

## A perturbação da vivência do tempo na toxicodependência e na depressão

Nuno Félix da Costa

**INTRODUÇÃO:** Na aproximação fenomenológica à psicopatologia o tempo constitui uma dimensão estruturante das vivências, não o tempo objectivo como uma categoria kantiana de organização do conhecimento do real mas um tempo vivido, isto é, experimentado na consciência, portanto, modulado psicologicamente e perturbável pela psicopatologia. Minkowsky em 1923 publicou a análise fenomenológica da perturbação da vivência do tempo num caso de melancolia, ainda antes dos estudos de Husserl sobre o tempo (1928). Heidegger (1951), quando concebe a existência humana como projecto centra na consciência do tempo os princípios determinantes da acção, em particular no que o autor chama o tempo primordial que relaciona com a transcendência do tempo vulgar e quotidiano numa experiência do tempo orientada para a realização da vida projectada, no futuro.

O conceito de antecipação surge na psicopatologia dentro deste enquadramento fenomenológico em evidente continuidade com a tradição psiquiátrica europeia. Sutter associa-o à relação do homem com a liberdade de projectar e construir a sua vida (Sutter, 1990), função que se perturba na depressão (Sutter, 1987). O conceito foi usado numa aproximação a diversas nosologias psicopatológicas mas a depressão foi a área com maior eco heurístico. Este autor propôs que a perda da capacidade de antecipar constituiria a perturbação nuclear da depressão, e não a tristeza vital como para Kurt Schneider, ou o retardamento psico-motor, como para Weitbrecht.

As toxicodependências ao interferirem com os mecanismos motivacionais, centram as pessoas em ciclos monótonos de consumo de drogas que representam uma hiper-

trofia do tempo presente que deixa um espaço cada vez menor para recordar o passado ou planear o futuro. Assim dá-se um esvaziamento progressivo da vida do toxicodependente, cada vez mais alienado dos pontos de interesse anteriores. Por outro lado, a suspensão dos consumos é experimentada com um intenso sentimento de perda, gerando um vazio, eventualmente colorido por culpa e tristeza, quadro susceptível de organização depressiva.

Num trabalho anterior formulou-se a distinção entre prazer e contentamento (Felix da Costa, 1995). O prazer associado a motivações fisiológicas ou básicas, as quais procuram uma satisfação imediata, necessária ao interesse da espécie e à sobrevivência do organismo. O contentamento resulta da aproximação a objectivos planeados a prazo no quadro de uma organização mais especificamente humana dos comportamentos e em que a faculdade de antecipar é nuclear. Existe uma relação de tensão entre os dois níveis de estruturas do sistema nervoso: as funções associadas ao prazer e, do outro lado, o funcionamento psicológico orientado por objectivos representados mentalmente e antecipados simbolicamente, cuja prossecução e satisfação origina contentamento. Confrontam-se dois níveis de decisão centrados em tempos diferentes, o presente e o futuro, donde resulta uma tensão susceptível de uma solução harmónica ou conflitiva.

O prazer da droga subverte esta negociação entre vantagens imediatas e os objectivos a prazo. As toxicodependências introduzem-se na regulação das motivações básicas e curto-circuitam-nas, autonomizando o prazer da sua função ligada à sobrevivência para uma finalidade que se esgota no prazer que a droga proporciona. A perturbação

motivacional da toxicodependência consiste nesta centração no presente que implica perda da antecipação e da procura do contentamento. Tratando-se de efeitos comuns às perturbações afectivas parece importante a análise fenomenológica da proximidade e da distância entre ambas já que, por outro lado, existem alterações afectivas adaptativas em determinadas fases de elaboração das perdas no processo de afastamento dos consumos. O diagnóstico de depressão conduziria a implicações terapêuticas designadamente psicofarmacológicas que podem revelar-se inúteis nas toxicodependências.

### Fenomenologia da Perturbação da Antecipação na Depressão e nas Toxicodependências

A perda da antecipação foi conceptualizada fenomenologicamente como a perturbação da vivência do tempo futuro primariamente perturbada na depressão (Sutter, 1990). Aqui defende-se não ser uma perturbação primária mas sim secundária ao humor depressivo. O humor deprimido é, primariamente, uma perturbação motivacional que inclui a perda de valor atribuída a si e à vida em geral. Perdeu-se a capacidade de experimentar prazer mas também o sentimento de contentamento. A perda da antecipação decorre da falta de motivo para antecipar, donde decorre a monotonia com que o quotidiano é vivenciado. A desvalorização estende-se ao passado e alastra ao futuro. Perdeu sentido para o doente antecipar um tempo do qual não espera nada melhor do que o sofrimento do presente. O início do processo não é a perda da faculdade de antecipar mas a desvalorização dos conteúdos do pensamento e, o escasso significado atribuída ao futuro que centra o doente num presente que flui, lento e repleto de tédio. A inexistência de expectativas, tal como o sentimento de impotência perante a solicitação de inflectir o rumo da vida, resultaram do humor triste e, assim, a perda da antecipação na depressão, embora um fenómeno característico, não é um sintoma primário enquanto o é na toxicodependência.

A busca do prazer da droga tem a natureza duma avassaladora paixão. O estilo de vida tornou-se cada vez mais centrado sobre a droga e outras fontes de satisfação foram excluídas. A farmacocinética das drogas faz variar os estados motivacionais do toxicodependente através da rápida alternância da elacção do humor após a administração da

droga com estados de privação quando esta é eliminada gerando um efeito em que a personalidade se polariza em cada um destes dois extremos não apenas com comportamentos decorrentes da privação ou da saciação mas em que atitudes e valores se ajustam a esses estados motivacionais dando lugar a um funcionamento da personalidade quase duplo. São ciclos de desejo moldados farmacocineticamente. Os períodos de prazer mais ou menos intenso (ou mera redução da tensão da privação) alternam com períodos de esvaziamento num número variável de ciclos por dia. Ciclos quase idênticos: uma inventividade aguçada para angariar meios, a deslocação ao traficante, a compra e a administração da droga, a fruição dos efeitos que logo se atenuam até à privação e ao recomeço do ciclo. Este presente hipertrofiado pela droga constitui uma significativa alteração da vivência do tempo em que os conteúdos do passado, normas de conduta, relações pessoais, actividades importantes perdem saliência como objectos motivacionais face à compulsão para a droga e em que o futuro não é antecipado para além da próxima administração. Aqui a perda de valor dos objectivos é, apenas, relativa face à motivação, muito mais forte, para consumir droga. Não perdem o seu valor absoluto como na depressão. Os planos e as normas de acção ficam como que adormecidos, congelados mas não esquecidos, adiados para um tempo vago qualquer em que a vida sem drogas os torne viáveis. A perda da capacidade de antecipar resulta directamente da interferência da droga com os mecanismos motivacionais sem mediação de qualquer perturbação do humor de fundo.

Existem, secundariamente à toxicodependência, perdas a todos os níveis cuja vivência é perturbada pela utilização concomitante da droga. A desertificação social, afectiva, profissional e, quase sempre, material é anestesiada pelo efeito da droga de modo que a amplitude das perdas nunca foi bem avaliada até ao momento da suspensão dos consumos. Para a decisão de largar as drogas contribuiu, por regra bastante, os custos actuais de manutenção da toxicodependência e, em particular, do seu financiamento. É ainda a partir das dificuldades do seu presente que o doente tenta a opção de suspender os consumos. Não antecipa de uma forma realista um futuro sem a droga. Na verdade teme-o. Teme não ser capaz de funcionar sem drogas, atribui à droga um excessivo potencial de dependência para justificar a manutenção dos consumos e gene-

realiza os fracassos dos outros para desculpar o próprio fracasso. Fantasia que, uma vez libertado da dependência, muito do que a droga tirou ser-lhe-á imediatamente restituído. A toxicodependência habituou-o às recompensas imediatas e deixa-o pouco capaz de protelar as recompensas pelos seus esforços e tolerar a demora de todo o processo de reinserção socio-familiar, de todas as desconfianças por parte dos familiares justificadas por anos de mentiras e transgressões. Assim à perda da droga soma-se a frustração das expectativas muito exageradas dos ganhos que abstenção lhe proporcionaria com que o doente inicia o processo de cura. Do mesmo modo o empenhamento na dependência turvava a avaliação ética dos seus comportamentos impedindo o vivênciar da culpa. A auto-desvalorização pela culpa associada às perdas afectivas são acentuadas pela incapacidade de antecipar os ganhos futuros com a abstenção. Estes factores de índole psicológica determinam, quase sempre, um período de tristeza após a suspensão dos consumos que pode evoluir para uma depressão num apreciável número de toxicómanos (Dorus & Senay, 1980; Rounsaville et al, 1982), que nalgumas séries atinge os 50% (Khantzian & Treece, 1985). Por outro lado é importante considerar os efeitos farmacológicos das drogas sobre o S.N.C. capazes de determinar, por mecanismos biológicos, estados depressivos que tem uma boa resposta aos antidepressivos. Em Portugal tornou-se frequente nos últimos anos o abuso de cocaína entre os heroinómanos, quer com um carácter lúdico e ocasional, quer num quadro de dependência conjunta (Felix da Costa, 1993). Nalguns casos o recurso à cocaína é facilitado por um estado depressivo provocado pela heroinodependência e visa o alívio dos sintomas embora, na verdade, agrave substancialmente não só a depressão como também, a desadaptação social (Kosten et al., 1988).

### **A Perturbação Motivacional nas Toxicodependências e na Depressão**

As teorias psicodinâmicas e algumas teorias psicológicas, sensíveis à relação da personalidade com a droga, exageram (Gendreau & Gendreau, 1973) quando atribuem a um défice da personalidade a necessidade compensatória da droga. Dada a universalidade e a inespecificidade do quadro clínico não é razoável explicá-lo a partir de condicionantes psicológicos tão estritos e apenas num pequeno

número de sujeitos existem acentuações caracteriais ou personalidades psicopáticas precedendo o início da dependência. Mais que a personalidade a existência de certos traços funciona como um factor de terreno que condiciona maior vulnerabilidade à aquisição e à manutenção da dependência. Depois dá-se uma adaptação funcional que conduz a pessoa a retirar vantagens dos efeitos da droga sobre a personalidade ao mesmo tempo que têm lugar uma escalada de comportamentos instrumentais cada vez mais marginais destinados a subvencionar os custos da droga. Organiza-se um padrão motivacional marcado pela ausência de objectivos a prazo ou pela grande prevalência de objectivos imediatos, e é este funcionamento da personalidade perturbado, muitas vezes associado ao esvaziamento da vida social, afectiva, profissional e, quase sempre, material, que pode dar lugar à produção de sintomas psicopatológicos.

Alguns autores defenderam a ocorrência de toxicodependências dentro de um quadro psicopatológico, de depressão, frustração, ansiedade, tensão ou psicóticos representando o abuso de droga um comportamento redutor da tensão associada ao sintoma (Khantzian, 1985). A comorbidade psicopatológica, por exemplo, na esquizofrenia, pode levar a um uso instrumental da droga para controlo dos sintomas (Schneier & Siris, 1987) mas é uma ocorrência pouco frequente. A explicação das toxicodependências a partir dum locus vulnerável na personalidade, caracterizada como anti-social, narcísica ou psicopática, é inadequada por confundir uma perturbação que é funcional da personalidade, a que decorre da dependência, com traços distintivos que a explicariam. e, portanto, a hipótese da prótese química é desadequada como explicação da generalidade das toxicodependências. Em ambos os casos faz-se uma clara inversão do nexos causal.

O conceito de motivação permite integrar os diversos níveis de análise (psicofisiológicos, farmacológicos, psicológicos até ao nível antropológico e social) e permite formular os processos de decisão durante a progressão na toxicodependência, desde o início até à opção pela manutenção ou suspensão dos consumos (Solomon, 1977) o que confere utilidade clínica às teorias motivacionais das toxicodependências. As toxicodependências são concebidas como perturbações adquiridas em contextos culturais particulares que condicionam o acesso à droga e um enquadramento social para a sua utilização; a personalidade e a farmacologia da droga

interagem ao nível dos mecanismos motivacionais. Em condições propícias a aquisição da motivação de abuso da droga é muito rápida, dependente do potente efeito de reforço positivo sobre o S.N.C.. A motivação para o consumo da droga cresce e toma um lugar de cada vez maior relevo na hierarquia de motivações do indivíduo, até subordinar e, depois, excluir as outras. O quadro clínico da toxicodependência consiste nos comportamentos instrumentais que visam a repetição do consumo de drogas.

Os mecanismos motivacionais de aquisição da dependência são comuns, inespecíficos e, em si mesmos, não patológicos (Solomon, 1977). A diversidade dos mecanismos psicofarmacológicos de drogas como o tabaco, o álcool, a heroína ou as anfetaminas psicofarmacologicamente muito diferentes justifica a diversidade quer de intensidade dos efeitos hedónicos, quer da perigosidade das drogas. Por outro lado não é mero consumo de drogas psicoactivas que marca a toxicodependência mas sim a frequência desse consumo e a existência de perturbações no funcionamento da personalidade ou a qualquer nível social.

As teorias da toxicodependência de inspiração médico-sanitarista põe a ênfase na exposição à droga e nas motivações de curiosidade e afiliação no início dos consumos, e no processo de dependência, tolerância e alívio da privação como factores de manutenção dos consumos (Wikler, 1965; Lettieri & et al, 1980). A ponderação da importância relativa destes factores apetitivos, aversivos e compensatórios de uma forma geral suporta as explicações da toxicodependência na base do apetite pela droga de abuso mais que os outros factores, seja para o álcool, para o tabaco ou para os opiáceos (Niaura et al., 1988).

A nossa perspectiva distingue-se pelo relevo que dá, no processo de aquisição da dependência, aos efeitos hedónicos da droga sobre as sinapses do prazer do S.N.C. deixando um lugar secundário aos aspectos aversivos da privação e, em segundo lugar, a importância que defende para o neo-cortex como organizador do comportamento especificamente humano. A droga funciona como um objecto ambivalente, alvo de uma força com um gradiente positivo, apetitiva, que busca reiterar os efeitos hedónicos, a que se opõe um gradiente negativo relacionado com os custos de toda a ordem implicados na manutenção dos consumos. Enquanto numa perspectiva médica clássica se acentua o descontrolo sobre os consumos e a necessidade de recorrer a meios exteriores para conseguir a abstinência, aqui dá-se

relevância à capacidade do dependente decidir acabar com os consumos, eventualmente sem recurso a meios externos. É atribuída ao indivíduo a faculdade de dinamicamente modificar a hierarquia motivacional que pendia para a alienação ao consumo de drogas e, por um processo intrapsíquico ou pressionado pela evolução das circunstâncias exteriores, orientar-se para outros fins. Subentendem-se pré-requisitos para a toxicodependência, designadamente as condições sociais e culturais que determinam a acessibilidade das drogas bem como as condições psicológicas que criam as expectativas do consumo de drogas.

Este ponto de vista guarda alguma familiaridade com a teoria da personalidade em situação de Barahona Fernandes (Barahona Fernandes, 1973; Paes de Sousa, 1987) e com o seu ponto de vista integrador sobre as toxicodependências (Barahona Fernandes, 1986) e com as formulações do processo de decisão em termos de valor e custo (Simões da Fonseca, 1980).

Os modelos animais das toxicodependências mostram perturbações motivacionais conduzindo à centração exclusiva na motivação do prazer deixando de fora outras motivações essenciais à sobrevivência do animal. Em condições de livre acesso de cocaína, anfetaminas, codeína e muitas outras drogas, os animais de experiência aumentam as doses rapidamente e a morte sobrevem ao fim de poucas semanas (Deneau et al, 1969). A situação pode ser considerada um modelo experimental das toxicodependências humanas e põe em relevo como a pressão do consumo de droga se pode sobrepôr até à preservação da vida. Tal como os animais experimentais as pessoas deixam de antecipar as consequências a prazo que a preferência pela droga implica e deslizam, num processo de perdas mais ou menos rápidas, para uma situação que põe em risco os seus interesses mais óbvios. A elevada mortalidade associada às toxicodependências, por mortes acidentais, sobredosagens, ou crime, (Bewley, 1968) tem a mesma leitura. Na zona de Lisboa, em 1991, as mortes por sobredosagem de drogas em toxicodependentes atingia as 129 (Santos, 1992). É importante, contudo, a distinção entre estas mortes e o suicídio da depressão que decorre do humor depressivo que condiciona a desvalorização, o pessimismo e, conseqüentemente, o comportamento suicidário. A morte por sobredosagem para o toxicodependente activo significa, frequentemente, a procura do paroxismo e do máximo efeito, ainda em continuidade

com os riscos e a permanente ultrapassagem dos limites, sem que haja um explícito desejo de morte. As paradisíacas promessas da droga envolveram-no numa escalada de riscos onde a morte acidental é uma eventualidade aceite. As vicissitudes negativas podem acabar por deprimir o toxicodependente, apesar da droga, e a sobredosagem pode corresponder então a uma intencionalidade suicida, uma derrota vítima do objecto da paixão.

### **Psicofisiologia da Perturbação da Antecipação na Depressão e nas Toxicodependências**

As motivações fisiológicas (homeostáticas ou a sexual) são prosseguidas em função da sensação de prazer que proporcionam. Num trabalho anterior (Felix da Costa, 1995) revimos a bibliografia sobre os mecanismos psicofisiológicos dos "centros" cerebrais do prazer implicados em energizar os processos motivacionais básicos. A organização dos comportamentos humanos pode ser explicada a partir da tensão entre dois polos de decisão, límbicos e neo-corticais, que procedem segundo princípios de acção radicalmente distintos. Maclean, a propósito do sistema límbico, descrevia uma "esquizofisiologia" das regulações afectivas, instintivas e emocionais e dos comportamentos básicos que dele dependem, em oposição às regulações predominantemente inibitórias neocorticais. A ausência de generalização dos focos epilépticos límbicos ao neocortex é a favor dum certo isolamento estrutural, que seria a contrapartida anatómica dessa esquizofisiologia. Olds refere também evidência da oposição funcional entre estas duas estruturas ao constatar que a destruição bilateral do neocortex tem como consequência um marcado aumento do comportamento de auto-estimulação explicável pela remoção das influências inibitórias neocorticais sobre o hipotálamo.

As experiências iniciais de James Olds em 1953 no campo da neurofisiologia dos mecanismos de reforço mostraram, através da implantação de microelctrodos em diversas localizações do cérebro, a existência de zonas cuja auto-estimulação funcionava como um potente reforço positivo num contexto experimental de condicionamento operacional. Estas vias mantêm estreitas conexões topográficas e funcionais com os centros cerebrais que regulam as motivações básicas da fome, da sede, da temperatura e do sexo. O ímpeto motivacional associado à actividade dos centros do prazer pode ser avaliado pela elevadíssima frequência de

auto-estimulação de animais com elctrodos no hipotálamo lateral. As frequências de auto-estimulação ultrapassavam as 5000 vezes por hora o que atesta o valor de reforço da descarga eléctrica que podia ser usado na aprendizagem por condicionamento de outros comportamentos. Numa experiência durante 20 dias quase sem parar os ratos pressionaram a alavanca da autoestimulação em média 29,2 vezes por minuto (Valenstein & Beer, 1964). Numa experiência semelhante, macacos trabalhavam sem parar para obterem auto-estimulação, durante 16 horas por dia até ficarem completamente exaustos. Se os animais famintos tinham a possibilidade de escolher entre alimentar-se ou auto-estimular-se preferiam, em muitos casos, esta última, perseverando na sua escolha por vezes até à morte se não fossem retirados da situação (Routtenberg, 1965) o que dá bem ideia da força desta motivação para obter prazer "puro" cujos efeitos são análogos dos comportamentos associados à dependência da auto-administração de drogas. Por outro lado é possível reorientar os comportamentos apetitivos para novos objectos-estímulo por condicionamento através da simples apresentação concomitante com a estimulação dos núcleos do prazer. Nesta situação o animal preferia o novo objecto estímulo em vez do que estava antes associado à satisfação da motivação primária. Da mesma forma nos toxicodependentes os estímulos associados à droga, a seringa, a injeção, os locais, as pessoas, tornam-se gratificantes e integram um estilo de vida organizado em torno da dependência.

Curiosamente a força desta motivação para obter prazer é aumentada no animal em privação. Por exemplo, o animal faminto auto-estimula-se mais do que os animais saciados o que mostra muito claramente a dissociação entre o interesse do animal na sua sobrevivência em oposição á necessidade, exacerbada pela privação, de obter prazer. Paradoxalmente quando aumenta o tempo de privação alimentar, por exemplo, aumenta a preferência do animal pela autoestimulação e o desinteresse pela opção de se alimentar (Routtenberg & Lindy, 1965). Os resultados no homem são semelhantes (Bishop et al, 1963).

Algumas características da aprendizagem nas condições de reforço por auto-estimulação são comuns às toxicodependências. O aumento da motivação para o consumo de drogas quando cresce a privação de outras necessidades, mesmo as mais básicas, é um facto explicável a partir da homologia entre toxicodependência e auto-estimulação. Por outro lado, o carácter repetitivo dos consumos, para

além de decorrer da potência do efeito da droga sobre os centros de prazer, poderá ser aproximado da necessidade de reforços frequentes para que a resposta condicionada associada ao consumo se mantenha. Nos indivíduos para quem a droga tem uma natureza lúdica e afiliativa este complexo motivacional conduziria a um padrão de consumo controlado quanto às doses e circunstâncias de administração. Quando a motivação se torna hedónica toma o carácter dos comportamentos de auto-estimulação e deixa de ser controlada a sua administração.

É possível que os efeitos hedónicos das drogas tenham outros mecanismos adicionais o que justifica o efeito específico de cada uma, mas é aceitável que todas interajam com estas sinapses do prazer em determinados níveis dos circuitos neuronais. Por outro lado este mecanismo de reforço positivo é suficientemente potente para produzir dependência psicológica e as sucessivas recaídas nos consumos independentemente do sofrimento da privação como factor de manutenção na droga. Tal como o reforço positivo é um facto biológico a sua memória também o é e é ela a origem da dependência psicológica e dos comportamentos da privação (Gallistel et al, 1981).

O tegmentum ventral, dopaminérgico, onde o reforço positivo por auto-estimulação é mais intenso, não se associa a dependência física. Animais tratados com infusões contínuas de morfina durante 72 horas (Bozarth & Wise, 1984) não mostram sinais de dependência física quando a morfina é interrompida o que acontece, em condições semelhantes, se a localização for na substância cinzenta periventricular, zona desprovida de efeito de reforço positivo. Isto significa mecanismos diferentes para o efeito positivo resultante da actividade do feixe cerebral médio e para o processo de dependência e alívio dos sintomas de privação. Num animal em privação de opiáceos a injeção de morfina na substância cinzenta periventricular atenua a intensidade do quadro. A actividade desta região, estimulada por opiáceos, tem sido implicada, também, no alívio da dor e do sofrimento por luto ou isolamento social diminuindo os gritos do animal de experiência em isolamento (Panksepp et al., 1978).

Se existe, ainda que parcialmente, um mecanismo biológico relacionado com as vias dopaminérgicas comum a todas as drogas que produzem o efeito de reforço positivo, então poder-se-á pensar que o efeito hedónico será parcialmente sobreponível e as drogas intersubstituíveis, o que pode expli-

car as politoxicofilias e a facilidade de mudança de droga nas abstinências de heroína mantidas com naltrexona.

A antecipação tem sido aproximada da actividade dopaminérgica préfrontal (Tassin, 1994). Desde há muito se reconhece a importância da integridade desta região para as respostas proteladas (French, & Harlow, 1962). A capacidade para manter activa a representação da informação é uma função pré-frontal. Macacos com lesões na área préfrontal assistem à colocação de comida num de dois recipientes iguais que são em seguida cobertos por uns minutos. Quando a cobertura é removida os animais com o cérebro lesado são incapazes de acertar no recipiente em que viram colocar comida. Foi mostrado que a actividade dos neurónios dopaminérgicos ascendentes da substância nigra é desencadeada não pelo início do movimento mas sim por um estímulo significativo que vá obrigar o organismo à acção (Schultz, 1986), o que constitui, a nível neurofisiológico, um modelo de antecipação que visa integrar informação sensorial aferente com a memória de esquemas de acção relevantes na situação presente. Estas vias dopaminérgicas ascendentes activariam níveis cerebrais tanto mais elevados quanto a complexidade da tarefa, desde um nível nigro-estriado até ao cérebro mesocortical e, finalmente, ao cortex pré-frontal se a informação aferente não gerou antes nenhuma resposta. A actividade dopaminérgica desta região está aumentada em situações de stress (Lavielle et al., 1979) o que pode ser interpretado como relacionado com a antecipação de situações que possam fazer ultrapassar a situação stressante. A questão da perda da antecipação como perturbação primária na depressão tem relevo clínico pois seria a única justificação para a utilização de substâncias dopaminérgicas como antidepressivos, substâncias cujo mecanismo de acção pode ser aparentado com o das anfetaminas. Mais provavelmente a perda da antecipação é secundária à perturbação do humor e assim estarão contraindicadas substâncias que seriam predominantemente activadoras.

O comportamento do toxicómano guarda algumas semelhanças com os síndromes frontais: o mesmo défice no planeamento da acção, na organização temporal da informação com vista a antecipar acontecimentos e as suas consequências, uma centração no concreto da rotina da droga sem espaço para o pensamento abstracto e generalizar a partir da experiência actual, menos interesse pelo seu passado e no seu futuro e um embotamento

afectivo típico (Goldstein, 1939). Considerou-se existir uma desorganização geral do comportamento em relação com um défice do controlo da impulsividade e uma tendência à reiteração que leva à perseveração dos comportamentos (Luria, 1969). Como se a toxicodependência produzisse uma leuotomia química e a emergência de um diferente funcionamento da personalidade.

### A Antecipação e as Estratégias de Reabilitação

A planificação psicoterapêutica decorre de um modelo de factores julgados relevantes na manutenção do quadro de dependência. Se são valorizados aspectos circunstanciais actuando, por regra, numa fase crítica da socialização da personalidade, não é razoável incidir o esforço terapêutico sobre dinamismos progressos a não ser nos casos excepcionais em que esses factores são relevantes. Independentemente da importância relativa das perdas induzidas pela dependência ou de efeitos biológicos das drogas na génese da depressão num toxicodependente, a vivência do tempo continua moldada pela relação (interrompida) com a droga e centrada no presente. A dificuldade do toxicodependente fazer e empenhar-se em projectos de futuro e antecipar a respectiva satisfação agrava o seu estado e, em larga medida, o prognóstico depende da abertura para outros pontos de interesse indisponíveis na sua reabilitação.

Na nossa perspectiva os objectivos devem centrar-se sobre a reconstrução do presente, donde o ênfase na abstenção, e estender-se ulteriormente ao empenhamento em projectos futuros na medida em que ocorra a recuperação da faculdade de antecipar. É útil uma abordagem cognitiva das perturbações da vivência do tempo que amplificam as vivências de perda pelo carácter de urgência com que exigem a realização dos desejos que o doente estabelece após a suspensão dos consumos. Conceitos como liberdade e responsabilidade tornam-se nucleares na clínica e na reabilitação dos doentes toxicodependentes, no sentido em que direccionam e alimentam comportamentos orientados para a realização pessoal que gratificam e conferem estabilidade à suspensão dos consumos de drogas. É a partir da valorização do sentimento de liberdade que o doente toxicodependente projecta no duplo sentido de antecipar as consequências das suas escolhas imediatas, consumo ou abstinência de drogas, mas também no sentido de opção por um percurso na sua vida dirigido a objectivos

que satisfaçam a sua natureza.

O toxicómano só procura tratar-se quando reconhece a gravidade da sua situação e vislumbra algumas das impossibilidades que a droga lhe criou (Rounsaville & Kleber, 1985) e, nesse sentido, é partir da problemática presente que ele formula a sua decisão de suspender os consumos e que tem que ser formulada uma estratégia psicoterapêutica. Se a problemática anterior à dependência não foi determinante faz sentido, a nível psicológico, uma aproximação psicoterapêutica que ajude a descentrar do prazer a vida do toxicodependente o que passará pela redescoberta da capacidade de se determinar em função da expectativa de um futuro que carece de ser preenchido duma forma enriquecedora. Antecipar significa distanciar-se da rotina dos consumos e reflectir no que é significativo e enriquecedor. Trata-se de restabelecer harmonia, em continuidade ou em descontinuidade com o passado, de recuperar a sua capacidade de imaginar resultados para os seus esforços num plano que ultrapasse o imediato. A capacidade para modificar comportamentos e introduzir modificações no quotidiano que diminuam os contactos com estímulos associados às drogas são um importante factor evolutivo positivo (Shiffman, 1984; Perri, 1985). A depressão diminui a capacidade de mudança e, neste sentido, dificulta o processo de reabilitação do toxicodependente. Contudo, o vazio e a tristeza inerentes à suspensão dos consumos tem uma vertente positiva no sentido em que pode dinamizar o movimento de mudança. Este poderá ocorrer mais dificilmente quando o suporte exterior é excessivo.

Tem sido referido que a coexistência de depressão (ou outra psicopatologia) tende a favorecer a adesão à terapêutica e o prognóstico, provavelmente por ser possível um alívio sintomático eficaz e condições psicológicas para um funcionamento adaptado (Woody et al, 1983; Friedman & Glickman, 1987) enquanto que, na ausência de outros sintomas além da dependência, a abstinência seria mais difícil de suportar provavelmente por ser menos gratificante.

Na reabilitação da toxicodependência é importante uma estratégia de prevenção das recaídas. Não se pode confiar que a atitude relativamente às drogas seja racional e assente no conhecimento dos riscos de reiniciar os consumos. Uma decisão tomada hoje baseada num certo número de factos pode ser revogada quando, noutras circunstâncias, os mesmos factos são valorizados de outra forma. Durante algum tempo permanecerá esta ambivalência e ambas as opções conseguem coexistir dentro do indivíduo como um conjunto

integrado de atitudes, valores e disposições para a acção, nos vários planos da sua vida. Assim a abstinência deve ser vista como um frágil equilíbrio sempre susceptível de ser derrotado em circunstâncias determinadas. A decisão patenteada na sessão terapêutica pode não se manter se o toxicodependente nessa noite encontra os antigos companheiros de droga.

A maior parte das recidivas devem-se a estados emocionais negativos de ansiedade ou tristeza reactivos, ou a conflitos que o toxicodependente tem dificuldade em resolver e que as drogas ensinaram a não tolerar. As drogas constituíram-se em mecanismo preferencial de coping com estas situações e o doente sente-se desarmado para lidar com elas doutra forma (Marlatt, 1985). O treino comportamental de aptidões, antecipando as circunstâncias diversas e os meios de maior risco, pode ser mais eficaz na prevenção das recaídas (O'Connor & Saunders, 1992). O controlo dos sintomas psicopatológicos é importante na prevenção das recaídas.

O reforço positivo da auto-administração de drogas é o principal responsável pela manutenção dos consumos na heroíno dependência e não o receio da privação ao contrário do que os doentes sempre dizem. Serão de esperar muito frequentemente impulsos para o consumo ocorrendo por evocação do efeito positivo da droga associado a memórias desencadeadas pela ocorrência de estímulos ambientais. Assim a motivação para suspender os consumos é a única força que se pode opôr ao desejo da droga e inúmeros estudos referem-na como factor de bom prognóstico (Brown et al, 1989) e a decisão de se inscrever num programa de tratamento é, por si só, um factor de redução dos consumos. O prognóstico pode ser optimizado com medidas práticas destinadas a superar ocasiões previamente identificadas como de risco de recidiva (Oei & Hallam, 1991) ou com a exposição in vivo à situação de risco (Kasvikis et al., 1991).

Um aspecto clínico importante é o efeito de outras drogas estimulantes dopaminérgicas, como o alcool, sobre os impulsos para recaír ao activarem os centros implicados no efeito de reforço da heroína e actualizar um comportamento já extinto, de auto-estimulação (Stewart, 1984). Bastou uma administração intra-craniana de opiáceos para reactivar o padrão de autoadministração de heroína mesmo na ausência de dependência psicológica actual (Edwards, 1981). Outras drogas eram capazes de precipitar o mesmo comportamento tanto mais facilmente quanto a proximidade do efeito com a

droga inicial (de Witt & Stewart, 1987). Assim a abstinência de todas as drogas é um objectivo importante do ponto de vista psicofarmacológico numa estratégia terapêutica da toxicodependência que vise a abstinência.

Os aspectos aversivos associados aos consumos podem ter algum peso na decisão de abstenção mas por regra não fundamentam atitudes estáveis. Enquanto a recordação dos efeitos hedónicos persiste anos, as recordações negativas ou as pressões de circunstância tendem a evanescer muito mais depressa ao fim de semanas ou poucos meses. Existe um consenso sobre a ineficácia dos programas de prevenção da toxicodependência assentes na divulgação de informação sobre os malefícios das drogas. A atitude aversiva que, eventualmente, desencadeiam tende a não ser duradoura e, por vezes produzem, entretanto, efeitos paradoxais de fomentar o consumo. As disposições mais sólidas para suspender os consumos são as fundamentadas em objectivos positivos interiorizados fora da pressão de circunstâncias. A existência de planos e comportamentos alternativos distingue, em muitos estudos, as pessoas que conseguem manter a abstinência dos que recaem (Perri, 1985) mas alimentar esses planos envolve a capacidade de antecipar. Uma parte do trabalho psicoterapêutico com estes doentes passa por fomentar o empenhamento em projectos pessoais e é o sucesso em objectivos como uma relação afectiva estável, um emprego satisfatório etc. que consolidam os resultados clínicos (Westermeyer, 1989).

O conhecimento da seroconversão para o HIV tem, frequentemente, um efeito positivo sobre a evolução da toxicodependência (Felix da Costa, 1989) como se o teor catastrófico e a ameaça que constitui reabilitassem a capacidade de antecipar e fossem sentidas como se a sobrevivência constituísse um objectivo suficientemente meritório numa vida em ruínas. As toxicodependências têm, frequentemente, um caracter de moratória que prolonga indefinidamente a adolescência. A seroconversão interrompe-a e se a reacção inicial tende a ser o aumento dos consumos, frequentemente evolui no sentido da abstinência como se brutalmente a capacidade de antecipar tivesse sido recuperada.

*Nuno Felix da Costa*  
Professor de Psicologia da FMI



## RESUMO/RESUME/ABSTRACT

**RESUMO:** Um modelo motivacional para as toxicodependências é susceptível de integrar factores desde um nível psicofarmacológico e neuroquímico até ao nível sócio-cultural. As toxicodependências centram as pessoas em ciclos de consumo cada vez mais absorventes o que relega as outras motivações para uma distante periferia e determina complicações sociais e profissionais. Proporcionalmente ao valor de incentivo das drogas foi imposta uma ordem de funcionamento psicológico centrado sobre o prazer imediato. Enquanto a perturbação da vivência do tempo na depressão é mediada pelo humor depressivo nas toxicodependências resulta directamente do efeito da droga sobre as estruturas límbicas e aparece como uma perturbação primária. A perda da antecipação nas toxicodependências gera um esvaziamento existencial em muitos aspectos semelhante a um quadro depressivo e, contudo, fenomenologicamente bastante distinto. O tempo é uma dimensão crítica na compreensão do toxicodependente quer pela repercussão sobre a personalidade dos ciclos farmacocinéticos quer pelo modo perturbado como o tempo é experimentado. As implicações clínicas, farmacológicas e psicoterapêuticas são discutidas.

**ABSTRACT:** It has been sustained for drug addiction a motivational model capable of integrating factors from a psychopharmacological and neurochemical level to a social-cultural level. Drug addictions centre people on cycles of use that become more and more absorbent, relegate other motivations to a distant periphery and determine social and professional complications. In proportion to the incentive value of drugs, it was imposed a performance order centred on immediate pleasure. While the disturb of time experience in depression is mediated by depressive humour, in drug addictions it is a direct result of the effect of drugs on the limbic structures and appears as a primary disturb. The loss of anticipation in drug addictions creates an existencial void in many ways close to the state of depression and yet, phenomenologically, distinct. Time is a critical dimension in the understanding of a drug addict not only because of the repercussion of the pharmacocynetic cycles on personality but also because of the disturbed way in which time is experieced.

The clinical, pharmacological and psychotherapeutic implications are discussed in this article.

**RESUME:** Au cours du temps a été défendu un modèle motivationel pour les toxicomanies susceptible d'integrer facteurs que vont du niveau psychopharmacologique et neurochimique au niveau socio-culturel. Les toxicomanies centrent les personnes en cycles d'usage de plus en plus absorbants, ce que relègue les autres motivations pour une périphérie lointaine et détermine des complications au niveau social et professionnel. Proportionnellement au valeur de stimulation des drogues a été imposée une ordre de fonctionnement psychologique centré sur le plaisir immédiat. Lorsque dans la dépression la perturbation de l'experience du temps est médiatisée par l'humeur dépressif, dans les toxicomanies cette perturbation résulte directement de l'effet de la drogue sur les structures limbiques et elle se manifeste comme une perturbation primaire. La perte de l'anticipation dans les toxicomanies produit un manque existentiel pareil en beaucoup d'aspects au cadre dépressif et, cependant, phénoménologiquement très distinct. Le temps est une dimension critique pour la compréhension du toxicomane soit par la répercussion des cycles pharmacocinétiques sur la personnalité, soit par la façon perturbée dont le temps est expérimenté. Les implications cliniques, pharmacologiques et psychotérapeutiques sont discutées.

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

- BARAHONA FERNANDES, H. (1973). *Um modelo estrutural da personalidade em situação e as estruturas psicopatológicas básicas. Aplicação à Psicologia Médica*. Acta Luso-espanholas Neur. Psiq. Cienc. Afines, 2, 289-301.
- BARAHONA FERNANDES, H. (1986). *O homem perturbado pela droga*. Academia de Ciências de Lisboa. Lisboa.
- BEWLEY, T.H., BEN-ARIE, O. & JAMES, P. (1968). *Morbidity and mortality from heroin dependence.1: Survey of heroin known to Home Office*. Brit. Med. J., 1, 725-732.
- BISHOP, M.P., ELDER, S.T. & HEATH, R.G.(1963). *Intracranial self-stimulation in man*. Science, 140, 394-395.
- BOZARTH, M.A. & WISE, R.A. (1984). *Anatomically distinct opiate receptor fields mediate reward and physical dependence*. Science, 224, 516-517.
- BROWN, B.S. et al, (1989). *The functioning of individuals on a drug abuse treatment waiting list*. Am. J. Drug Alcohol Abuse, 15, 261-274.
- DENEAU, G., YANAGITA, T. & SEEVERS, M.H. (1969). *Self-administration of psychoactive substances by the monkey*. Psychopharmacologia, 16, 30-48.
- DE WITT, H. & STEWART, J. (1983). *Drug reinstatement of heroin-reinforced responding in the rat*. Psychopharmacology, 79, 29-31.
- DORUS, W. & SENAY, E.C. (1980). *Depression, demographic dimension, and drug abuse*. Am. J. Psych., 137, 699-704.
- FELIX DA COSTA, N. (1988). *Liberdade e prazer:a sedução da tecnologia e a angústia da liberdade*. In Tecnologia e Liberdade. Ed Sementeira, Lisboa.
- FELIX DA COSTA, N. (1995). *Contentamento e Prazer*. Toxicodependências, 1, 5-13.
- FELIX DA COSTA, N., OUAKININ, S. & FIGUEIRA, M.L. (1989). *Psicoterapia na SIDA*. Acta Méd. Port., 6, 266-269.
- FELIX DA COSTA, N., OUAKININ, S. & FIGUEIRA, M.L. (1990). *Avaliação das Estratégias de Adaptação à SIDA*. Revista do Hospital Júlio de Matos, 2, 95-101.
- FELIX DA COSTA, N.(1993). *Dois dias de consulta de toxicodependência em Portugal*. Acta Méd. Port., 6, 507-516.
- FELIX DA COSTA, N.(1994). *Contentamento e prazer:para uma perspectiva psico-antropológica das toxicodependências*. Em publicação.
- FRENCH, G.M. & HARLOW, H.F. (1962). *Variability of delayed-reaction performance in normal and brain-damaged rhesus monkeys*. J. Neurophysiology, 25, 585-599.
- FRIEDMAN, A.S. & GLICKMAN, N.W. (1987). *Effects of psychiatric symptomatology on treatment outcome for adolescent male drug abusers*. J. Nerv. Mental Dis., 157, 425-430.
- GALLISTEL, C.R., SHIZGAL, P. & YEOMANS, J. (1981). *A portrait of the substrate for self-stimulation*. Psychological Review, 88, 228-273.
- GENDREAU, P. & GENDREAU L.P. (1973). *A theoretical note on personality characteristics of heroin addicts*. J. Abnormal Psychology, 82, 139-140.
- GOLDSTEIN, K. (1939). *Clinical and theoretic aspects of lesions of the frontal lobe*. Arch. Neurol. Psych., 41, 865-867.
- HEIDDEGER M. (1951). *O Ser e o Tempo*.
- LAVIEILLE, S., TASSIN, J.P., THIERRY, M. et al. (1979). *Blockade by benzodiazepines of the selective high increase in DA turnover induced by stress in mesocortical dopaminergic neurons of the rat*. Brain Res. 168, 585-594.
- LETTIERI, D.J., SAYERS, M. & PEARSON, H.W. Eds. (1980). *Theories on drug abuse:Selected contemporary perspectives (NIDA Research Monograph 30)*. US Government Printing Office, Washington, DC.
- LURIA, A.R. (1969). *Frontal lobe syndromes*. In Handbook of Clinical Neurology, vol. 2 (Eds Vinken & Bruyn. North-Holland Publishing Co.
- KASVIKIS, Y. et al., (1991). *Postwithdrawal exposure treatment to prevent relapse in opiate addicts: A pilot study*. Intern. J. Addict., 26, 1187-1195.
- KHANTZIAN, E. (1985). *The self-medication hypothesis of addic-*

tive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *Amer. J. Psych.*, 142, 1259-1264.

KHANTZIAN, E. & TREECE, C. (1985). *DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts: recent findings*. *Arch. Gen. Psych.*, 42, 1067-1071.

KOSTEN, T.R., ROUNSAVILLE, B.J. & KLEBER, H.D. (1988). *Antecedents and consequences of cocaine abuse among opioid addicts: a 2.5 year follow-up*. *J. Nerv. Mental Dis.*, 176, 176-181.

MARLATT, G.A. (1985). *Coping and substance abuse: Implications for research, prevention and treatment*. in *Coping and Substance use*. Shiffman, S. & Wills, T.A., Academic Press, San Diego.

MINKOWSKY, E. (1923) *Etude psychologique et analyse phenomenologique d'un cas de mélancolie schiphrenique*. *J. Psychologie Normale et Pathologique*, 20, 543-558.

NIAURA, R.S. et al., (1988). *Relevance of cue reactivity to understanding alcohol and smoking relapse*. *J. Abnormal Psychology*, 97, 133-152.

O'CONNOR, J. & SAUNDERS, B. (1992). *Drug education: An appraisal of a popular preventive*. *The Intern J. Addictions*, 27, 165-185.

OEI, T.P.S. & HALLAM, J. (1991). *Behavioral strategies used by long-term successful self-quitters*. *The Intern. J. Addictions*, 26, 993-1002.

OLDS, J. (1958). *Self-stimulation of the brain*. *Science*, 127, 315-324.

OLDS, J. & MILNER, P. (1954). *Positive reinforcement produced by electrical stimulation of the septal area and other regions of the rat brain*. *J. comp. physiol. Psychol.*, 47, 419-427.

OLDS, M.E. & WILLIAMS, K.N. (1980). *Self-administration of d-alaz-met-enkephalinamide at hypothalamic self-stimulant sites*. *Brain Res.*, 194, 155-170.

PAES DE SOUSA, M. (1987). *O modelo clínico-antropológico de Barahona Fernandes e a problemática epistemológica na psiquiatria*. *Momento Médico*, 14-27.

PANKSEPP, J. et al. (1978). *The biology of social attachments: opiates alleviate separation distress*. *Biological Psychiatry*, 13, 607-618.

PERRI, M. (1985). *Self-change strategies for the control of smoking, obesity and problem drinking*. in *Coping and Substance Use*. (Ed.s) Shiffman, S. & Wills, T.A., Academic Press, San Diego.

ROUNSAVILLE, B.J. et al, (1982). *Diagnosis and symptoms of depression in opiate addicts: course and relationship to treatment outcome*. *Arch. Gen. Psych.*, 39, 151-156.

ROUNSAVILLE, B.J. & KLEBER, H.K. (1985). *Untreated opiate addicts: how do they differ from those seeking treatment?* *Arch. Gen. Psych.*, 42, 1072-1077.

ROUTTENBERG, A. & LINDY, J. (1965). *Effects of the availability of rewarding septal and hypothalamic stimulation on barpressing for food under conditions of deprivation*. *J. comp. physiol. Psychol.*, 60, 158-161.

SANTOS, J.C. (1992). *Problems and ascertainment of drug-related deaths in Portugal*. Study for the Commission of the European Communities.

SCHNEIER, F.R. & SIRIS, S.G. (1987). *A review of psychoactive substance use in schizophrenia, patterns of choice*. *J. Nerv. Mental Dis.*, 175, 641-652.

SCHULTZ, W. (1986). *Responses of midbrain dopamine neurons to behavioral stimuli in the monkey*. *J. Neurophysiology*, 56, 1439-1462.

SHIFFMAN, S. (1984). *Coping with temptations to smoke*. *J. Consultant Clinical Psychology*, 52, 261-267.

SIMÕES DA FONSECA, J.L. et al. (1980). *A cost-value theory of decision making in a class of discrete learning systems*. *Acta Psiquiátrica Port.*, 1, 21-35.

SOLOMON, R. (1977). *An opponent-process theory of acquired motivation: IV. The affective dynamics of addiction*. in *Psychopathology: Experimental models*. Eds Maser, J.D. & Seligman, M.E., WH Freeman & Co. San Francisco

STEWART, J. (1984). *Reinstatement of heroin and cocaine self-administration behaviour in the rat by intracerebral application of morphine in the ventral tegmental area*. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 29, 917-923.

SUTTER, J. (1956). *L'anticipation*. *L'Evolution Psychiatr.* 379-388.

SUTTER, J. (1987). *L'anticipation du déprimé*. Psychol. Med, 19, 2211-2213.

SUTTER, J. (1990). *L'Anticipation*. 2<sup>a</sup> ed. PUF, Paris.

TASSIN, J.P. (1994). *Functional interaction between prefrontal cortex and ascending dopaminergic neurons. in Anticipation and Depression*, Survector scientific collection.

VACCARINO, F.J., BLOOM, F.E. & KOOB, G.F. (1985). *Blockade of nucleus accumbens opiate receptors attenuates intravenous heroin reward in the rat*. Psychopharmacology, 86, 37-42.

VALENSTEIN, E.S. & BEER, B. (1964). *Continuous opportunity for reinforcing brain stimulation*. J. exp. Anal. Behav., 7, 183-184.

VALENSTEIN, E.S. (1966). *The anatomical locus of reinforcement*. In Progress in physiologic psychology. E. Stellar & J.M. Sprague, Eds. NY, Academic Press, 149-190.

WESTERMEYER, J. (1989). *Nontreatment factors affecting treatment outcome in substance abuse*. Am. J. Drug Alcohol Abuse, 15, 13-29.

WIKLER, A. (1965). *Conditioning factors in opiate addiction and relapse*. In Wilner & Kassenbaum (Edts), Narcotics. McGraw-Hill, New York.

WISE, R.A. (1978). *Catecholamine theories of reward: a critical review*. Brain Research, 152, 215-247.

WISE, R.A. (1988). *The neurobiology of craving: implications for the understanding and treatment of addiction*. J. Abn. Psych., 97, 118-132.

WOODY, G.E. et al, (1983). *Psychotherapy for opiate addicts*. Arch. Gen. Psych., 40, 639-645.