04

ASPECTOS FENOMENOLÓGICOS DAS RECAÍDAS EM HEROÍNODEPENDENTES *

JOÃO SALVADO RIBEIRO

RESUMO: As recaídas em toxicodependentes, particularmente em heroinómanos, constituem um problema crucial, não apenas pela frequência mas sobretudo pela imprevisibildade.
A sua fenomenologia, que sugere uma reflexão a partir do significado transcultural das substâncias psicoactivas, interpela diferentemente os diversos modelos teóricos com incidência nesta área.
Neste texto privilegia-se a leitura psicanalítica do fenómeno das recaídas em heroinodependentes, ilustrando-o com breves episódios retirados da história clínica de dois casos em seguimento psicoterapêutico.
Palavras-Chave: Pharmakon; Recaída; Dependência física; Dependência psicológica; Prevenção de recaídas; Casos clínicos.

RÉSUMÉ: Les rechutes chez les toxicomanes, spécialement chez les usagers d'héroïne, constituent un problème fondamental, pas seulement par sa fréquence, mais surtout par son caractère imprévisible.
Sa phénoménologie, qui suggère une réflexion assise sur une signification transculturelle des substances psychoactives, s'adresse différemment aux plusieurs modèles théoriques avec incidence dans cette matière.
Dans ce texte, on donne la priorité à la lecture psychanalytique du phénomène des rechutes en usagers d'héroïne, et on présente des vignettes de deux cas cliniques suivis en psychothérapie.
Mots-Clé: Pharmakon; Rechutes; Dépendance physique; Dépendance Psychologique; Prévention des rechutes; Cas cliniques.

ABSTRACT: The relapses in drug addicts, particularly in heroin dependents, are a crucial problem, not only because of their frequency, but mainly because they are unexpected.
This phenomenon, which suggests a thinking based on the cross-cultural meaning of the psychoactive substances, questions in several ways the different theoretical models related to this area.
In this text we privilege the psychoanalytic view of the relapses phenomenon in heroin dependents by illustrating it with two cases report in psychotherapy.
Key Words: Pharmakon; Relapse; Physic dependence; Phychic dependence; Relapse prevention; Clinic cases.

1. Introdução

O mecanismo concreto do efeito das drogas, tanto nos animais como nos seres humanos, era desconhecido até há bem poucas décadas. Os enormes progressos ocorridos na área das neurociências (Simon, 1973) vieram demonstrar que as drogas, susceptíveis de criar dependência, sejam elas lícitas (álcool, tabaco) ou ilícitas (heroína, cocaína, cannabis, ecstasy), activam circuitos cerebrais específicos do prazer, activando a libertação de dopamina. Todas as drogas provocam não só sensações de prazer e modificações comportamentais, como também alterações dos estados de consciência. A dependência de drogas é assim um processo biológico e patológico que altera não só os circuitos onde funciona o centro do prazer, mas também outras áreas do cérebro.

Devem-se a Hipocrates os primeiros contributos para identificar as bases cientificas da psico-farmacologia (Denicker,1966). Os gregos, não faziam distinção entre medicina técnica e medicina sagrada. As vítimas usadas em sacrifícios de expiação e as próprias substâncias psicoactivas eram consideradas agentes mágicos (Escohotado,1992).

O termo Pharmakos[1], que era usado pelos gregos para designar as vítimas humanas imoladas em sacrifício, quando as cidades eram fustigadas por calamidades, correspondia ao sacrifício-oferenda.

Ao Pharmakos eram atribuídos efeitos terapêuticos e como tal deveria distinguir-se do sacrifício-comunhão, que era designado por Pharmakon. Tratava-se, neste caso, quase sempre duma planta, a que se reconhecia, em simultâneo, o significado de remédio e de tóxico. A sua toxicidade era determinada pela dosagem, conforme, mais tarde, ensinou Paracelso (1493-1541), um precursor da medicina moderna, que verteu em axioma o princípio da nocividade relativa das substâncias, *(sola dosis facit venenum)* e o da terapêutica pelo seu semelhante *(similia similibus curantur).*

Pharmakon, servia para designar a experiência subjectiva do tóxico, isto é o acto de consumir uma substância que provoca dependência. Tinha como função adormecer o nível de funcionamento da consciência e deixar falar o inconsciente. Os ministros dos cultos, em civilizações antigas, tomavam drogas para comunicar com os mistérios sagrados. A legitimidade do Pharmakon advinha, assim, da sua integração na esfera do sagrado.

O conceito de Pharmakon pode ser útil, na perspectiva clinica, para ajudar a clarificar o conjunto de reacções relacionado com a fase de abstinência ou privação duma substância com forte poder adictivo.

2. Sindrome de privação

Quando se reflecte sobre a fenomenologia dos consumos de drogas, não se pode ficar limitado apenas aos efeitos das substâncias, mas importa também analisar os aspectos relacionados com o modo de viver a privação dessas substâncias. O organismo reage à privação dum produto em função do tipo de relação que o consumidor estabelece com esse produto. No caso dos opiáceos, mesmo antes de consumir, muitos toxicodependentes antecipam, fantasmaticamente, o efeito de prazer, como se o organismo e o aparelho psíquico estivessem já a usufruir. Tal como o bebé adormecido "recupera", alucinatoriamente, o seio materno (ou equivalente) e o prazer que daí resulta por efeito do movimento de sucção dos lábios – e dessa forma alimenta a relação de dependência (*attachment*) –, assim também o toxicodependente vive a sua dependência como se a droga estivesse já a ter efeito no organismo, mesmo antes de ser consumida. Não é a droga que faz o toxicodependente, mas a expectativa de prazer que antecede todo e qualquer consumo. Ele é o Pharmakon na verdadeira acepção da palavra, na medida em que a vertente alucinatória permite iludir a vertente sofrimento.

A toxicodependência poderia assim entender-se como um processo biológico e psicológico que altera o percurso, onde funciona o centro de prazer.

A literatura clínica designa por síndrome de privação o conjunto dos diferentes sintomas somáticos que ocorrem nos primeiros momentos consecutivos à fase de paragem de consumos. Sabe-se que, em toxicodependência, a abstinência não conduz necessariamente à ruptura com a droga. As recaídas são parte integrante de todos os programas de tratamento: isso quer dizer, numa primeira leitura, que o indivíduo que se separa do seu objecto de eleição e entra em

privação, vai nesse percurso e sem se dar conta, questionar os técnicos sobre o modelo de tratamento mais indicado para ultrapassar uma tal situação.

O modelo que melhor permite entender a natureza da toxicodependência pressupõe a coexistência de dois pólos interactivos e complementares, o polo biológico e o polo psicológico, dicotomia que assinala uma dupla dependência, a dependência física e a dependência psicológica (Jaffe, 1965; WHO, 1969; Ribeiro, 1998).

Ora, a hipótese da privação convida a reflectir sobre a pertinência dessa dicotomia. Será a dependência psicológica a manifestação subjectiva da dependência física? Ou será que a dependência psicológica goza de autonomia própria em relação aos fenómenos biológicos? Será possível silenciar a dependência física e iludir o ciciar da dependência psicológica? Efectivamente o mais importante é compreender, não só de que é que o individuo está psicologicamente dependente mas também a natureza dos processos psicológicos que explicam o comportamento de dependência.

Freud (1895) utilizou o conceito de alucinação para designar o modo primário de satisfação do desejo. Na sua óptica, o elemento alucinatório caracteriza a prova da satisfação, quando a imagem mnémonica do desejo é reactivada. Trata-se dum modo de satisfação imediato, que envolve directamente o sistema perceptivo.

O sofrimento que se configura como o sintoma mais expressivo da privação, causa um mal estar insuportável que se situa na fronteira do psíquico e do somático. O tóxico ausente equivale a algo de exterior que o corpo reclama, para preencher um vazio. É sempre penoso o movimento de procurar droga, mas paradoxalmente, a sua "falta" é muitas vezes sentida como fonte de prazer: essa "falta", não deixando espaço para a emergência do desejo, gera uma verdadeira dinâmica compulsiva. Consumir, sob a batuta das ânsias da ressaca (craving), é invariavelmente um movimento da esfera compulsiva (Gossop and Strang, 1990). Por sua vez, este objecto exterior é investido pelo toxicodependente de forma alucinatória. Em toda a privação, há sempre uma dimensão alucinatória. Ela obedece à lógica dos processos primários do pensamento, que regulam a actividade onírica. Tal como no sonho, o elemento alucinatório caracteriza o primeiro tempo do modo de satisfação do desejo: "desejar deve ter sido, primariamente, um investimento alucinatório da satisfação" (Freud, 1899). Esta ficção de uma satisfação imediata primária faz do conceito alucinatório, o paradigma de um certo tipo de actos psíquicos, que prescindem da representação para significar a perda ou ausência do objecto.

Consumir drogas, em particular, opiáceos, obedece a uma lógica de urgência corporal. O toxicodependente justifica o consumo para se sentir normal, como se se tratasse de repor o estado de homeostase. O discurso do toxicodependente sugere, pois, ora a presença de um processo de auto-conservação, ora uma espécie de *repli* narcísico, que no caso dos heroínomanos, vai induzir uma semi-sonolência visível, implicando sempre um desinvestimento da realidade externa. As insónias ou o medo das insónias, tão frequente nos heroinómanos, justificam todas as exigências, para fazer cessar a fase de privação.

O Pharmakon seria então um agente de sonolência que vai permitir uma forma de percepção alucinatória como no sonho, ditando a satisfação imediata e abolindo a dimensão emporal. Actua como se a realidade fosse toda ela continua (Le Poulichet, 2002). Esta transição entre o exterior e o interior produz a ilusão duma indiferenciação entre o que está fora e o que resta dentro do indivíduo.

O sofrimento psicológico resulta da "reacção própria à situação de perda do objecto" (Freud, 1926) e nessa medida conforma-se com o modelo de dor corporal, dando origem a um estado de angústia psíquica. Quando surge o vazio ou ausência de relação do sujeito com os seus objectos, a dor pode figurar como a resposta imediata que gera o *repli* narcisíco. No heroinómano, a privação implica a reaparição de todas as dores que o seu corpo anestesiado não conhecia. A privação agudiza a consciência da dor.

Assim, toda a tentativa para aliviar essa dor só poderá ser de natureza *ortopédica*. A cura psicoterapêutica será sempre uma cura de desintoxicação psicológica. O psiquismo do heroinómano comporta-se como se estivesse intoxicado. A função da droga como Pharmakon representa a abolição da dor e a restauração do objecto alucinatório.

3. Aspectos enigmáticos das recaídas

Por recaída entende-se a re-emergência de sintomas que requerem tratamento em instituições de saúde. A experiência clínica ensina-nos que nem todos os toxicodependentes são casos crónicos. Muitos há que embora preencham os critérios de dependência, recuperam por completo, mesmo sem recorrer a instituições de saúde. Deixam a toxicodependência sem que se possa ter uma ideia do seu número. Fazem-no recorrendo ao método da chamada *paragem a seco,* sem a utilização de fármacos. Mas a maioria dos toxicodependentes que figuram nas estatísticas fazem repetidas e longas remissões a seguir a um ou mais tratamentos.

Há ainda o grupo dos indivíduos com duplo diagnóstico (co--morbilidade), que além da toxicodependência (DSM IV, TR --eixo I), apresentam características psicológicas compatíveis com perturbações psicopatológicas da personalidade (perfil bipolar, psicótico, ou afectivo, perfil hiperactivo, stress post--traumático). A sua vulnerabilidade expõe-os a múltiplas recaídas, anos sem fim, alguns mesmo a vida inteira.

A recaída em heroínodependentes reveste-se de uma complexidade particular. Os neurobiólogos, que já lograram identificar os mecanismos biológicos envolvidos nas toxicodependências e nos factores de risco facilitadores da recaída, ainda não conseguiram explicar o *porquê* de alguém se tornar toxicodependente, nem o fenómeno do reinicio dos consumos. A teoria da sensibilização comportamental aos psicoestimulantes (*Incentive sensitization theory*) também não consegue explicar o fenómeno da recaída (Terry, 2000). Admite-se como explicação provável que o comportamento compulsivo da procura da droga, típico da recaída, possa implicar processos associativos entre estímulos do ambiente (pessoas, lugares, objectos), traços mnemónicos[2] e reactivação de circuitos do cérebro (Drumond,2001). Mas não se conhecem ainda as estruturas cerebrais implicadas no suporte desses traços mnemónicos (O´Brien Ch.P.,1997).

Para compreender a complexidade das recaídas, não basta considerar apenas os padrões de consumo (dosagem e frequência), a interacção dos determinantes bio-psico-sociais, o papel da idade, a motivação, a co-morbilidade, ou a pressão dos pares.

Algumas investigações (Marlatt *et al*., 1984) sobre os factores associados à recaída em dependentes de opiáceos, revelam que a maioria das recaídas estão relacionadas com estados emocionais negativos, pressões sociais e (ou) conflitos interpessoais. Num outro estudo (Gossop, 1989) conclui-se que a maioria das recaídas em heroinómanos ocorre em companhia de consumidores de drogas, ou num contexto social relacionado com o consumo de drogas.

De entre os passos que podem conduzir à recaída, Jaffe (2001) assinala quatro: **a)** decisão consciente de voltar a consumir, **b)** interacção de problemas múltiplos; **c)** atitudes de omnipotência; **d)** risco de recair na sequência de decisões aparentemente irrelevantes. Este autor dá especial relevo ao modo de pensar omnipotente e grandioso que caracteriza a adolescência. Muitas recaídas em heroinodependentes acontecem logo a seguir ao internamento para desabituação. Crêem-se imunizados e suficientemente fortalecidos para resistir ao fascínio do mundo da droga.

4. Prevenção das recaídas

Na óptica dos cognitivistas, a prevenção das recaídas assume aspectos pedagógicos, sendo importante ensinar os consumidores a identificar as situações de risco, a desenvolver e usar estratégias de *coping*. Sugerem ainda a preferência por respostas aversivas,tais como: **a)** eliminar todas as coisas que estejam associadas ao universo das drogas; **b)** afastar-se das pessoas que tem alguma relação com o mundo das drogas; **c)** preferir a companhia de pessoas que veiculem mensagens de prevenção. Por fim, os comportamentos ditos de distracção, que envolvam actividades físicas (desporto, relaxamento) ou o recurso a pensar outros assuntos quando surge a tentação de consumir.

Nem sempre porém estas directrizes cognitivas resultam. O seu caracter "pronto a vestir" é muitas vezes esvaziado pela complexidade das situações de risco, cruzada com a especificidade subjectiva e o estado de espírito do toxicodependente. Mais do que seguir receitas, importa sensibilizar o toxicodependente a aprender com a experiência da recaída. Questionar-se sobre o *como*, o *porquê* e as *circunstâncias* da recaída equivale a contextualizar o "percurso" que levou à recaída, dissecando os diferentes passos, hesitações e ce-

dências preliminares. Estudar o como evitar novas recaídas, será uma tarefa importante que nem sempre o toxicodependente consegue fazer a sós, enredado muitas vezes na teia de múltiplas cumplicidades e de mensagens contraditórias que povoam o seu imaginário. Por isso o recurso ao apoio de terceiros (psicoterapia individual, ou de grupo) poderá ser a solução mais realista para converter a recaída numa etapa de prevenção. As recaídas não são forçosamente uma fatalidade. Podem ser um pretexto para cada um se conhecer melhor, reexaminando os diferentes passos que levaram a recair, numa tentativa de relacionar associativamente as pseudo razões e a pouco e pouco interiorizar o modo de funcionamento mental e emocional.

Uma tal abordagem não pode limitar-se à materialidade dos sintomas que emergem numa situação de recaída. O sintoma não é mais do que um indicador, que remete para uma intencionalidade, no contexto duma relação com o meio, em especial com o meio familiar e duma afirmação dos desejos e dos conflitos inconscientes do próprio. Esse trabalho pressupõe obviamente uma relação qualificada no âmbito da psicoterapia.

5. Casos clínicos

A relação clínica, quando emoldurada pela metodologia psicoterapêutica é seguramente o observatório privilegiado para se descortinar o modo de funcionamento de qualquer paciente. Como espaço de escuta, ela permite criar as condições para associar livremente as experiências pessoais, reconhecer a natureza dos sentimentos, identificar a qualidade das vivências, tudo isso no contexto duma relação marcada pela transferência e contratransferência. Efectivamente, o modelo psicanalítico permite compreender melhor os aspectos deficitários do processo de identidade, os insucessos da interiorização dos bons objectos de relação, as dificuldades de organizar a área transicional (Mc Dougall, 1982). O resultado será o de o paciente, a pouco e pouco, se conhecer melhor e assim se proteger dos riscos de vir a fazer escolhas erradas.

Vejamos nos dois episódios seguintes, como foi possível evitar uma recaída, a partir do conhecimento que as pessoas em questão já possuem do seu modo de funcionar, tendo em conta o processo evolutivo que a psicoterapia lhes permitiu organizar.

Canal Odisseia

N. reparte a sua actividade entre o desempenho de tarefas a meio tempo na pequena empresa do companheiro e os cuidados maternos a dispensar ao primeiro fruto desta relação, um bebé cheio de saúde e de encanto. N. desfruta em pleno duma idade jovem, enriquecida por invulgares aptidões criativas e um estilo de vida interessante. Os dez anos de percurso toxicodependente, pontuado por inúmeras peripécias e missões rocambolescas, embora não tenham deixado marcas visíveis, definiram internamente um estado de vulnerabilidade, que desponta sempre que os estímulos apropriados atingem um certo limiar de tolerância. Numa tarde de acalmia, quando face ao televisor, fazia zapping, passou pelo Canal Odisseia e a imagem que preenchia o écran era justamente uma cena de chuto. Por instantes, pensou que aquele assunto já não lhe dizia nada, mas pelo sim, pelo não, decidiu ficar, justificando-se que até poderia ser um teste. E à medida que ia vendo os diferentes cenários – as gotas a deslizar na prata, o sangue a refluir na seringa, etc, etc. – entrou em pânico, e desligou imediatamente, confusa e cheia de medo, surpreendida com a impressão que aquela situação ainda lhe causava – após cinco anos de abstinência ininterrupta – e ao mesmo tempo a debater-se com a tentação de sair porta fora e procurar droga.

Na consulta que ocorreu dias depois N. deu-se conta que a tentação fora vencida graças à consciência que tem dos ganhos narcísicos que lhe advêm da situação afectiva estável em que o companheiro, o filho e a perspectiva dum segundo são valores que não poderia deitar a perder, se embarcasse numa aventura desta natureza.

Flash back [3]

P. ocupa habitualmente o seu tempo em trabalhos de costura. Um certo dia, quando se entregava à faina de coser à máquina, toda concentrada na tarefa, a pouco e pouco, o tic--tac ritmado da agulha fez-lhe lembrar o zunir dos efeitos da cocaína – sabe, é o que nós chamamos cocainar, um zumbido estranho nos ouvidos – e começou a sentir suores na palma das mãos e a tremer. Foi então que realizou quanto a droga ainda a condicionava. Ir ou não ir ao Casal, apanhar um taxi, atrasar a encomenda, eram razões de pouca monta para não

resistir à tentação. Foram instantes de duração interminável, em que a emoção e o compromisso de ir à consulta no dia seguinte, lhe valeram uma vitória.

6. Conclusão

A representação mental dos efeitos de prazer que o consumo duma droga como a heroína proporciona – experiência unipessoal e indestrutível – precede habitualmente cada episódio de recaída, emergindo no contexto dum desejo cruzado de fruição alucinatória e de compulsão.

As mais recentes descobertas em biologia molecular têm permitido ensaiar novas substâncias farmacológicas (Danel 2002), que a breve trecho, podem conduzir à generalização das farmocoterapias – quiçá sob a forma de bi-tri-multiterapias, – o que manifestamente pode empobrecer o carácter abrangente de todo e qualquer processo global de recuperação.

A abordagem psicodinâmica, particularmente sob a forma de psicoterapia psicanalítica, afigura-se determinante para facilitar a implementação das fases que irão constituir a reinserção do toxicodependente na comunidade.

CONTACTO

João Salvado Ribeiro
Instituto da Droga e da Toxicodependencia
Av.Columbano Bordalo Pinheiro, 87, 2º
1070 – 062 Lisboa
E-mail: joao.salvado@idt.min-saude.pt

NOTAS

* Versão elaborada a partir da Comunicação apresentada nas Jornadas de Saúde Mental e Justiça – Instituto Superior de Ciências da Saúde – Sul. 28-29 Novembro 2002.

(1) Pharmakos, etimologicamente deriva de pharmak- pharmasso. Temperar o ferro em brasa, mergulhando-o em água fria. Daí falar-se em magia dos ferreiros.

(2) O médico português Ribeiro Sanches (1699-1783), refere-se, em 1753 em termos verdadeiramente precursores ao papel da memória na gestão das suas reminiscências: *"Todos os objectos que entram pelos sentidos produziram uma certa mudança tal naquela origem dos nervos que ali ficam sempre os seus vestígios: estas relíquias é o que chamamos memória; e logo que por objectos novos se agitarem, a alma perceberá não somente o objecto novo; mais ainda aquele que deixou relíquias semelhantes"* (*in* De animi Perturbationibus, manuscrito nº 2016, folio 131, Biblioteca da Faculdade de Medicina de Paris, transcrito em Dissertação sobre as Paixões da Alma, do mesmo autor, edição da Câmara Municipal de Penamacor, 1999, p.11 – organização do texto e notas de Faustino Cordeiro).

(3) *Flash back*: fenómeno de revivescência involuntária e imprevisível de certos efeitos duma droga, que sobrevem desligada do consumo de drogas. O flash back pode implicar vários sentidos, mais frequentemente ilusões visuais, distorções perceptivas, alterações cromopsíquicas, tudo isso acompanhado de ansiedade intensa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Danel. T. (2002). "Addiction, addictologie et psycopharmacologie". *La lettre du Pharmacologue*, 16 (6): 139-142.

Deniker P. (1966). *La psychopharmacologiee*. Paris: PUF.

Drummond, D. Colin (2001). "Theories of drug craving, ancient and modern", Addiction, 96: 33-46.

DSM –TR (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4ª ed. Tradução portuguesa CLIMEPSI (2002).

Escohotado, Antonio (1989). *Historia de las Drogas (I)*. Madrid: Allianza Editorial.

Freud, S. (1895). "Esquisse d'une psychologie scientifique". *La naissance de la psychanalyse*, pp. 315-396. Paris: PUF (1969).

Freud, S. (1899). "Interprétation du Rêve", p. 509. Paris: PUF (1976).

Freud, S. (1926). "Inhibition, Symptome, Angoisse", p.100. Paris: PUF (1973).

Gossop Michael and John Strang (1990). "Psychological Treatments", *in Substance Abuse and Dependence. An introduction for the Caring Professions*. London: The Macmillan Press.

Mc Dougall J. (1982). "Théâtres du Je". Paris: Galimard.

Marlatt G. A., George W. H. (1984). "Relapse prevention: introduction and overview of the model". *British Journal of Addiction,* 79: 261-173.

Le Poulichet, Sylvie (2002). "Toxicomanies et psychanalyse. *Les narcoses du désir*". Paris: PUF.

Simon, Bric (1979). "Opiates", *in Substance Abuse – A Comprehensive Textbook*. Third ed., pp. 147-158, Baltimore Williams & Nilkins.

Terry E., Robinson & Kent C. Berridge (2000). "The psychology and neurobiology of addiction: an incentive-sensitization view". Addiction, 55 (2): 91-117 (Tradução portuguesa: Modelos animais na investigação da ansiedade. A psicologia e a neurobiologia da toxicodependencia: uma teoria de incentivo-sensibilização. *Toxicodependencias* (2001), 7 (1): 57-82.

Jaffe J. H. (1965). *Drug Addiction and drug abuse, in The Pharmacological Basis of Therapeutics*. NewYork: Macmillan.

Jaffe, Steven L.; Estrof, Todd Wilk (2001). "Relapse in Adolescent Substance Abuse Intervention Workbook: Taking A First Step". Washington, DC: American Psychiatric Press.

O' Brien, Ch. P. (1997). "Progrees in the Science of Addiction". *Am. J. Psychiatry,* 154 (9).

Ribeiro, J. S. (1998). "Dependência Psicológica versus Dependência Fisica?". *Toxicodependencias*, 4 (2): 45-53.

WHO (1969). *Expert Committee on Drug Dependence: 16th Report. Tech. Ser.* Nº 407 (Genebra: World Health Organization).