

ARTIGO

Psicanálise de grupo com drogaditos: construção de novos dispositivos para a realidade institucional¹

Silvia Brasiliano²

Faculdade de Medicina - USP

RESUMO

A clínica institucional com drogaditos traz em seu seio duas dimensões: a instituição e a drogadicção, nas quais, mais do que a necessidade, há a inevitabilidade de introduzir modificações na prática psicanalítica. O objetivo deste artigo é descrever a experiência de uma equipe multidisciplinar que atua em um programa para dependentes de álcool e drogas em um hospital público universitário, na reestruturação da psicoterapia de grupo. Se, a princípio, o grupo era totalmente aberto, ou seja, o paciente poderia vir às sessões quando desejasse e as ausências não implicavam em qualquer prejuízo a sua vinculação, após as modificações o contrato da psicoterapia permitia um máximo de três faltas sem aviso prévio, quando então o paciente era convocado, sendo a sua ausência entendida como abandono do tratamento. Descreve-se o caminho percorrido pela equipe e os questionamentos e reflexões sobre o desejo do paciente, o tipo de demanda e as questões transferenciais.

Palavras-chave: Psicoterapia de grupo; Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Unidade hospitalar de psiquiatria; Psicanálise.

Drug-addicted group psychoanalysis: development of new approaches for the institutional reality

ABSTRACT

Institutional clinical practice addressed to drug addicts has at its core two dimensions in which more than necessary it is crucial to introduce changes to the psychoanalysis practice: the institution and the drug addiction. The purpose of this study is to describe the experience of a multidisciplinary team working in a drug and alcohol dependent program at a university public hospital for group psychoanalysis restructuring. The psychoanalysis group was completely open in the beginning, i.e., patients would attend the sessions as they liked and non-attendance did not affect their ties to the program. But later on changes were implemented, the psychotherapy contract allowed no more

than three non-attendances without prior notice and the patient would be then recall in and their non-attendance would mean treatment withdrawal. The team's progress as well as considerations and thoughts on patients' wishes, demands and transferential issues are described here.

Keywords: Group psychotherapy; Psychotherapy group; Substance-related disorders; Psychiatric department hospital; Psychoanalysis.

Psicoanálisis de grupo con drogadictos: construcción de nuevos dispositivos para la realidad institucional

RESUMEN

La clínica institucional con drogadictos trae en su seno dos dimensiones, donde más que la necesidad, hay la inevitabilidad de introducir modificaciones en la práctica psicoanalítica: la institución e la drogadicción. El objetivo de este artículo es describir la experiencia de un equipo multidisciplinario trabajando en un programa para dependientes del alcohol e de las drogas en un hospital público universitario en la reestructuración de la psicoterapia de grupo. Si en el comienzo el grupo era totalmente abierto, o sea, el paciente podría venir a las sesiones cuando deseara e las ausencias no provocaban cualquier daño a la suya vinculación, después de las modificaciones el contrato de la psicoterapia permitía el máximo de tres faltas sin aviso previo, cuando entonces el paciente era llamado e la suya ausencia era entendida como renuncia al tratamiento. Describese el camino recorrido por el equipo e los cuestionamientos e reflexiones sobre el deseo del paciente, el tipo de demanda e las cuestiones transferenciales.

Palabras clave: Psicoterapia de grupo; Trastornos relacionados con sustancias; Servicio de psiquiatría en hospital; Psicoanálisis.

A temática da reformulação da psicoterapia analítica de grupo propõe-nos caminhos igualmente numerosos e tortuosos. Numerosos, pois são muitas as ocasiões em que somos convocados a repensar a nossa técnica para atender a demanda clínica. Tortuosos, pois nos confrontam com o tênue limite entre a necessidade real de mudanças em função do contexto e as manobras meramente adaptativas a um contexto. Dito de outra forma, a necessidade de modificações impõe-nos a tarefa de abrimo-nos à possibilidade de flexibilizar nossa técnica, sem, contudo perder de vista a identidade, a ética e o rigor científico que orientam o nosso trabalho (CRUZ, 1996). Manter o embasamento da psicanálise em seus grandes eixos conceituais, mas

simultaneamente buscar aprofundar formas diferentes de articular teorias e técnicas, para abordar novas situações é o grande desafio (ROJAS, 1996).

Em nossa perspectiva, esta postura constitui o marco fundamental e o princípio orientador de qualquer reformulação em psicoterapia analítica de grupo. Para nós ela é especialmente importante, já que a clínica institucional com drogaditos traz em seu seio duas dimensões, onde mais do que a necessidade, há a inevitabilidade de introduzir modificações na prática psicanalítica: a instituição e a drogadicção (CRUZ, 1996; BRASILIANO, 1997a).

Atualmente é praticamente consenso entre os profissionais de saúde mental que a instituição não é o consultório particular e que a mera transposição de modelos de um âmbito a outro é ineficiente, quando não desastrosa. Isto significa que a instituição requer formas de intervenção que lhe são próprias e que, portanto, respeitem tanto sua estrutura, como a população que atende (DURAND, 1995). Entretanto, não temos tradição no trabalho institucional e toda a nossa formação está voltada para a realidade da prática individual privada (ROMANO, 1996).

Assim, o desenvolvimento de um modelo diferente não é simples, nem fácil de ser conduzido. Temos de criá-lo sem uma base em experiências anteriores e é o próprio investimento no trabalho que nos orientará. Contudo, se a intuição e a sensibilidade constituem nossos guias em muitos momentos, é igualmente importante que esta atividade não se conduza de forma anárquica ou completamente às cegas (DURAND, 1995; DURAND, 1996a). Como afirma Durand (1996a):

É necessário ter referenciais que nos permitam iluminar os fatos para saber onde estamos e que pretendemos e o por que (...) de forma que a nossa prática não se constitua nem se resuma a um exercício ideológico, mas esteja voltada para a observação do que se passa com as pessoas que atendemos. (DURAND, 1996a, p. 125)

Esta observação articulada aos pressupostos teóricos e à experiência clínica constituiu um dos alicerces fundamentais nas reformulações que fizemos em nossa prática institucional. Quando há uma década atrás iniciamos o trabalho com drogaditos em um hospital escola, partimos de alguns princípios orientadores. O trabalho em equipe multidisciplinar era um dos principais, pois entendemos a drogadicção como um quadro multifacetado em sua gênese e evolução, o que requer uma abordagem coerente e articulada em diferentes setores da vida do indivíduo (BRASILIANO, 1993). Neste sentido, compusemos uma equipe com médicos clínicos, médicos psiquiatras, psicólogos e terapeutas familiares.

Com respeito à abordagem psicológica optamos pela psicoterapia grupal, pois compreendíamos que esta modalidade era a mais adequada ao trabalho institucional, pois alia à sua possibilidade terapêutica, o questionamento contínuo da estrutura da instituição (SIMÕES; RIBEIRO; LIMA, 1996; BRASILIANO, 1997a). O referencial teórico adotado era a psicanálise e o

objetivo da psicoterapia era o de criar um espaço de reflexão onde o paciente pudesse buscar o sentido de suas próprias vivências, na tentativa de encontrar uma resposta diferente, que não a droga, para a transformação de sua realidade (BRASILIANO, 1997b).

Nesta época o encaminhamento para a psicoterapia era realizado pelo psiquiatra responsável pelo paciente que incentivava a frequência às sessões, frisando esta abordagem como fundamental na sua recuperação. Entretanto, se o paciente não comparecia ao grupo, sua atitude era respeitada e o tratamento prosseguia sem este recurso. A psicoterapia orientava-se pelo mesmo princípio: o grupo era totalmente aberto, o que significava que o paciente poderia vir às sessões quando desejasse e as ausências, embora desestimuladas no contrato, não implicavam em qualquer prejuízo a sua vinculação.

Com estas referências a psicoterapia de grupo, embora colocada como espaço de reflexão, constituía-se na prática em um espaço de catarse. Eram raros os pacientes assíduos; a maioria comparecia às sessões somente no dia da consulta médica ou logo após uma recaída. A característica principal era um *turn over* constante, de forma que havia praticamente um grupo novo a cada semana. Esta configuração dificultava o aprofundamento reflexivo, sendo que a temática restringia-se à droga, em um dueto abstinência versus recaída. Poucas vezes conseguia-se abordar o indivíduo e não a substância. Os terapeutas frequentemente sentiam-se cansados e com a sensação de que eram os únicos responsáveis pelo bom andamento ou não da psicoterapia. No princípio estes sentimentos encontravam contido na literatura e nas supervisões, onde a experiência de que pacientes dependentes são pouco motivados para o tratamento psicoterapêutico era comum a diversos profissionais (ARAÚJO, 1985). Entretanto, não eram raros os momentos em que a equipe identificava-se com o niilismo e o desânimo dos pacientes frente a sua problemática.

Com o passar dos anos começou a tomar corpo na equipe, a idéia de estruturar um programa de tratamento, onde as abordagens fundamentais para a recuperação do paciente fossem tornadas obrigatórias. Isto implicaria que a recusa ao atendimento clínico, psiquiátrico ou psicoterápico excluiria o paciente do programa.

No início a idéia de obrigatoriedade de participação na psicoterapia foi geradora de inúmeros conflitos. De que forma como psicanalistas poderíamos pensá-la? Sabíamos que a psicoterapia analítica de grupo “não pode ser imposta, pois pressupõe a cooperação voluntária” (ALMEIDA, 1996, p. 55). Ademais, respeitar o desejo do paciente é um dos nossos princípios éticos fundamentais: como seria possível reformulá-lo? Em última instância qualquer reformulação neste princípio não seria uma perversão da ética?

Paradoxalmente foi nesse pensar o, a princípio, impensável, que encontramos as primeiras referências do percurso que empreenderíamos. Foi justamente no refletir sobre o desejo do paciente, que começamos a reexaminar nossa prática. Para a pergunta do que estávamos respeitando ao respeitar o desejo do paciente parecia não haver uma resposta única. Se, por um lado, com certeza, estávamos respeitando o indivíduo, por outro também com certeza estávamos

respeitando o nosso modelo. E que modelo era esse? Embora mais adequado à prática institucional, em sua vertente principal estávamos no mesmo lugar que na clínica privada: esperando sentados os pacientes chegarem! (ROMANO, 1996) Ou seja, em certa medida, estávamos seguindo rigidamente o modelo que conhecíamos, o que obturava nossa possibilidade de observação (DURAND, 1996a). Observação fundamental de que na instituição não se espera o paciente entrar, porque ele já está lá, a demanda já existe (ROMANO, 1996).

Poder-se-ia argumentar, e com clareza o fizemos, que a demanda não era de atendimento grupal. Mas porque deveria sê-lo? Em nossa cultura, o lugar privilegiado da cura é a relação dual médico e paciente. Particularmente com drogaditos, estar em grupo significa o abrir-se para a possibilidade de transformar a relação narcísica com a droga pela interação com o outro, até agora rejeitada e evitada, pois confronta com as dificuldades, limitações, a própria finitude de cada um (SIMÕES; RIBEIRO; LIMA, 1996; BRASILIANO, 1997a).

Outro argumento levantado era que, mesmo superando as dificuldades do encontro em grupo, a demanda não era de psicoterapia analítica. Entretanto, perguntávamo-nos: quem tem demanda de análise? Pelo menos no sentido clássico, somente nós, os analistas. Os pacientes querem falar de seus problemas e, em geral, estão muito pouco preocupados se chamamos a nossa psicoterapia de analítica ou não. Se seu discurso é concreto, vazio, preso ao cotidiano, não seria, então, uma tarefa nossa como psicanalistas auxiliar o indivíduo na possibilidade de comunicar-se com seu próprio funcionamento? Não seria nosso o lugar de dar início "a um tipo de pesquisa de uma certa problemática" (ZYGOURIS, 1996, p. 108), mesmo que a princípio no nível consciente? No caso dos drogaditos, não seria nosso o trabalho de aclarar os diferentes níveis do que ele pede, já que raramente ele sabe o que pede ou mesmo se pede? (CRUZ, 1996).

Com estas reflexões questionávamo-nos se os nossos grupos com sua frequência flutuante, não denunciavam nossas posturas e contradições, ou, em última análise, nossa técnica que poderia estar reproduzindo a mesma estrutura do quadro que nos dispúnhamos a cuidar (BLEGER, 1993; SIMÕES; RIBEIRO; LIMA, 1996). No geral, o drogadito busca no tratamento o mesmo que a droga proporciona: a solução mágica e imediata de mudança da percepção da realidade (SOUZA, 1996). Refletir sobre a realidade psíquica é algo doloroso, pois remete inevitavelmente a experiência do vazio e a angústia é de aniquilamento, destruição e morte (BRASILIANO, 1997b). Assim, ao aceitarmos que o indivíduo viesse ao grupo somente no momento da recaída e lá permanecesse por três ou quatro sessões, não estávamos também reforçando a idéia de cura em pílulas, a sua própria resistência?

Ao mesmo tempo, não estabelecendo normas e regras de funcionamento e ingenuamente respeitando a liberdade do paciente, não estávamos protegendo-nos da possibilidade de transgressão tão vital na existência do drogadito e tão temida na vivência do terapeuta? (BRASILIANO, 1995) Não há espaço para a transgressão onde não há leis, mas, também, não há espaço para o cuidado que pode modificar a vivência.

Levantava-se, ainda, que o estabelecimento para a psicoterapia de regras *a priori* contaminaria toda a relação transferencial. Por um lado, como nos dizia Mascarenhas (1987, p. 179) "campos neutros, puros, assépticos, existem na fantasia do psicanalista e não na realidade, já que a pureza da transferência não existe". Por outro, o trabalho institucional conta com múltiplas regras *a priori* que atravessarão o trabalho grupal. Na verdade, a atitude terapêutica neste contexto pauta-se, não por rejeitar as inúmeras interferências na relação transferencial, porque elas existem, mas sim pelo estar atento à sua ocorrência e poder trabalhar o seu significado (DURAND, 1996b).

Nesse sentido, se tínhamos clareza que não sabemos e nunca saberemos o que é certo ou errado para cada paciente, também foi ficando progressivamente claro que eles estavam apontando um caminho que lhes parecia mais certo *a priori* (SIMÕES; RIBEIRO; LIMA, 1996). Afinal, um programa de atendimento nada mais é que um dispositivo de continência estruturado em função de uma situação que observamos em um dado momento (LANCETTI, 1989).

Com estes questionamentos presentes modificamos o nosso atendimento grupal. O encaminhamento para o grupo passou a ser feito já na triagem por um psicólogo, que explicitava as regras do tratamento e da psicoterapia, indicando ao paciente o nome de seu terapeuta e o horário das sessões. Todas as abordagens passaram a ser obrigatórias e a recusa em participar de quaisquer delas implicava na exclusão do paciente do programa. Ao mesmo tempo, o contrato da psicoterapia de grupo permitia um máximo de três faltas sem aviso prévio, quando então o paciente seria convocado, sendo a sua ausência entendida como abandono do tratamento. Se neste momento inicial o paciente discordava do programa eram-lhe oferecidos outros encaminhamentos institucionais.

Para o paciente que mesmo querendo tratar-se resistia à psicoterapia grupal, propunha-se um período de frequência mínimo ao grupo de um mês com caráter experimental e de sensibilização. Se findo este tempo persistissem as dificuldades do paciente com esta abordagem, ele discutiria com o terapeuta sua frequência às sessões. Se houvesse concordância entre a percepção do terapeuta e do paciente ele poderia ser desligado da psicoterapia, sem prejuízos no seu vínculo com o tratamento. Esta proposta foi definida em função de nossas experiências prévias, onde as tentativas de atendimento individual para posterior encaminhamento para o grupo revelaram-se mal-sucedidas, já que o número de desistências do grupo era grande. Nossa hipótese para estes insucessos é que com drogaditos a relação estabelecida no primeiro momento do tratamento, o mais doloroso, adquire muitas características simbióticas e o seu rompimento não pode ser entendido como passagem, mas primordialmente como abandono.

Acreditamos que com essa estratégia poderíamos preservar a liberdade interna do paciente para decidir o que lhe cabe melhor, ao mesmo tempo em que não nos furtaríamos da franqueza e autenticidade enquanto psicanalistas (ZIMERMAM, 2000).

Com esta postura reiniciamos a psicoterapia grupal, não com a disposição de donos da verdade ou de autoridade sobre as drogas, mas no lugar de pessoas que não sabem, mas estão

dispostas a escutar e conhecer uma situação que se era desconhecida para o grupo, também era nova para nós (NOBRE et al., 1987; BRASILIANO, 1997b).

Estes grupos foram e têm sido um exercício de nossa maturidade. Ao estabelecermos as regras, a frequência flutuante diminuiu consideravelmente, a permanência dos pacientes na psicoterapia aumentou e muitos grupos puderam ser fechados, pois atingiram o número máximo de dez participantes. Ao mesmo tempo, ao abriremos os grupos para todos os pacientes defrontamo-nos com drogaditos com diferentes graus de contato com sua realidade interna. Confrontamo-nos, então, muitas vezes, com a tarefa de abrir espaço para a vida psíquica, ali onde ela parece não existir. Nossa função é, nesses casos, acolher o vazio existencial do indivíduo, para buscar, em algum momento do seu discurso pobre, plano e superficial, introduzir a palavra do analista que pode mudar o rumo da fala (ZIGOURIS, 1996). Em um grupo, estes momentos são infinitamente mutáveis e o nosso exercício constante tem sido o de poder escutá-los e encontrar meios para abordá-los.

Frente aos bons resultados obtidos, dois aspectos merecem ser ressaltados. Primeiramente, o estabelecimento de leis que não podem ser negociadas, nem burladas, proporciona um continente para a ambigüidade que os drogaditos vivenciam em relação aos limites (SIMÕES; RIBEIRO; LIMA, 1996). Em segundo lugar, através da relação transferencial estável e contínua, é oferecido ao sujeito um outro vínculo, com dispositivos potenciais para operar a possibilidade de abertura para a mudança e destacar as capacidades transformadoras das relações humanas (ROJAS, 1996).

Quanto aos pacientes resistentes foram poucos os que desistiram da psicoterapia no fim do período de um mês. Tão poucos que atualmente sequer colocamos um tempo fixo como regra. Somente dizemos: vai e experimenta, se você não gostar converse conosco! Não temos uma resposta única para este fato, mas acreditamos que o investimento no indivíduo, com a disponibilidade de encontrarmos juntos um caminho, facilita não só a mobilização de suas potencialidades para enfrentar as dificuldades, como o coloca em contato com os aspectos mais saudáveis de sua vida emocional (DURAND, 1995). Na verdade, esta é uma questão ainda em aberto. Sabemos somente que muitos ficaram.

Para concluir, gostaríamos de frisar que o grande aprendizado desta experiência é que aquilo que se reformula não são as técnicas, mas fundamentalmente a atitude do analista. É de sua capacidade de estar aberto para apreender a realidade da instituição e de seus pacientes, sem perder de vista a saúde mental como objetivo último, que depende a possibilidade de criar, buscar e encontrar novos caminhos (DURAND, 1996b). Não há normas fixas e prévias neste percurso, mas reformular-se é com certeza uma das maneiras. Pelo menos esta foi a que encontrei para alicerçar a complexa tarefa de dividir com vocês um assunto tão delicado quanto a criação de uma regra para a disponibilidade do paciente analisar-se.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. A. F. O sonho possível: “poder simbólico” do grupanalista numa instituição de “poder real”. **Revista da ABPAG**, São Paulo, n. 5, p. 22-29, 1996.

ARAÚJO, V. A. **Para compreender o alcoolismo**. São Paulo: Edicon, 1985.

BLEGER, J. **Temas de psicologia: entrevistas e grupos**. São Paulo: Martins Fontes, 1993. 113p.

BRASILIANO, S. Psicoterapia analítica de grupo na instituição: uma experiência com drogadictos. In: **Jornada Pré-Congresso Brasileiro de Psicoterapia Analítica de Grupo**. Ribeirão Preto, São Paulo: ABPAG, 1997a.

BRASILIANO, S. Grupos com drogadictos. In: ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. e cols. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997b. cap. 21, p. 229-240.

BRASILIANO, S. Especificidades da psicoterapia de grupo com drogadictos. **Anais do III Encontro Luso-Brasileiro de Grupanalise e Psicoterapia Analítica de Grupo, II Encontro Luso-Brasileiro de Saúde Mental e I Congresso de Psicanálise das Configurações Vinculares**. Guarujá, SP, 1995, p. 201-205.

BRASILIANO, S. O papel dos profissionais e a organização da equipe no tratamento dos farmacodependentes. In: ANDRADE, A. G.; NICASTRI, S.; TONGUE, E. (Eds.) **Drogas: atualização em prevenção e tratamento**. São Paulo: Lemos, 1993. cap. 15, p. 165-174.

CRUZ, M. I. A. Fenômenos contratransferenciais na relação com toxicodependentes. **Revista da ABPAG**, Ribeirão Preto, SP, n. 5, p. 22-29, 1996.

DURAND, M. Comentários sobre o trabalho Vila Terapêutica de Laert Espagnoli Filho, Laura Mansin de Oliveira e Luiza Helena Rossi Desani. **Revista da ABPAG**, Ribeirão Preto, SP, n. 3, p. 123-126, 1996a.

DURAND, M. Vínculos enlouquecedores nas instituições. **Revista da ABPAG**, Ribeirão Preto, n. 3, p. 127-133, 1996b.

DURAND, M. Vínculos nas instituições. **Revista da ABPAG**, São Paulo, n. 4, p. 142-146, 1995.
LANCETTI, A. **SaúdeLoucura Número 1**. São Paulo. Hucitec, 1989. 119p.

MASCARENHAS, E. Grupo não é psicoterapia de pobre. In: PY, L. A. (Org.). **Grupo sobre grupo**. Rio de Janeiro: Rocco, 1987. p. 163-180.

NOBRE, L. F.; PY, L. A.; CASTELLAR, C.; FREITAS, L. A. Co-terapia. In: PY, L. A. (Org.). **Grupo sobre grupo**. Rio de Janeiro: Rocco, 1987. p. 127-142.

ROJAS, M. C. Grupos: terapêutica e prevenção. **Revista da ABPAG**, Ribeirão Preto, n. 3, p. 181-195, 1996.

ROMANO, B. W. A psicologia numa instituição hospitalar. **Insight Psicoterapia**, São Paulo, n. 68, p. 4-10, 1996.

SIMÕES, M.; RIBEIRO, C. M.; LIMA, S. A. Psicoterapia de grupo. In: SILVEIRA FILHO, D. X.; GORGULHO, M. (Orgs.). **Dependência: compreensão e assistência à toxicomania – uma experiência do PROAD**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. p. 49-68.

SOUZA, M. P. Os dependentes no grupo para tratamento de farmacodependências. In: SILVEIRA FILHO, D. X.; GORGULHO, M. (Orgs.). **Dependência: compreensão e assistência à toxicomania. Uma experiência do PROAD.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. p. 69-80.

ZIGOURIS, R. Uma geografia peculiar. **Percursos**, São Paulo, n. 16, p. 98-109, 1996.

ZIMERMAN, D. E. (2000). **Fundamentos básicos das grupoterapias.** 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 224p.

Endereço para correspondência

Silvia Brasiliano
E-mail: brasiliano@aclnet.com.br

Recebido em 28/03/07.
1ª Revisão em 09/05/07.
Aceite final em 08/07/07.

¹ Este artigo foi parcialmente apresentado no Painel: *Intervenções grupais na comunidade*, no 16º Congresso Internacional de Psicoterapia de Grupo – *Grupos: Conectando indivíduos, comunidades e cultura*, promovido pela International Association of Group Psychotherapy (IAGP) e pela Federação Brasileira de Psicodrama (FEBRAP), em São Paulo, de 18 a 22 de julho de 2006.

² Psicóloga. Psicanalista. Doutora em Ciências pela Faculdade de Medicina da USP. Coordenadora do Programa de Atenção à Mulher Dependente Química (PROMUD) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Sócia fundadora e atual tesoureira da Associação Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas - ABRAMD.