

Dependência psicológica *versus* Dependência física ? (1)

João Salvado Ribeiro

RESUMO: 1. Os progressos registados nas duas últimas décadas, na área das neurociências, permitiram compreender melhor as bases bioquímicas do comportamento humano, nomeadamente no que se refere ao processo de instalação do fenómeno da dependência física de drogas.

2. Mas, a dependência psicológica continua a ser um fenómeno complexo difícil de deslindar! Os melhores programas de tratamento que visam a abstinência e fazem da prevenção das recaídas um objectivo primordial, fracassam sempre que "efeitos residuais" induzem o toxicodependente abstinente a recair.

3. A perspectiva psicodinâmica pode constituir uma tentativa para compreender o fenómeno da dependência psicológica e da etiologia dos comportamentos toxicodependentes.

4. Os toxicodependentes em tratamento ainda são a maior fonte de conhecimento para compreensão deste fenómeno da dependência psicológica: a sua história, desafiada ao ritmo das trajectórias de consumos, continua a ser o melhor registo das vicissitudes do seu processo evolutivo.

Palavras chave: receptores opióides; dependência física e psicológica; craving; perspectiva psicodinâmica.

RÉSUMÉ: 1. Les progrès vérifiés les deux dernières décennies dans le domaine des neurosciences, ont permis une meilleure compréhension des bases biochimiques du comportement humain, notamment en ce qui concerne le processus d'installation du phénomène de la dépendance physique de drogues.

2. Cependant, la dépendance psychologique reste un phénomène complexe difficile à débrouiller! Les meilleurs programmes de traitement visant l'abstinence et faisant de la prévention des rechûtes un objectif primordial, échouent dès que "des effets résiduels" induisent la rechûte chez le toxicomane abstinente.

3. La perspective psychodynamique peut constituer un essai pour la compréhension du phénomène de la dépendance psychologique et de l'étiologie des comportements toxicodependants.

4. Les toxicomanes en traitement sont toujours la meilleure source de renseignements pour la compréhension de ce phénomène de la dépendance.

Mots Clé: Récepteurs opioïdes; Dépendance physique et psychologique; "Craving"; Perspective psychodynamique.

ABSTRACT: 1. Advances verified in the course of the last twenty years in neurosciences field facilitated a better understanding of human behavior biochemical bases, namely in what concerns physical drug addiction setting up.

2. But, psychological dependence goes on being complex and hard to clear up. The best treatment programs aiming abstinence and most of all preventing relapses, fail whenever "residual effects" induce abstinent drug addicts relapsing.

3. Psychodynamic perspective may be considered as an effort to understand psychological dependence and drug addiction behavior ethiology.

4. Drug addicts under treatment are the best source of information to help understanding psychological dependence: consumption histories are still the best records of their evolutive process variations.

Key Words: Opiate receptors; physical and psychological dependence; Craving; Psychodynamic perspective.

1. As toxicodependências e as neuro-ciências

Os maiores progressos verificados no campo das neuro-ciências, nos últimos vinte anos, foram a demonstração da existência dos receptores específicos para os opiáceos no animal e no ser humano(2) e a descoberta de que o organismo produz as suas próprias substâncias opióides. Estes progressos contribuíram de forma decisiva para compreender melhor as bases bioquímicas da analgesia, da regulação da dor e da dependência dos narcóticos.

Desde o século XIX que se sabia que o principal ingrediente activo do ópio, o alcalóide morfina, era a droga mais eficiente e mais usada para eliminar a dor. As múltiplas aplicações farmacológicas da morfina, desde há muito vinham fascinando os investigadores, movidos pelo afã de compreenderem os mecanismos que estão subjacentes a essas actividades.

Os efeitos mais interessantes da morfina e das drogas com ela relacionadas afectam o SNC e traduzem-se em controlo da dor, alterações do humor, fenómenos de tolerância e de dependência física e psíquica, o que em conjunto corresponde ao lado indesejável dos efeitos dos opiáceos, em especial no que respeita à heroína-dependência.

Foi a partir de 1973 (Simon, 1997) que se descobriram nos vertebrados e nos invertebrados os receptores específicos para os opiáceos e se confirmou que de entre os doze péptidos endógenos com actividade opióide, a endorfina é o péptido que contém mais amino-ácidos. Este sistema endógeno opióide produz uma variedade de efeitos farmacológicos muito extensa que vai desde a analgesia e a depressão respiratória até às alterações de comportamento, chegando mesmo a produzir reacções de catatonia.

Quando se demonstrou pela primeira vez a existência de receptores opióides, pensava-se que só havia um tipo de receptores, mas em breve se concluiu que há múltiplos péptidos opióides e que alguns destes são neuro-transmissores. Sabe-se hoje que cada neuro-transmissor clássico tem mais do que um receptor e que os receptores $\mu\delta\kappa$ medeiam as acções eufóricas dos opióides, sendo o delta possivelmente o mais importante para o álcool. Muitos consumos abusivos de opióides actuam nos três receptores, provocando mudanças adaptativas em cada um deles. Os opióides receptores são moléculas proteicas, dotadas de longas cadeias de amino-ácidos.

O abuso de opiáceos implica modificações duráveis no

funcionamento do sistema das endorfinas e seus receptores. Essas modificações neurológicas explicam o quadro clínico do síndrome deficitário(3), observável durante semanas após a desabitação de opiáceos.

O síndrome de privação constitui um fenómeno de rarefacção repentina da dopamina no núcleo accumbens. A heroína, a morfina e os opiáceos (quimicamente aparentados às encefalinas) em geral perturbam a produção dos neurotransmissores (encefalinas) e inibem a acção dos neurónios à noradrenalina. Face a esta abundância artificial, os neurónios produtores de encefalinas reduzem a sua actividade, mas se o consumo cessa bruscamente, eles não têm tempo de retomar a produção, surgindo então o síndrome de privação.

O comportamento adictivo e o controlo da dor relevam de duas funções: a tolerância e a dependência física e psicológica.

Havia e há uma grande expectativa que a descoberta do sistema endógeno opióide poderá conduzir a maiores progressos na compreensão do mecanismo molecular das toxicodependências. Muitos dos sintomas da privação de opiáceos são resultado de interacções entre os opióides e outros sistemas neuro-transmissores. Isto mesmo foi estudado até ao pormenor no sistema nor-adrenérgico. A tolerância associativa é o resultado do condicionamento, isto é, da aprendizagem de associações entre os efeitos da droga e os estímulos do ambiente. Antagonistas como o NMDA inibem a tolerância farmacológica mas não inibem a tolerância associativa ou, por outras palavras, a dependência psicológica.

2. Dependência física, dependência psicológica, Craving.

2.1 Evolução do conceito de dependência

Em artigo anterior, publicado nesta revista (Ribeiro, 1995), tracei de forma sucinta a evolução do conceito de dependência. Nele sustentava que as diferentes fases que marcaram a história desta realidade, resultaram do contributo de certos movimentos e correntes de pensamento, que ao longo de quase dois séculos permitiram construir um modelo conceptual suficientemente operacional para compreender comportamentos tão universais e simultaneamente heterogéneos.

Retenha-se como determinante o contributo de Benjamin

Rush (1746-1813), autor do primeiro tratado sobre dependência alcoólica *An Inquiry into the Effects of Ardent Spirits upon the Human Body and Mind* (1785), cuja influência se traduziu na consolidação dos movimentos de temperança, aquém e além Atlântico (Hillemand, B.1998) e na ênfase que pôs no poder tóxico da substância, na circunstância o álcool, fazendo dela o único factor responsável da dependência. Por mais dum século as ideias de Rush dominaram nos EUA, podendo a Lei Seca, que veio a surgir depois (1922-1934), considerar-se como o verdadeiro epílogo duma cruzada anti-alcoólica, levada às últimas consequências, em que o produto era objecto de interdição e passível de diabolização.

A posição de Rush constituiu o primeiro contributo para a construção do modelo de dependência, na medida em que chamou a atenção para o poder tóxico da substância, fazendo dela o factor responsável da dependência.

Foi este modelo uni-factorial que as teorias comportamentalistas adoptaram: o produto, graças às suas propriedades de reforço, converte-se na principal causa do consumo de drogas; a dependência seria o resultado dum condicionamento adquirido. Dito de outra forma, no consumo de drogas intervêm mecanismos de aprendizagem, cujas respostas vão ter efeito de reforço positivo (sensações de bem estar) e reforço negativo (evitamento de sentimentos negativos)

A reacção ao caos social despoletado pela Lei Seca, materializou-se na perspectiva bi-factorial, que associa malefícios duma substância à condição doentia do consumidor: *alcoholism is not in the bottle but in the man* (Jelinek, 1960), slogan que os Alcoólicos Anónimos (1935) e depois os Narcóticos Anónimos (1950) propagandearam, concebendo o consumo compulsivo de substâncias psicoactivas como consequência duma patologia chamada dependência, que se inscreve nos planos físico, mental e espiritual. Este modelo foi, para os movimentos de auto-ajuda, a única estratégia possível para combater a dependência: a abstinência figura como símbolo da vitória sobre o produto.

Coube às Ciências Sociais, que nos Estados Unidos conheceram um incremento espectacular, o mérito de situar o fenómeno na dimensão adequada do triângulo da dependência: o consumo de substâncias psico-activas faz emergir uma interacção entre três variáveis: *substance, set and setting* (Leary, 1957) ou, na formulação de Nowlis

(1975): produto, personalidade e momento socio-cultural. Foi este modelo tri-factorial que a Associação de Psiquiatria Americana viria a consagrar na edição de 1980 do DSM III, ao explicitar a natureza bio-psico-social da doença mental. Aliás, também no domínio da epidemiologia (Cassel, 1976) se reconhece que o aparecimento duma doença física pode ser consequência da interacção entre hóspede, agente e meio.

Benjamin Rush limita o seu estudo apenas à dependência alcoólica. Mas sabe-se que na mesma época (1729) a China, ao promulgar as primeiras leis que interdiziam a venda do ópio (Escohotado, 1989), reconhecia explicitamente que aquele produto era susceptível de causar dependência.

Segundo alguns autores, o conceito de dependência em relação ao consumo de substâncias psico-activas foi elaborado tardiamente. Historicamente, sabe-se que as teorias mais antigas sobre dependência se situam no campo da psicanálise e remontam aos finais do século XIX. Freud, nomeadamente, alertou para o fenómeno da dependência inerente ao consumo de álcool, morfina, tabaco e cocaína ou à prática de certos comportamentos. Ao longo da sua obra, vários são os artigos onde se anotam elementos interessantes para construir uma teoria da dependência. Em 1898, no artigo "A sexualidade na etiologia das neuroses", escreverá: "O sucesso do tratamento será apenas aparente, enquanto o médico se contentar com o desmame físico dos seus doentes, sem se preocupar com a fonte de onde emana a necessidade imperativa da droga". Este primeiro contributo, que faz uma distinção clara entre dependência física, associada a desmame e proveniência da necessidade de droga, é retomado três anos depois (1901) por Charles Towns, quando identificou o conteúdo do sintoma dependência, a que chamou tríade adictiva e que compreende três elementos: a) *increased craving*, b) *growing tolerance*, c) *withdrawal syndrome* (citado por Musto, 1973).

É, no entanto, em "*Malaise dans la civilisation*" (1930), que Freud condensa o essencial da sua visão sobre a dependência, fenómeno indissociável da intoxicação química e desenvolve a ideia de que a intoxicação química é um método eficaz para evitar o sofrimento e atingir a felicidade pulsional:

"O mais brutal mas também o mais eficaz método destinado a exercer influência no corpo é o método químico: a intoxi-

cação. Creio que ninguém consegue penetrar nesse mecanismo, mas é um facto que a presença no sangue e nos tecidos, de certas substâncias estranhas ao corpo nos proporciona sensações agradáveis e imediatas: que elas modificam as condições da nossa sensibilidade ao ponto de nos tornar estanhos a toda a sensação desagradável. Estes dois efeitos não são apenas simultâneos mas parecem intimamente ligados. Devem aliás formar-se na nossa química interna substâncias capazes de efeitos semelhantes, porque conhecemos, pelo menos, um estado mórbido, a mania, em que um comportamento semelhante à bebedeira se realiza sem intervenção de alguma droga euforizante. (...) A acção dos estupefacientes é de tal modo apreciada e conhecida como tão benéfica na luta para garantir a felicidade ou afastar a miséria que os indivíduos e até povos inteiros lhe reservaram um lugar permanente na economia da sua libido. Deve-se-lhe não somente um prazer imediato, mas também um grau de independência ardentemente desejado em relação ao mundo exterior”.

Neste texto, Freud avança novos dados que se afiguram determinantes para a compreensão do fenómeno em estudo. Em primeiro lugar é algo indissociável da intoxicação química, o que acentua a existência duma componente química; mas, simultaneamente, é algo que se inscreve no registo libidinal “sensações agradáveis e imediatas”. Acresce ainda que a referência à capacidade que todo o ser humano terá de produzir internamente substâncias aptas a causar sensações agradáveis, constitui um marco na história das intuições científicas que precederam a descoberta do sistema opioide nos mamíferos (1973) e depois nos humanos.

Igualmente esclarecedores são os desenvolvimentos que o *Episódio da Cocaína* suscitou. Defendendo-se das acusações de Erlenmeyer, que o considerava responsável pelo terceiro flagelo da humanidade, a cocainomania (as outras seriam o álcool e a morfina), Freud declarou “*Eu próprio tomei o medicamento (cocaína) durante meses e nunca vi o menor traço dum estado comparável ao morfínismo ou à habituação*” (in “*Cocainomania e Cocainofobia*”, 1887). Coube ao seu biógrafo, Ernest Jones referir a perplexidade do mestre pelo facto de a mesma cocaína, consumida por outros, conduzir a uma habituação nefasta e por fim à intoxicação, concluindo que esses indivíduos tinham em si elementos mórbidos que ele próprio não possuía (Jones, 1953).

As posições de Freud, embora úteis para tentar perceber a vertente física e psicológica da dependência, são no entanto insuficientes para identificar a matriz do comportamento toxicod dependente.

2.2 Dependência física e dependência psicológica

Globalmente, a dependência é um comportamento individual, cuja moldura sindrômica compreende factores psicológicos, sociais, culturais, económicos. Mas há também um quid de natureza psicobiológica, susceptível dalguma mensuração e dissociável do contexto social onde a dependência ocorre. É na interrelação entre os diversos contextos e as variações do indivíduo que a dependência faz algum sentido.

Embora a distinção entre dependência física e dependência psicológica remonte aos primeiros anos do pensamento freudiano, como vimos atrás, só em 1968 o DSM II admitiu formalmente diferenças entre uma e outra.

No entanto, a distinção entre dependência física e dependência psicológica presta-se a uma certa ambiguidade: enquanto que o diagnóstico da primeira obedece a critérios objectivos, a dependência psicológica furta-se à observação clínica directa porque se dilui na relação que o toxicod dependente tem com os seus objectos de dependência. Os seus indicadores detectam-se nos silêncios e nas entrelinhas do “discurso terapêutico” ou no inesperado das associações e das memórias.

Desde que a prevenção das recaídas se converteu em estratégia para tratar todas as dependências, os investigadores interessaram-se não só pelos efeitos das drogas no cérebro, mas também pelos efeitos residuais que levam os ex-dependentes a retomar compulsivamente os consumos. Segundo a mais moderna conceptualização, a dependência actua como se fora uma doença crónica, em conexão com inúmeros estímulos relacionados com as drogas. Cada consumo de droga activa especificamente determinadas estruturas do cérebro, deixando traços mnésicos que persistem no tempo, mesmo após a eliminação dos seus efeitos no corpo. Tais estímulos, correlacionados com os estímulos do ambiente (pessoas, lugares, coisas), adquirem o poder de activar os mesmos circuitos do cérebro, ainda que a droga esteja ausente (O'Brien Ch.P., 1997).

A evolução que hoje caracteriza a noção de dependência inscreve-se na preocupação de alargar os limites nosográficos

cos do conceito. O conceito de dependência granjeou o consenso de peritos de diversas instâncias científicas (DSM III R - 1987, DSM IV - 1994 e ICD 10(4)), situando-se nos parâmetros duma síndrome transnosográfica, cujos critérios de diagnóstico são comuns ao universo das substâncias psicoactivas (cf. Schuckit et alii, 1994).

As classificações do DSM IV ou do ICD10 estabelecem critérios operacionais de dependência. Assim, a dependência física compreende: tolerância, desmame e intoxicação ao passo que a dependência psicológica corresponde ao desejo imperioso de consumir. Estas classificações não constituem, no entanto, um modelo geral nem específico das toxicodependências.

As tentativas para formular um modelo explicativo e coerente para o fenómeno, têm deparado com dois tipos de obstáculos: por um lado a irreductibilidade da toxicodependência às estruturas clássicas da psicopatologia; por outro, a dificuldade de chegar a uma definição consensual. Duas classes de definições têm sido propostas. A primeira, meramente descritiva, identifica toxicodependência com auto-administração compulsiva de drogas (Jaffe, 1985). Nesta linha, a droga torna-se adictiva, se houver formação de hábito ou reforço. Uma tal definição tem o defeito da circularidade: não explica a toxicodependência, apenas oferece sinónimos.

A segunda classe de definições liga a toxicodependência ao síndrome da dependência fisiológica, elegendo assim um critério exterior pelo qual as drogas é suposto serem adictivas.

Ora, o conceito de dependência não se aplica uniformemente a todas as drogas. A dependência dos opiáceos é distinta da dependência dos barbitúricos. Os sintomas de privação decorrentes do abuso de sedativos não são comuns aos sintomas de privação associados aos estimulantes (coca, anfetaminas, nicotina).

A dependência psicológica configura-se habitualmente como um desejo irreprimível de consumir uma droga ou de sentir os seus efeitos tóxicos.

A dependência psicológica seria, assim, o reflexo psíquico de uma dependência biológica produzida pelas propriedades de uma substância. Dir-se-ia que o pulsar biológico resultante da estimulação de memórias ou efeitos residuais armazenados na memória poderá activar desejos incontrolláveis. Seria o sistema biológico a influenciar o sistema psíquico, assim como o super-sistema social

influencia o biológico, por mediação do inter-sistema psicológico (Coimbra de Matos, 1995).

A dependência psicológica mantém uma relação com aquilo que o tóxico fez conhecer aquando dos primeiros efeitos, i.e., a "lua de mel" (Olievenstein, 1987).

Como sustentei em artigo anterior (ibid.), "a dependência é feita de memórias em acção: cumpre uma função de recarga e de substituição. É um instrumento activo que esgota a pouco e pouco os seus benefícios. O que se lhe segue é um estado de sofrimento psicológico. O toxicodependente tenta sair desse sofrimento tratando-o como dor física e, como tal, anestesiando-o por meio do tóxico. Trata-se de um sofrimento difícil de verbalizar, que cresce na medida em que o toxicodependente se aparta do seu objecto de dependência".

A dependência psíquica corresponde, pois, mais a um estado mental em que a representação da droga subsiste como recordação e evocação de algo que foi vivenciado simultaneamente como prazer e desprazer. Graças à capacidade de codificação da memória (Pally, R., 1997). É verosimilmente a força real, psicoafectiva que se esconde por detrás da dependência dos narcóticos. A tolerância e a dependência física são contributos menos importantes para o problema de fundo. Toda a recaída obriga a refazer o ciclo adictivo. Conviver com a dependência psicológica é gerir um processo de equilíbrios instáveis.

2.3. Craving

Para contornar a dicotomia *dependência física versus dependência psicológica*, um certo número de autores contemporâneos (Halikas, J.A., Marlatt) prefere o termo Craving, atribuindo-lhe um significado próximo da dependência física e/ou psicológica. É considerado o determinante principal do consumo de drogas e das recaídas e define-se como urgência compulsiva que emerge nos pensamentos do consumidor e afecta os seus humores, levando a alterações do comportamento. Esta urgência compulsiva é descrita por certos autores como um desejo urgente e onipotente, um impulso irresistível para consumir. É comparável ao medo nos fóbicos ou ao pânico num indivíduo ansioso. A OMS adoptou este termo em 1955 a propósito da dependência de opiáceos como sendo o primeiro critério da dependência: "*forte desejo ou sentido de compulsão para consumir uma substância*", ou

ainda “*desejo constante de consumir substâncias psicotrópicas de abuso*”.

É considerado o factor central da dependência: não é o simples consumo dum produto que está em causa, mas a emergência duma pressão interior, que leva o indivíduo a procurar a droga. Equivale ao que a clínica designa por ânsias adictivas: diferentes do desejo normal, elas configuram uma necessidade com as seguintes características: intensidade exacerbada; reacção anormal face à frustração; rigidez e incapacidade de contornar essa necessidade.

Existem diferenças acentuadas entre o *craving* na fase de privação e o *craving* na fase de abstinência. Ainda que essa distinção não tenha sido ainda comprovada por estudos clínicos relativamente à heroína-dependência, sabe-se que na dependência alcoólica os autores distinguem dois tipos de *craving*: *craving* não simbólico (ou físico), reportável ao estado de privação e o *craving* simbólico (ou psicológico), específico da fase de abstinência.

O inconveniente desta definição é sobretudo a de não distinguir com precisão entre desejo e compulsão. O cerne do problema está na compreensão da natureza subjectiva do fenómeno *craving*.

Os defensores de abordagens comportamentalistas associam o termo *craving* a conceitos psicológicos tais como *condicionamento*, *reforço*, *aprendizagem social*. Na óptica dos cognitivistas, o *craving* seria o resultado de sintomas físicos, relacionados com a privação ou indiciando uma fase do processo cognitivo.

Na comunidade científica o termo *craving* é entendido como um fenómeno actual cuja compreensão é determinada pelo seu carácter multi-dimensional: sentimentos subjectivos, conteúdos cognitivos, sinais objectivos, tendências de comportamento. Seria como outras experiências humanas, tais como o amor, o medo, a ruindade, difíceis de definir ainda que sejam uma realidade.

Para que pudesse ser um conceito operacional, seria necessário identificar alguns parâmetros tais como a frequência, a duração e a intensidade. Mas o seu carácter subjectivo não se presta a tentativas de estabelecimento de escalas de medição. Marlatt (1987), por exemplo, sugere que no *craving* existe mais uma componente de antecipação e, portanto, uma qualidade psicológica, do que um fenómeno fisiológico. Numa investigação recente sobre a emergência *craving* num grupo de heroínod dependentes em fase de abstinência (Powell J: 1995), concluiu-se que

os estímulos directamente relacionados com a heroína eram eficazes para provocar a emergência do *craving*. Os estímulos actuam sobre os resíduos mnésicos. Nesse grupo, os estímulos para a heroína apareciam associados a um aumento de ansiedade e de tensão.

3. Perspectiva psicodinâmica e tolerância afectiva

Os primeiros trabalhos de Freud sobre dependência reflectem a preocupação de salvaguardar o funcionamento do aparelho psíquico, nomeadamente o modelo da psicologia das pulsões. Considerando que, no homem, a masturbação era a primeira dependência, as dependências do álcool, da morfina e do tabaco seriam modalidades substitutivas daquela dependência primária e por conseguinte formas regressivas de auto-erotismo infantil.

As teorias contemporâneas de inspiração psicanalítica tentam harmonizar os dados da clínica com as investigações empreendidas na área do desenvolvimento, em particular o desenvolvimento estrutural: a psicologia do Ego (Hartman, Rappaport), a psicologia do Self (Kohut), a teoria da relação de objecto (Klein, Fairbairn, Winnicott) e a teoria da função central dos afectos (Sashin, 1985). O que há de comum nestas teorias é que todas elas nos habilitam a compreender melhor o sofrimento dos toxicod dependentes.

Esta orientação do pensamento psicanalítico corresponde ao interesse que os problemas emocionais têm hoje em dia e aos avanços da investigação clínica na fase da primeira infância. Vai-se impondo cada vez mais à comunidade científica o impacto que a investigação do desenvolvimento infantil representa para a compreensão do comportamento toxicod dependente, nomeadamente quando se utiliza o conceito de “*deficits do Ego*” de Ana Freud (1974).

Vários autores contemporâneos (Wurmser, 1972; Khantzian, 1980, entre outros) sugerem que o consumo de drogas tem o efeito de compensar *deficits* no sistema defensivo dos afectos, em especial, contra os sentimentos de cólera, de vergonha e de abandono. As falhas ou *deficits* do sistema defensivo seriam causados por falhas da criança que não conseguiu interiorizar o “ambiente sustinente” suficientemente bom.

Igualmente a hipótese do consumo no quadro da auto-medicação seria uma tentativa para aliviar o sofrimento emocional. Os produtos que um toxicod dependente

escolhe, para repor o estado de homeostase, obedecem a uma estratégia específica, ditada pelos efeitos psico-farmacológicos da substância. Muitos consumos visam proteger contra ameaças do mundo externo, contra a instabilidade e a desorganização da vida emocional.

O mundo dos afectos no adulto compreende duas linhas de desenvolvimento. A primeira corresponde ao contentamento e ao desprazer ou afectos desagradáveis. A segunda linha de desenvolvimento corresponde à dessomatização dos afectos.

O desprazer ou afectos desagradáveis resultam de experiências/relações traumatizantes, ou de impulsos/desejos e fantasias mais ou menos conscientes ou de relações de objecto conflituais. São afectos negativos, que se traduzem em desprazer, angústia, dor, depressão, vergonha, cólera e que podem funcionar como factores etiológicos significativos na patologia mental e psicossomática.

Os afectos vivenciados como experiências fisiológicas (por exemplo, o medo de ser abandonado) são em geral sentidos como catastróficos e perigosos. Uma das tarefas mais difíceis da função materna é proteger a criança de ficar submergida por afectos negativos e ao mesmo tempo ajudá-la a suportar a tensão dos afectos. Se a mãe não proteger a criança dos afectos destrutivos, então poderá surgir o traumatismo psíquico. A ansiedade, a cólera, a culpabilidade, são afectos dos adultos que têm repercussões dolorosas e aterradoras nas crianças.

Muitos toxicodependentes vivem com frequência o terror de reviver sentimentos traumáticos que ocorreram na fase pré-verbal: "têm a memória inconsciente do perigo do trauma" (Kristal, H., Raskin, H.A., 1970). O consumo de drogas pode ser vivido como uma tentativa para reforçar as defesas contra as vivências do caos e do risco de fragmentação do self.

4. A clínica e a compreensão do sofrimento toxicodependente

A investigação clínica, à base do estudo de casos clínicos, inspira-se nos princípios metodológicos da técnica psicanalítica. As vivências do passado perduram e são determinantes na resolução dos conflitos que forçosamente caracterizam todo o processo de mudança dum indivíduo. Seja-me permitido ilustrar o que afirmo com episódios que respiguei de entre muitos que tecem a história de

quantos intentam sair da toxicodependência.

Escala em Amsterdam

N. iniciou-se nos consumos de drogas com forte potencial adictivo, alegadamente sob influência dum médico, também ele toxicodependente. Durante anos valeu-se de múltiplos expedientes para conseguir dinheiro para a droga: utilização abusiva de cartão de crédito dum familiar, sedução de traficantes, missões de "correio" de droga, prostituição, etc.

As tentativas de desabituação e os programas de terapêutica antagonista, foram-se sucedendo numa cadência mais ou menos desesperada... até que surgiu a oportunidade de abandonar o país e refugiar-se algures, a milhares de km, junto de familiares, que a acolheram em atitude de colaboração confiante. Manteve-se abstinente durante quase dois anos: conseguiu emprego, valorizou-se profissionalmente, melhorou a auto-estima.

Mas um dia decidiu retornar ao seu bairro, aparentemente para matar saudades da restante família. Por razões economicistas, escolheu um voo com escala em Amsterdam. Era assim como que um teste à sua longa abstinência de opiáceos. Ser-lhe-ia possível pisar solo holandês sem ter que se defrontar com os demónios internos da dependência? Ainda o avião não tinha iniciado as manobras de aterragem e já N. mergulhava em grande confusão, resvalando para atitudes ambivalentes, entre ficar-se pelo aeroporto ou sair apressadamente à procura de droga. Venceu esta última alternativa. Uma recaída ditada pela dependência psicológica. As memórias do prazer dum "chuto", associadas ao fascínio dum amplo laboratório de drogas, como é Amsterdam, podem funcionar como estímulo para desencadear uma recaída.

Crise de choro convulsiva

A.C. primogénito duma fratria de varões, todos eles toxicodependentes, conheceu, há já alguns anos, um razoável tempo de sucesso, na luta por uma vida limpa, sem drogas. O seu engenho criativo fez-lhe partilhar uma experiência laboral gratificante, compensada por uma aventura amorosa bem sucedida. Nasceu-lhes uma filha, o que justificou mudança de domicílio, rumo à província. Foram quatro anos de harmonia familiar... até que a heroína entrou em cena e causou estragos. A.C. perde o aconchego dum lar onde era estimado e refugia-se em

casa dos pais, a residirem num bairro "maldito".

Os atropelos ao *modus vivendi* negociado com os pais repetiram-se exaustivamente. Neste momento, AC dorme na marquise, o último reduto da tolerância familiar. Tem por ofício o de arrumador de automóveis. Retoma as consultas, interrompidas durante vários anos e propõe-se mudar de vida, dispondo-se a reduzir os consumos, até reunir as condições interiores favoráveis, que lhe permitam aderir ao programa de desabituação. Na consulta seguinte, A.C., apesar de poder averbar uma vitória significativa na esteira da abstinência, estava intrigado com a razão de ser duma crise de choro verdadeiramente convulsiva, eventualmente despoletada pela leitura de notícias sobre o drama de crianças a morrer de fome em África, mas que foi acirrada pelos cuidados maternos, que na circunstância se mediatizaram através duma torrada e uma caneca de leite. A.C. insistia que este choro o deixava perplexo, tanto mais que já não era uma criança. Foi-lhe então mostrado como, através do jogo de associações livres, ele se emocionava perante a angústia de vir a perder o último elo afectivo que o ligava à mãe e ser abandonado, tal como as crianças de África, correndo seriamente o risco de poder sucumbir à minguia de afecto, o que obviamente, era pressentido como uma catástrofe. O choro tinha boas razões para ser convulsivo.

Conclusão

A conceptualização desta entidade a que chamamos dependência integrou, em mais de duzentos anos, os contributos mais significativos da reflexão e da investigação sobre o comportamento humano. Mas ainda subsistem muitas interrogações.

As neuro-ciências ensinam-nos que tudo quanto nós vivenciamos e verbalizamos envolve activação cortical. Assim, importa saber que modificações ocorrem para que um tratamento psicoterapêutico consiga modular respostas emocionais profundas.

A realidade sindromática da dependência, sob o modo físico e ou psicológico, continua a ser o grande desafio que as Toxicodependências colocam às ciências bio-psico-sociais. A sua resolução terá forçosamente implicações éticas, políticas e sociais. ■

João Salvado Ribeiro

Psicanalista

Assessor Superior de Saúde (SPTT)

Av. Columbano Bordalo Pinheiro, 87, 1º

1070 Lisboa

NOTAS

(1) Comunicação apresentada no Seminário: A investigação em Ciências Sociais e Humanas sobre o Consumo de Drogas. Universidade Atlântica, Barcarena, 24-25 de Outubro de 1997.

(2) Existem no cérebro pelo menos 80 neurotransmissores, estando alguns deles envolvidos no comportamento toxicodependente (Nutt, David J., *Addiction: brain mechanisms and their treatment implications*, The Lancet, vol 347, Jan.6, 1996).

(3) O síndrome deficitário compreende ansiedade, insónias, astenia, dificuldades de concentração e de memória, diminuição do rendimento intelectual e tendências depressivas.

(4) DSM III R (1987) e DSM IV (1994) - 3ª e 4ª Edições do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* da American Psychiatric Association; ICD 10 - *International Classification of Diseases*, sistema de classificação oficial da OMS.

B I B L I O G R A F I A

- COIMBRA DE MATOS, António (1995), "Das emoções ao pensamento (o afecto no conhecer do outro)", Rev. Port. de Psicanálise, Dez. 1996.
- ESCOHOTADO, António (1989), *Historia de las Drogas*(2), Madrid, Alianza Editorial.
- FREUD, Ana (1974), *A psychoanalytic view of developmental psychopathology in The writing of Ana Freud*. New York: Int.Univ. Press, 1981; 8:57-74.
- FREUD, Sigmund (1930), *Malaise dans la Civilisation*. Paris, PUF, 1971
- FREUD, Sigmund (1898). *La sexualité dans l'étiologie des Névroses*, Paris. PUF, 1984.
- HALIKAS, James A., (1997), *Craving, in Substance Abuse*.
- HILLEMANN, B. (1998), *Les sociétés dites de tempérance au XIX siècle et au début du XX siècle en France et en Europe continentale*, in *Alcoologie*, 20(1); 25-33.
- JAFFE, J.H., (1989), Addictions: What does biology have to tell? Special issue: Psychiatry and the addictions. *Int. Rev. Psychiatry* 1989; 1 (1-2): 51-61.
- JELINEK, E.M. (1960), *The disease concept in alcoholism*. New Brunswick, New Jersey: HillHouse.
- JONES, Ernest (1953), *La Vie et l'Oeuvre de Sigmund Freud*, Paris, PUF.
- KHANTZIAN, E.J., *An Ego-self theory of substance dependence: a contemporary psychoanalytic perspective* in Lettieri D J. Sayers M., Pearson HW, *Theories on drug abuse*. Nida research monograph 330, Rockville, MD: National Institute on Drug abuse, 1980.
- KRISTAL H, RASKIN HA., *Drug dependence aspects of ego functions*. Detroit: Wayne State University Press, 1970.
- LEARY, Thimothy, (1973), *La Politique de l'Extase*, Paris, Fayard.
- MARLATT, GA (1987), *Craving Notes*, Br. J. Addiction, 82(1), 42-44.
- MUSTO, David F. (1997), 1. *Historical Perspectives in Substance Abuse. A comprehensive Textbook*, Third Edition, 1-10.
- NOWLIS, Helen (1975), *A verdade sobre as drogas*, Lisboa, GCCD.
- NUTT, David (1996) J., *Addiction: brain mechanisms and their treatment implications*, The Lancet, vol 347, Jan.6.
- O'BRIEN, Ch.P.(1997), *Progress in the Science of Adiction*, in *Am.J. Psychiatry*, 154:9, September 1997.
- OLIEVENSTEIN, Claude (1982), *La vie du toxicomane*. Paris, PUF.
- PALLY, R., (1997), *Memory: brain systems that link past, present and future*. *Int. J. Psycho-Anal*, 78, 1223-1234.
- POWELL J, *Conditioned responses to drug-related stimuli: Is context crucial?* *Addiction* 1995, 90: 1089-1095.
- RIBEIRO, J.S., (1995), "Dependência ou dependências? Incidências históricas na formalização dos conceitos", *Toxicodependências*, ano 1, nº 3, Nov.1995.
- RUSH, Benjamin, (1790), *An Inquiry into the effects of Ardent Spirits upon the Human Body and Mind*. Boston: Thomas & Andrews. In Y.Henderson, *A New Deal in Liquor; a Plea for dilution*, New York, Doubleday, Doran & Co.
- SASHIN JI., *Affect tolerance: a model of affect-reponse, using catastrophe theory*, *J. Soc. Biol. Struct* 1985; 8:175-202.
- SCHUKIT, M.A.,V.HESSELBROCK, J.TIPP, R.ANTHENELLI, K.BUCHOLZ & S.RADZIMINSKI (1994), "A comparison of DSM-III-R, DSM-IV and ICD-110 substance use disorders diagnoses in 1822 men and women subject in the COGA study". *Addiction* 89: 1629-1638.
- SIMON, Bric, (1997), *Opiates, in Substance Abuse - A Comprehensive Textbook*, third edition, Baltimore, Williams & Wilkins, 147-158.
- WURMSER L., *Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use*. *J. Am Psychoanal Assoc* 1974; 22: 820-843.