

A PRÁTICA DA TERAPEUTA OCUPACIONAL EM FARMACODEPENDENCIA BRINCANDO NA RODA DE FOGO

Autora: *Solange Tedesco*, terapeuta ocupacional, especialização no CETO e EPM
Endereço: Rua Diana 831 apto 62 São Paulo SP

Resumo: fazendo uma análise contextual da intervenção da Terapia Ocupacional e da prática da terapeuta ocupacional em farmaco-dependencia, levanto considerações e observações acerca da clínica utilizando a experiência desenvolvida no Programa de Orientação e Assistência a Dependentes de Drogas (PROAD). Utilizo uma abordagem individual e outra grupal para exemplificação dos questionamentos e traçado de tratamento.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional, Dependencia-Independencia, Farmacodependencia,.

A PRÁTICA DA TERAPIA OCUPACIONAL EM FARMACODEPENDENCIA

BRINCANDO NA RODA DE FOGO

Observações Preliminares

Tratarei da prática da Terapeuta Ocupacional em Farmacodependencia a partir da clínica desenvolvida no Programa de Orientação e Assistência a Dependentes de Drogas (PROAD) do Departamento de Psiquiatria e Psicologia da Universidade São Paulo.

As observações feitas buscam ampliar as discussões sobre a intervenção da Terapia Ocupacional na Clínica da Toxicomania, onde, segundo BENETTON (1994), a direção na construção de um vínculo ativo é alimentado pela aproximação do fazer "que cria a circularidade na presença da terapeuta" (01).

Minha abordagem acerca deste assunto fundamenta-se nos pressupostos de Claude Olievenstein, que assume a problemática da toxicomania na equação: o encontro de um produ-

to com uma personalidade e um momento sócio-cultural.

Segundo SILVEIRA (1995), "os toxicômanos se caracterizam por um padrão de uso de drogas em que o elemento dependência assume papel de destaque na relação dual indivíduo-droga. O que distingue, em última análise, o toxicômano do usuário é o grau de dependência ao produto"(02).

A toxicomania passa a ser uma conduta assumida frente a um projeto de vida insustentável, onde a comunicação entre o mundo interno e o mundo externo só se viabiliza frente a uma distorção das realidades vividas, ou frente a uma nova imagem de si mesmo, não mais "eu", mas "eu-droga". Esta distorção se dá pela alteração das percepções, alterações dos vínculos conseqüentes de uma postura aditiva. Este projeto de artificialização da vida entra em falência quando o paradoxo do uso se acirra: "o toxicômano encontra-se aqui em um momento de crise, quando percebe que continua não podendo viver sem a droga e, paradoxalmente, não pode mais viver com ela" (03).

Em linhas gerais, acreditamos que este paradoxo não deve ser respondi-

do. Ele pode recriar as experiências extremas de dependência-independência, onde na dependência absoluta estamos vitalmente presos a uma provisão externa (ambiental, amorosa, etc), mas correndo o eminente risco de aniquilamento se houver falhas. O caminho no sentido da independência implica numa nova experiência na cultura, onde o encontro com o comum (no social) não pode colocar em risco o que é próprio (indivíduo). Nos recorremos a WINNICOTT, que descreve a jornada do processo de maturação (desenvolvimento e crescimento) em três categorias: dependência absoluta - dependência relativa - rumo à independência, onde a palavra chave é "integração", que torna possível o Eu-Sou, que dá sentido ao "Eu-Faço". "A idéia de dependência individual é básica em tudo isso; no início, ela é quase absoluta e vai gradual e ordenadamente sofrendo alterações: de uma dependência relativa caminha para a independência. Esta não se torna absoluta, e o indivíduo visto como unidade autônoma não é, na realidade, independente do ambiente, ainda que existam maneiras pelas quais o indivíduo maduro possa se sentir livre e independente, ficando feliz por possuir uma identidade pessoal" (04).

O fazer, que na nossa clínica inclui os materiais e a postura da terapeuta ocupacional, na execução das atividades cria um trânsito entre eu-faço eu sou intermediando, a princípio, este “eu” composto eu-droga.

Para BENETTON (1994), na consígnia do fazer, terapeutas e atividades colocam-se a disposição “para construir, desde a recepção (do dependente e acompanhantes) no espaço que se interponha entre o toxicômano e a droga. Para abrir esse espaço é impossível deixar um dos dois de lado ou simplesmente retirar a droga de cena. É preciso incluir sem excluir” (05).

Nossa intervenção enquanto terapeutas ocupacionais tem levado em consideração o seguinte:

- a questão da aderência do paciente ao programa, onde acreditamos que as atividades possam ser facilitadoras na inclusão a um novo ambiente e representante do momento de crise (dar novas imagens a uma fala viciosa, estereotipada);

- o fazer como uma evolução natural, tanto do processo criador (as mãos transformando um material) como ampliando as relações de troca no mundo;

- a apresentação da terapeuta enquanto a que ensina e faz junto atividades, facilitando a postura ativa, tão necessária na constituição de um vínculo;

- a indicação específica para pacientes adolescentes e para as condutas anti-sociais, onde o espaço criado pelo terapeuta-atividades pode proporcionar, desde a chegada ao programa, um espaço potencialmente favorável;

- o papel da família, da escola, dos amigos, namoradas e outros grupos vistos como extensão da abordagem e inclusão no programa;

- a possibilidade do atendimento individual e/ou grupal, dependendo da indicação e programa de tratamen-

to específico;

- a constituição de um social onde as relações de troca pelo fazer possam gradualmente se estabelecer frente a potência criadora não mais dual;

- a interdisciplinariedade, com a ampliação de intervenções e modelos terapêuticos, criando vários traçados de tratamento (acolhimento - terapia ocupacional // terapia ocupacional individual - psicoterapia grupal // terapia ocupacional grupal - psicoterapia individual // terapia ocupacional - atendimento clínico // terapia ocupacional - terapia familiar // TO - projetos de prevenção, etc);

- o fazer com as mãos transformando materiais, humanizando o imaterial, ou simplesmente brincando para experimentar. A experiência, ou melhor, experimentação, no sentido do manuseio de elementos transformáveis (água + terra = argila // água + pigmento = tinta // água + terra + fogo = cerâmica, etc), apesar de incluir etapas, não aprisiona a um único produto, ao contrário, o brincar com as possibilidades pode ser a quebra do que é descrito como um ritual para o toxicômano.

Um esboço na prática

Há dois anos desenvolvemos um trabalho de assistência e ensino no Proad. Participamos do “Grupo de Acolhimento”, porta de entrada do usuário no programa, num primeiro momento para compartilharmos e num segundo momento para fragmentar a linguagem do toxicômano. A partir do Grupo de Acolhimento e de uma triagem médica, traçamos em equipe o percurso de tratamento deste indivíduo: atendimento clínico, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, terapia familiar, terapia ocupacional individual, terapia ocupacional grupal.

As indicações para o processo de terapia ocupacional individual ou grupal são analisadas e orientadas frente a algumas considerações: a emergência da crise, a relação situacional do indivíduo frente ao trabalho, família e inscrição

social; a relação com seu grupo de usuários; sua organização frente aos cuidados pessoais e atividades de vida diária. Em alguns casos trabalhávamos numa intervenção específica de crise, onde o fazer tenta desmanchar um processo de desfazer e destruição pelo afastamento social (trabalho, principalmente), pelo roubo e pela venda de objetos próprios em troca do produto. Exemplificando:

Atendemos M., 29 anos, várias internações por uso de drogas e padrão de substituição de produto. Relatava início recente de crack, porém sua droga de escolha era a cocaína. Temia que o uso do crack (por necessidade financeira) em substituição à cocaína, o levasse rapidamente a uma desqualificação social e perda do padrão físico de que se orgulhava. Num primeiro momento, frequentava o Grupo de Acolhimento diariamente, e a cada grupo descrevia com nítido “prazer - sofrimento” cada peça de sua casa que vendia para conseguir comprar a droga. Assim foram os móveis, as pias, o vaso sanitário, o butijão de gás e, enfim, a porta, a porta de entrada de sua casa. Este paciente associa a esta venda a perda de sua privacidade como o representante de sua extrema degradação, pois sem a “porta”, sua casa “violada” o deixava exposto para toda vizinhança e, principalmente, para os traficantes. Começamos o atendimento individual de terapia ocupacional com três sessões semanais, e o excluímos de qualquer atividade grupal (inclusive o Grupo de Acolhimento), por entendermos que a insígnia do “dependente exposto e submisso” funcionava em sua dinâmica mais como agravante do uso abusivo do que como limitador. Era este “homem vício - degradado” que o grupo podia ver e esta imagem que viciosamente sabia apresentar. Começamos construindo atividades para redecorar sua casa, ou objetos úteis como cortina, painéis, toalhas. De objetos para casa, M. passou a confeccionar objetos para seu uso, ao mesmo tempo em que vai resgatando sua história familiar, onde o trabalho artesanal sustentou seu pai enquanto imigrante e sua família en-

quanto fabricantes. M. reconstrói este trajeto recuperando as relações "sadias" de trabalho, se associa com duas costureiras e recupera a clientela perdida confeccionando chapéus para festas juninas. A produção é levada para sua casa, que volta a ser frequentada por pessoas "caretas". A partir do resgate do trabalho próprio, sua imagem de "degradado" vai se transformando para alguém que quer coisas e quer coisas fazendo. O fazer, que antes era dever com o sustento familiar e foi desmanchado para "pagar" o vício, passa a poder ser vivido como possibilitador de outra inserção social. Neste momento, sua vida pode contextualizar-se sem a droga.

No último ano criamos um atendimento específico para adolescentes, através de um Grupo de Terapia Ocupacional aberto a todos os pacientes até 18 anos que quisessem participar. As discussões deste trabalho foram incluídas num projeto de criação de um setor específico para adolescentes (assistência, prevenção, ensino e pesquisa).

Levantamos algumas questões que nos tem referendado na estruturação deste setor:

- a dificuldade de vinculação dos adolescentes em grupos predominantemente verbais;

- a relação com a terapeuta ocupacional próxima à relação conhecida com o professor no ensinar a técnica de atividades. O conhecido permite a inclusão da experiência toxicomaníaca;

- o espaço criado pela presença da terapeuta ativa e pelo fazer, possibilitando a criação de um espaço permissivo para dúvidas, trocas, experimentos;

- a idéia de prevenção de riscos (não só do uso abusivo, como da Aids, roubo, prostituição) através de representações concretas afastadas da idéia do discurso moralista.

- o papel especial da família, da escola, dos amigos como comunicantes e parceiros de ações;

- as atividades intermediando um encontro com o novo, ora a terapeuta, a equipe, o grupo, a família, a sociedade, num círculo que, brincamos, deixa de ser vicioso, quando olhamos os vícios, para constituirmos um círculo de hábitos, hábitos de fazer e hábitos de vida;

- a importância da continuidade do cuidado, da presença e da confiança, quebrando um padrão de reação ao repetitivo;

- a necessidade de se levar em conta as diferenças essenciais entre os grupos, em termos de padrões e costumes, isto inclui as atividades com os amigos que fazem uso de drogas, com os que não fazem, com os grupos esportivos, escolares, etc;

No grupo de adolescentes toxicômanos temos nos surpreendido com o afastamento e estranhamento no uso de materiais e no poder criativo de construção. Via de regra os materiais são explorados, porém abandonados em função da fala que repetidamente circula na droga, nas experiências toxicômanas e na solidão. A aproximação da terapeuta vai se dando pelo fazer na tentativa de capacitá-los a usar as mãos, a brincar, usar símbolos, sonhar com projetos de vida, a criar de modo satisfatório para si e a encontrar sua espontaneidade. Esta aproximação se dá por um confronto pelo confronto em ato.

Conclusão

Para Claude Olievenstein, no tratar o toxicômano é necessário o oferecimento de múltiplos modelos de identificação, é preciso oferecer diferentes espaços para que ele se encontre com seus pedaços estilhaçados. Nem sempre a chegada ao tratamento implica um desejo de cura, ou mesmo um tratar a dependência. Segundo um paciente do grupo de adolescentes, "brincamos com fogo num caminho cheio de pedras, numa alusão

às pedras de crack; segundo este mesmo paciente, ele não sabe bem porque, mas estar presente no grupo de terapia ocupacional o faz "sentir-se diferente, mais com ele mesmo, e, com outras idéias na cabeça". Ele nos diz que é porque nós o pegamos pelo pé.

Eu penso que neste momento ele foi "pego" pelas mãos.

Ainda timidamente esta prática tem provocado alguns esboços teóricos sobre a intervenção da terapia ocupacional na farmacodependência. Pensamos que no momento de inclusão do paciente no tratamento, a técnica da terapia ocupacional é bastante indicada. Outra experiência diz respeito ao exercício da prevenção de riscos. No fazer, nosso olhar permite uma compreensão da experimentação enquanto aprendizado, na prevenção, um aprendizado necessário para novas condutas.

Referências Bibliográficas

01) Benetton, M. J. - "A Terapia Ocupacional como Instrumento nas Ações de Saúde Mental". Tese de doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde Mental, Unicamp, Campinas, 1994, pág. 152.

02) Silveira, D. X. da - "Dependência de Drogas: Contribuições para uma Compreensão Psicodinâmica das Farmacodependências". Dissertação de Mestrado, 1995, pág. 3.

03) idem

04) Winnicott D. W. - "Tudo Começa em Casa". Ed. Martins Fontes, São Paulo, 1989, pág. 118.

05) Benetton, M. J. - "A Terapia Ocupacional como Instrumento nas Ações de Saúde Mental", obra citada, pág. 148.