de se ter uma reflexão ética, deontológica e não aceitar a chantagem que os toxicômanos fazem para obter os seus produtos. Temos de nos lembrar que ocorre aí uma imensa manipulação em vários níveis.

M.L. - Estas medidas estabelecem, muito rapidamente, um tipo de amálgama entre a toxicomania e a AIDS. O que o Senhor pensa disso?

C.O. - Acho que este amálgama está completamente errado. Aliás, a seita atual do Patriarca tem no seu nome de origem a palavra “gay”, fazendo um amálgama gay, tóxico e marginais, vivendo todos juntos. Nem todos os toxicômanos têm AIDS. É preciso lembrar que a grande maioria dos toxicômanos não usa drogas injetáveis, mas, absorve o produto pela boca, pelo nariz, através da fumaça; portanto, é totalmente absurdo afirmar que existe uma única relação entre portadores de AIDS e usuários de drogas injetáveis. Neste caso, foram verificadas coisas que digo há mais de 25, 30 anos. Existe uma pedagogia possível, uma vida em Marmottan. Esta casa não é perigosa, os casos de violências são raríssimos e, desde 1985, quando começamos a distribuir preservativos e seringas, constatamos uma diminuição notável do índice de prevalência da AIDS. Acho que é perigoso e dramático reduzir a toxicomania à dimensão da AIDS. Temos que trabalhar com a AIDS, mas não é o único trabalho que se tem a fazer.

M.L. – O Senhor pode falar um pouco a respeito do trabalho de *Médecins du Monde*, a respeito do trabalho humanitário?

C.O. - Acho que *Médecins du Monde* confundiu os países desenvolvidos com os subdesenvolvidos. Desenvolveu, consciente ou inconscientemente, a idéia de que as lideranças políticas devem realizar trabalhos humanitários e que as causas humanitárias devem entrar para a política. Para poder justificar tal posição, deve-se manter um estatuto particular por meio de associações, através das quais *Médecins du Monde* é o principal instrumento na divulgação da substituição, para fazer controle social. Faço parte de uma comissão que estuda os dossiês que apresentam os programas de metadona. Constatamos que cada vez mais nas comunidades onde há metadona, verifica-se a presença de um representante da justiça e outro da polícia. Isto é

totalmente inaceitável. *Médecins du Monde* adotou o slogan de Reagan “Guerra contra a droga”. Vimos onde Reagan quis chegar com isso, sobretudo com o ataque contra os países sulamericanos, sob o pretexto de lutar contra uma outra corrupção. Como eu falei no início da entrevista, o risco não está aí, está na diabolização definitiva da população toxicômana. No início, trabalhei com *Médecins du Monde*, hoje discordo totalmente deles.

M.L. – Para concluir, depois de 20 anos de experiência no tratamento com toxicômanos, que avaliação o Sr. faz de sua ação, e qual a sua perspectiva a respeito de tal situação?

C.O. - Se eu fosse hábil com as mãos, teria sido cirurgião; como não o sou, tornei-me especialista nos problemas das toxicomanias. Aprendi muito com isso, notadamente, uma coisa que vocês, mulheres, deveriam entender melhor do que os homens: o direito ao prazer. Você faz parte de uma geração que não teve de lutar pela contracepção, portanto, teve acesso ao prazer sem punição. O que estou procurando é uma fórmula que proporcione às pessoas o acesso ao prazer sem sanção, sem a sanção da dependência, do sofrimento e da AIDS. Não consegui, ainda, é bem provável que eu não consiga; a nossa mente é por demais complexa. Cada sociedade precisa de paliativos químicos; para nós, é o vinho, para vocês, é a caipirinha ou a cerveja. Acho que, nos próximos dez anos, assistiremos a dois fenômenos: primeiro, a legalização das drogas leves, disso tenho certeza. Segundo, a invenção, cada vez mais freqüente, de drogas sintéticas, mais modernas. Por exemplo, já existe o *ecstasy*, droga que proporciona prazer sem levar à dependência.

M. L. - O ecstasy é considerado uma droga leve?

C.O. - Nem é leve, nem é pesada, é outra coisa, certamente muito parecida com as anfetaminas. Pessoalmente, ganhei mui-

to com isso - com a reflexão sobre o usuário recreativo, sobre a diferença entre o usuário recreativo, o usuário ocasional e o tóxico. Isso me permitiu iniciar uma pesquisa sobre a física moderna que, a meu ver, levanta temas de extrema importância como, por exemplo, a teoria dos equilíbrios instáveis, coisas que me ajudam a criar uma nova vida, e isto é enriquecedor. Houve muita morte e muita tristeza, mas houve, também, coisas emocionantes para mim, como certos pacientes que hoje são psicanalistas e outras coisas. Sinto muito não ter tido tempo de tomar notas, de vez em quando.

Notas

- ¹ Publicação da entrevista realizada com Dr. Claude Olievenstein. Ex. Diretor do Centro Médico Marmottan, em 10 de agosto de 1994 - Hospital Marmottan - Paris.
- ² Colaboração - Martha Hervieu
Tradução - Julliette Antoine Deda
Revisão - Vera Motta
Revisão atualizada - Luiz Alberto Tavares; Marlize Rêgo