

Dependência ou Dependências ?

Incidências históricas na formalização dos conceitos

João Salvado Ribeiro

1. Introdução

Quando se fala de dependência, quer seja a propósito de consumos de substâncias psico-activas, quer seja relativo a comportamentos repetidos sem controle, o que de imediato se configura no nosso espírito é que se trata dum fenómeno complexo (1), que envolve múltiplas dimensões e variados factores.

O conceito de dependência tem-se prestado a algumas confusões, devido ao facto de o mesmo termo designar situações tão díspares como ser dependente da TV, do chocolate, do trabalho, do jogo, do café, do tabaco, das compras compulsivas, da comida, do sexo ou das drogas. Se alguma analogia existe entre elas, é, por certo, a ideia implícita de rótulo estigmatizante, indutor de atitudes de reprovação ou ainda a ideia subjacente de que uma pessoa dependente sofre de alguma fragilidade. A vida social contemporânea configura-se, por vezes, como um verdadeiro mosaico de múltiplas dependências.

No Ocidente, os termos mais usados para exprimir a ideia de habituação, resultante do consumo abusivo de substâncias psico-activas, são "addiction" e "dependência". O termo "addiction" deriva do latim *ad dicere*, "dizer a", no sentido de dar, de entregar alguém a outrem como escravo. Foi, no direito romano, um termo jurídico que, durante a Idade Média, se usou em França para significar a "detenção dum indivíduo endividado que não consegue pagar a sua dívida". O termo dependência, também derivado do latim "pendere", encerra na origem etimológica, dois sentidos: depender de (sentido passivo) e estar agarrado (sentido activo). O Dicionário do Moraes (1877) define dependência como a necessidade que uma coisa tem de

outra para ser ou existir, enquanto que o Dicionário de Oxford, de finais do século XIX, define de forma mais explícita, dependência ou habituação como uma forte inclinação para adoptar um certo tipo de comportamento, sem que isso implique sentido pejorativo. O Manual de Kraepelin (1883) não refere a toxicod dependência nem a intoxicação no rol das doenças mentais.

Historicamente, o consumo de drogas nos povos que culturalmente o admitiam, era em geral moderado, o que parece dever-se ao controle social exercido pela própria organização das comunidades (Edwards, G. & Arif A., 1981). Durante centenas ou até milhares de anos, o consumo de certas substâncias psico-activas fez parte dos hábitos das civilizações primitivas, integrando-se nas sociedades tradicionais, sob forma cultural e ritualizada, ao serviço de práticas colectivas (por exemplo, o peyotl entre os índios Huichole, para comunicar com os antepassados), ou no quadro de aplicações terapêuticas (o uso de psicotropos entre os índios de Belén, no Peru). O ópio foi usado desde tempos imemoriais pelos naturais de vastas regiões do Médio Oriente, do Sudeste da Ásia e do Pacífico ocidental (e actualmente ainda no Afeganistão, Birmânia, Bengladesh, Egipto, HongKong, Macau, Indonésia, Irão, Paquistão, Singapura, Sri Lanka, Tailândia (2) e Vietname), devido aos seus efeitos hedónicos ou como lenitivo para o sofrimento.

2. Emergência do fenómeno de difusão das drogas

O momento fundador da história das drogas, no Ocidente, situa-se nos primórdios do séc. XIX primeiro

em Inglaterra e depois em França, a dar fé aos textos clássicos que Coleridge (1772-1834), Thomas de Quincey (1785-1859) e Baudelaire (1821-1867) nos legaram. No mundo ocidental, a Inglaterra figurava como o país com melhores relações com o Oriente, em particular com a Índia, o que foi determinante para facilitar a comercialização do ópio. As guerras do ópio (a primeira entre 1839-1842; a segunda, em 1860-1865) que a coroa britânica declarou à China tiveram como objectivo obrigar os chineses a abrir as fronteiras à importação do ópio produzido na Índia. Aliás foi na Inglaterra que o uso médico do ópio se generalizou, bem como o uso dos anestésicos. Não terá sido indiferente a esse facto a tradição inglesa, que sempre se mostrou receptiva a experiências científicas. Em Bristol funcionou o primeiro centro de pesquisa dos efeitos das drogas, o que motivou a curiosidade de figuras literárias da época (Coleridge, Quincey e outros), sendo os seus escritos considerados fundamentais para a compreensão da dependência.

Foi certamente a partir das experiências de consumo de ópio por parte de poetas e médicos que se chegou à compreensão do modelo de dependência física (Dupuy, R., 1912). Pelo menos até aos primórdios do séc. XIX não há escritos que atestem a referência à dependência física. A publicação integral das Notebooks de Coleridge (1957) veio revelar o grau de intoxicação e de dependência a que o poeta se expusera aos 44 anos (1816) quando aceitou fazer-se hospedar por um mês numa casa particular para ser vigiado medicamente e acabou por ficar lá 18 anos, i. e., até à morte (1834) sempre dependente de ópio.

A história das drogas está intimamente relacionada com a história do individualismo. A difusão das drogas teve fortes repercussões, na concepção que o homem faz do seu destino espiritual. Prescindindo da mediação religiosa institucional, o consumidor pode ter acesso directo ao infinito, um infinito artificial talhado à medida dos "Paradis artificiels", onde Baudelaire reúne as suas reflexões sobre o Hashish e o ópio. A droga é saudada pelos poetas como o recurso de que o homem dispõe para se libertar da sua finitude, ter acesso ao extase e usufruir do conforto hedonista. Para Baudelaire, a droga permite revelar à alma a sua própria afinidade com o infinito:

*L'opium agrandit ce qui n'a pas de bornes
Allonge l'illimité,
Approfondit le temps, creuse la volupté
Et le plaisir noir et morne
Remplit l'âme au delà de sa capacité*

(Le Poison – Les Fleurs du Mal)

O uso recreativo e não médico das drogas perdurou durante séculos. Por certo que ao longo dos tempos, sempre houve gente que se excedeu nos consumos de certas substâncias (álcool, opiáceos, etc.). Até finais do século XIX o uso e abuso dos opiáceos não era ilegal nem estava socialmente estigmatizado. Foi a descoberta do principio activo de certas substâncias (3) em pleno século XIX, o fabrico em série de certos produtos de síntese (4), a invenção da seringa e agulha hipodérmica e sua utilização na administração de certas substâncias psico-activas (5) que vieram alterar profundamente o equilíbrio que as comunidades tinham logrado manter durante muitos séculos. Acresce ainda referir o impacto que teve nessa ruptura a revolução industrial e as transformações que introduziu no novo mundo, na área das comunicações, das migrações, do surgimento da classe operária, na explosão urbana, etc.

3. A droga como problema social

O consumo de drogas assumiu contornos de problema social devido a diferentes factores de ordem socio-política: as guerras do ópio, a difusão do ópio nos meios intelectuais do séc. XIX, a Guerra da Secessão nos Estados Unidos da América, a automedicação e a administração da droga por via endovenosa.

No séc. XIX, a Real Companhia das Índias intensificou consideravelmente a produção de ópio (Escohotado, 1989). As remessas destinadas à Europa (Inglaterra e França, principalmente) para satisfazer o bom acolhimento que poetas (6) e médicos lhe dispensaram eram insuficientes para esgotar os stocks. Impunha-se, por conseguinte, diversificar os mercados e eleger preferencialmente povos com especial apetência para o ópio. O povo chinês que, pelo menos desde o ano 1000, consumia ópio, tornou-se assim um alvo preferencial, tendo a

Inglaterra declarado guerra à China para forçar a abertura das fronteiras e impôr a comercialização do produto. A primeira guerra do ópio (1839-1842) saldou-se pela vitória dos ingleses, tendo a China suspenso as leis que proibiam a venda do ópio e previam a pena de morte, por estrangulamento, para os traficantes. A resistência dos chineses à prepotência britânica obrigou a uma segunda guerra do ópio (1865), desta vez com a ajuda dos franceses. De novo, a China sai vencida.

Também a Guerra da Secessão nos EUA (1860-1865) contribuiu para transformar o uso dos opiáceos em problema social. Valendo-se das propriedades curativas da morfina sob a forma de pó ou de pomadas, para tratar os ferimentos de guerra ou recorrendo aos opiáceos para combater os surtos epidémicos (cólera em 1832-33 e 1884-85; desintéria, entre 1847 e 1851), a farmacopeia nos EUA desenvolveu-se rapidamente, de tal modo que até finais do séc. XIX. são comercializados mais de 50000 produtos derivados do ópio. A facilidade de acesso aos opiáceos durante a guerra civil gerou entre os veteranos de guerra um grande número de dependentes de morfina o que ficou consagrado na expressão "*Soldiers disease*" (7). Segundo Musto (1992), até finais do século XIX, nem o uso nem o abuso de álcool ou de alcalóides (cocaína e ópio) eram reprovados socialmente. Mas a cruzada moral de cariz proibicionista (movimentos de temperança) que os americanos vinham intensificando desde longa data, teve os seus reflexos, por contaminação, no aparecimento, em 1909, do *Opium Smoking Exclusion Act* e em 1914 do *Harrison Act*, o que se traduziu na modificação radical do perfil do opiómano. Até aí, a habituação à morfina resultava de tratamentos prolongados, sobretudo em doentes do sexo feminino. Após a cruzada proibicionista, o consumo de opiáceos é criminalizado e o dependente considerado delinquente.

Já neste século, depois dos anos 30, o mercado negro da heroína foi rapidamente dominado pelas máfias do crime: a pureza da heroína de rua baixou drasticamente e os preços dispararam. Foi por essa altura que se iniciou o consumo sob forma de injeção. Este processo, que permite obter com a mesma quantidade efeitos psicoactivos mais intensos e mais rápidos do que por via do fumo (*chinesa*), constitui a opção preferencial dos consumidores mais "agarrados" (*junkies*) e, como tal, quase sempre mais degradados social e fisicamente.

De facto, parece que o recurso à injeção foi a resposta coerente à transformação do estatuto legal dos narcóticos nos EUA. Para tirar partido de um produto cada vez mais caro e mais diluído, os toxicodependentes dão preferência à modalidade economicamente mais rentável, a da injeção. Alguns autores estabelecem um nexo de causalidade entre a criminalização das drogas e as formas de a consumir e consideram que o método de consumo por injeção talvez não se tivesse divulgado tão rápida e intensamente se tivesse havido mais tolerância para com os consumidores de narcóticos. Na Europa, o fenómeno permanece relativamente controlado por envolver apenas grupos restritos (médicos, colonialistas e ex-colonialistas, meios literários e artísticos) e a sua difusão em massa só se inicia em finais dos anos 50 (Ehrenberg, 1991).

4. Evolução do conceito de dependência

Embora o momento fundador da história das drogas se situe na Inglaterra, foi nos EUA que a reflexão em torno da noção de dependência teve maior incremento. Esse facto parece ter uma relação estreita com a diversidade étnica e cultural das comunidades que progressivamente se foram instalando no país (comunidades orientais e africanas) e que introduziram os seus hábitos ancestrais, dos quais fazia parte o consumo de drogas.

Podemos distinguir três fases na história conceptual da entidade dependência (Nadeau, L., 1994). A primeira situa-se no terceiro quartel do século XVIII, quando Benjamim Rush (1746-1813) publicou, em 1785 *An Inquiry into the Effects of Ardent Spirits upon the Human Body and Mind*, onde considera que a dependência, em relação aos consumos de álcool, se explica apenas a partir duma única variável, o produto, Seria o modelo unifactorial. A segunda fase ocorre já no séc. XX, entre os anos 35 e 60 e admite que a dependência envolve duas realidades, o produto e o indivíduo consumidor. Seria o modelo bi-factorial. A terceira fase corresponde à posição hoje consensualmente admitida, a do modelo trifactorial, que preconiza a existência duma interacção entre o produto, o consumidor e o meio. Este modelo, que passou a designar-se bio-psico-social, foi amplamente divulgado com a publicação do DSM III (American Psychiatry Association, 1980).

Rush, médico nas Forças Armadas dos EUA, formado pela Escola de Medicina de Edimburgo, signatário da Convenção para a Independência e defensor das teses proibicionistas, legou-nos uma obra impar, onde descreve com mestria a sintomatologia da intoxicação alcoólica. Nesta obra, ainda hoje tida por moderna, o autor considera o alcoolismo, essa "odious disease", uma doença de evolução progressiva.

Ao mesmo tempo que afirma que o alcoolismo tem uma componente hereditária, Rush propõe o agravamento das taxas de comercialização das bebidas brancas e sugere que seja o clero protestante a controlar a venda e consumo das bebidas alcoólicas. Embora o essencial da obra de Rush visasse o carácter patológico do alcoolismo, a verdade é que os movimentos proibicionistas dos anos 20, inspirando-se na sua obra, fizeram do álcool a raiz de todos os males sociais, reduzindo o alcoolismo a um só factor, o produto. A posição de Rush constitui o primeiro contributo para a construção do modelo da 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).

Em 1935, os Alcoólicos Anónimos, inspirando-se nas teorias de Rush e logo após a abolição da lei seca (1933), lançaram o movimento de entre-ajuda, numa postura inequívoca de anti-psiquiatria, defendendo que o alcoolismo não reside na garrafa, mas no consumidor (*alcoholism is not in the bottle but in the man*) e que este é um doente, a quem se aconselha a abstenção. A doença reside mais na mente (*mind*) do que no corpo, sendo a necessidade compulsiva do produto (*"craving"*) o sintoma principal que induz obsessiva e compulsivamente a beber (Jelinek, 1960). Ficou assim identificado o modelo bi-factorial da dependência: o produto e o consumidor. A abordagem bio-médica das toxicodependências apoia-se neste modelo, fazendo recair o acento tónico no

consumidor. Embora só em 1980 a Associação de Psiquiatria Americana tenha admitido no DSM III que as perturbações mentais eram de natureza bio-psico-social, já em 1957, Thimothey Leary defendia, em *La Politique de l'extase* que o consumo duma substância psicoactiva é uma interacção entre "substance, set and setting". Este conceito foi posteriormente reformulado por Helen Nowlis (1975) e deu origem ao conhecido triângulo da interacção: produto, personalidade e momento socio-cultural. 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.

Este terceiro elemento ficou a dever-se ao progresso das ciências sociais nos Estados Unidos, nomeadamente a Psicologia, a Antropologia e a Sociologia. Coube aos psicólogos Allport (1937), Rogers (1942, 1952) e Kelly (1955) sublinhar a importância do contexto na dinâmica comportamental. Defendem que as determinantes primordiais do comportamento humano são conscientes (ao invés das posições freudianas) e propõem uma nova concepção do homem, agente activo do seu destino, capaz de se dar conta do que vai mal e do que faz mal (Kelly, 1958). Os behavioristas (Skinner, 1953) e os cognitivistas (Bandura, 1977, 1986) confluíram prontamente na tese de que o contexto determina em grande parte o comportamento humano.

Rush limita o seu estudo apenas à dependência alcoólica. Mas sabe-se que na mesma época (1792) a China promulga as primeiras leis que interdizem a venda do ópio, apontando o produto como o verdadeiro agente causal da dependência., não obstante as suas virtudes terem sido sobejamente exaltadas desde a antiguidade. São eloquentes alguns testemunhos do passado sobre as virtudes do ópio. Em 1680, Thomas Sydenham ironizava nos termos seguintes: "De entre os remédios que aprouve ao Deus Todo Poderoso dar ao homem para o aliviar do sofrimento, não há outro tão universal e tão eficaz como o "opio" (citado por Trebach, 1981).

Segundo alguns autores, o conceito de dependência em relação ao consumo de substâncias psico-activas foi elaborado tardiamente. Thomas Szasz (1974), por exemplo, situa em 1934 a primeira referência à dependência física, quando a Associação de Psiquiatria Americana

mencionou a Toxicodependência na lista das doenças mentais.

As experiências a que poetas e médicos se entregaram, através do consumo de ópio, nos alvares do século XIX, como já referimos antes, permitiram compreender a verdadeira natureza da dependência física.

5. Perspectiva psicanalítica

As teorias mais antigas sobre dependência situam-se 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 pertinentes para uma teoria da dependência. A primeira referência tem a data de 11 de Janeiro de 1897. Numa carta a Fliess, afirma que a dipsomania tem funções supletivas, relativamente à pulsão sexual. É aliás nessa mesma carta que Freud admite que o jogo poderia assumir características de comportamento adictivo sem droga, expressão feliz que mais tarde, Fenichel irá retomar para caracterizar a bulimia (Fenichel, 1945). No mesmo ano, Freud retoma o tema da masturbação e sustenta que esse hábito tem algo de necessidade primitiva, do mesmo modo que apetites como a necessidade de álcool, de morfina ou de tabaco são produtos de substituição em relação à masturbação. Um ano depois, em *"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 para a clarificação do conceito de dependência é retomado três anos depois 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).

Mais tarde, Freud retomará o tema da relação privilegiada que o homem mantém com certos produtos, (na circunstância com o vinho) do mesmo modo que se relaciona com o objecto amoroso: *"É fácil aceitar que o valor psíquico da necessidade amorosa perde qualidade desde que a satisfação se torne facilitada. A importância psíquica duma pulsão cresce*

com a frustração. Que se pense por exemplo, na relação que existe entre o homem e o vinho. (...) A habituação torna sempre mais estreita a relação que o homem estabelece com o tipo de vinho que bebe". (Freud, 1912).

A ideia de que a oralidade pode ter um papel determinante na toxicodependência figura em *"Três ensaios sobre a teoria sexual"* (Freud, 1905). Depois de referir que certas crianças investem a zona labial de especial significado, escreveu: *"Se esta sensibilidade persistir, a criança será mais tarde apreciadora de beijos e, uma vez adulta, estará predisposta para vir a beber ou fumar em excesso"*. É, no entanto, em *"Malaise dans la civilisation"* (Freud, 1930) que 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 intoxicação. 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 proporcionam sensações agradáveis e imediatas: que elas modificam as condições da nossa sensibilidade ao ponto de nos tornar estanques a toda a sensação desagradável. Estes dois efeitos não são apenas simultâneos mas parecem intimamente ligados. Devem aliás formar-se no nosso sistema interno 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".

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 morfismo ou à habituação"* (in *"Cocainomania e cocainofo-*

bia", 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).

Os ensinamentos de Freud são úteis para compreender esta entidade enigmática que se chama dependência, mas insuficientes para identificar a matriz do comportamento toxicodependente. Se para Freud basta recorrer ao funcionamento neurótico para se entender a gênese da toxicomania, a grande maioria dos autores post-freudianos entendeu que haveria que fazer apelo a mecanismos pré-edipianos. Assim Glover (1932) considera que a toxicomania representa a transição entre a fase psicótica precoce e fase neurótica do desenvolvimento.

Outros autores, igualmente oriundos da área da psicanálise, interpretam a busca de efeitos euforizantes na linha dum movimento anti-depressão, mediante o recurso a produtos que funcionam como substitutos da gratificação oral e das necessidades libidinais. Rado (1933) considera a toxicodependência como uma desordem do Id, essa instância do aparelho psíquico, que funciona como pólo pulsional da personalidade e, como tal, é rebelde às influências da realidade. Segundo este autor, a toxicomania representa um prazer auto-erótico, essencialmente baseado sobre o erotismo oral. Rado afirma que o toxicodependente sofre de farmacotimia, o que determina regressão a um estágio primário, no intuito de recuperar o sentido da onnipotência infantil, através da incorporação da droga milagrosa, o *farmakon*, no sentido que os gregos lhe davam de droga e simultaneamente substância mágica. Afirma ainda que a toxicodependência é função da personalidade do consumidor, mais do que da substância; que as farmacotimias são perturbações mentais, advindas do exterior, mas pressupõem um processo psicopatológico como fonte primária.

Rosenfeld (1961) por sua vez sustenta que "O toxicómano está fixado a uma fase infantil precoce", a fase correspondente à "situação esquizo-paranoide". de Melanie Klein. Igualmente sugestiva é a contribuição de Wurmser (1982), que resumidamente caracteriza os toxicómanos com os traços seguintes: deficit de defesas

contra os afectos; patologia do super-eu e do ideal do eu; hipo-simbolização, auto-destrutividade, gratificação regressiva; crise narcísica.

6. Outros contributos

Uma revisão sumária de alguns autores contemporâneos que se debruçaram sobre o tema da dependência, dá-nos algumas pistas interessantes para avaliar a complexidade do conceito. Assim, enquanto que em Bowlby (1977), o termo é conotado de forma depreciativa e por isso substituído pela expressão "*attachment behavior*", em Madden (1988), assume o significado de doença, servindo para designar a figura de jogo patológico e a de bulimia. Outros autores atribuem-lhe o significado de suporte e de proteção (Russell, 1976). O estado de dependência seria mesmo uma componente normal do ser humano (8). A dependência da criança em relação à figura materna é entendida em termos interactivos como via para a relação simbiótica, sendo o processo de separação/individuação (Malher, 1973) uma forma de gerir a dependência necessária para manter com a mãe os elos afectivos indispensáveis.

Bem diferente é a perspectiva oriental do conceito de dependência (Doi, 1963). O termo japonês *amae*, que lhe serve de significante, implica a ideia de doçura na relação interpessoal. A forma verbal *amaeru* significa depender e pressupõe benevolência da parte do outro, no intuito de receber ajuda e ser amado. O mesmo autor refere que no Ocidente se dá pouca atenção à necessidade de dependência da criança em relação à mãe e afirma que essa necessidade de dependência, durante o primeiro ano de vida, se configura como relação de objecto e desempenha um papel fundamental no processo de formação da personalidade e da socialização.

L. Lewin (1920), baseando-se na experiência clínica com morfinómanos propôs os principais conceitos que hoje são utilizados para definir o fenómeno de consumo excessivo de substâncias psico-activas: dependência, tolerância e abstinência. O seu contributo permitiu elaborar o modelo médico-sanitário em que o toxicodependente é considerado doente, e não delinquente, como até então sucedia.

A diversificação das abordagens teórico-práticas das novas figuras da dependência convida a situar o fenóme-

no num universo de significados mais gerais, de forma a tornar perceptível o que é comum e o que é específico de cada uma, numa perspectiva interdisciplinar (Agra, 1993).

7. Dependência física e dependência psicológica

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 toxicodependente tem com os seus objectos de dependência. Os seus indicadores detectam-se nos silêncios e nas entrelinhas do “discurso terapêutico”.

A evolução que hoje caracteriza a noção de dependência inscreve-se na preocupação de alargar os limites nosográficos do conceito. Liberto dos parâmetros de farmacodependência que a OMS lhe atribuiu em 1964, o conceito de dependência beneficiou recentemente do consenso de peritos de diversas instâncias científicas (DSM III R – 1987, DSM IV – 1994 e ICD 10 (9)) a favor da abordagem transnosográfica do síndrome de dependência, cujos critérios de diagnóstico são comuns ao universo das substâncias psicoactivas (cf. Schuckit at alii, 1994).

As noções de abuso (DSM III R e DSM IV) ou de uso nocivo (ICD 10) estão circunscritas aos efeitos negativos e observáveis do consumo de substâncias psicoactivas sem risco de confusão com os sintomas do comportamento toxicodependente propriamente dito. Assim, a noção de comportamento de dependência tornou-se extensiva a outros comportamentos cuja natureza adictiva não deixa dúvidas mesmo que não haja interferência de substância (toxicomania sem droga).

Sem prejuízo da especificidade das novas figuras de adicção, numerosos trabalhos epidemiológicos apontam para a co-morbidade das condutas de dependência entre si, sendo os exemplos mais flagrantes dados pelo alcoolismo, a toxicodependência e o tabagismo.

As classificações do DSM ou do ICD estabelecem critérios operacionais de dependência. Assim, a dependência física compreende: tolerância, desmame e intoxicação ao passo que a dependência psicológica corresponde ao dese-

jo imperioso de consumir (“craving”). Estas classificações não constituem, no entanto, um modelo geral nem específico das toxicodependências.

A tentativa de formular um modelo explicativo e coerente para o fenómeno tem esbarrado com a irreduzibilidade da toxicodependência às estruturas clássicas da psicopatologia. Uma via possível para contornar a dificuldade poderá ser a de proceder à leitura do material clínico e interpretá-lo segundo raciocínios analógicos. Assim, a perspectiva psico-dinâmica, que concebe a dependência como um processo global, analisa a dependência psicológica à luz de 4 elementos:

1º – Desejo imperioso de consumir (“Craving”)– define-se como um desejo irreprimível de consumir uma droga ou de sentir os seus efeitos tóxicos. É considerado o factor central da dependência: não é o simples consumo de um produto que está em causa mas a existência de uma necessidade ou pressão interior que inevitavelmente força o indivíduo a procurar a droga e a consumi-la. Segundo alguns autores (Glover, 1932; Rado, 1933, 1957), as ânsias (craving) exprimem uma forma de regressão e fixação na fase oral do desenvolvimento da personalidade. O seu carácter de urgência “aqui, agora e já” tem o cariz de uma necessidade incontornável que evoca o desespero do bebé esfomeado que berra para ser amamentado. O seu estado de carência alimentar traduz-se por excitações internas e um estado de angústia intenso (Freud, 1926). A absorção da substância, ao mesmo tempo que cumpre a função de tóxico (sedativo ou excitante) proporciona prazer, verdadeira satisfação auto-erótica, substitutiva de uma actividade sexual inviável. Este autoerotismo desperdiçado por não poder ser elaborado a favor do narcisismo pode contribuir para acentuar as perturbações do desenvolvimento edípiano. A relação com o produto é semelhante à relação anaclítica (Freud, 1905) que permite às pulsões da libido apoiar-se nas pulsões de auto-conservação para obter, em simultâneo, satisfação fisiológica e bonificações de prazer.

As ânsias adictivas são diferentes do desejo normal; configuram uma necessidade com as seguintes características: (a) intensidade exacerbada, (b) reacção anormal face à frustração da necessidade e (c) rigidez e incapacidade para modificar essa necessidade.

2º – Compulsividade – A dependência psicológica evoca a sensação de obrigatoriedade, de inevitabilidade, algo que complementa a ânsia adictiva. A estratégia para conseguir a droga pressupõe a remoção de todos os obstáculos, mesmo que seja necessário recorrer a expedientes ilícitos, o que é facilitado quando o super-eu apresenta graves defeitos de estruturação.

A dependência psicológica seria, assim, o reflexo psíquico de uma dependência biológica produzida pelas propriedades de uma substância. Será a privação que vai desencadear o sentimento de dependência, sentimento esse, marcado pela necessidade compulsiva de obter o produto.

3º – Sentido activo da dependência – O termo dependência não tem obrigatoriamente um sentido negativo: “estar agarrado” implica uma certa mobilização de energias em direcção a um produto que sem perder a sua qualidade psicoactiva (química) é simultaneamente visto como um “objecto” representado internamente no psiquismo do consumidor. 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). A clínica das toxicodependências faz-nos com frequência a demonstração desta presença “mítica” do produto: X regressa à cidade depois de ter feito uma cura, numa comunidade terapêutica, em regime de estadia prolongada, algures, longe do fascínio do “meio”. À medida que se aproxima da cidade vai crescendo dentro dele, no seu imaginário, um desejo imperioso (*craving*) de ir arranjar droga, desejo esse que muitas vezes se torna o motor da recaída.

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.

A dependência exige a experiência de uma ausência. A necessidade do produto equivale a essa incapacidade de suportar a ausência da substância idealizada cruzada com o sentimento de onipotência dessa mesma substância (“*farmakon*”)

4º – Automedicação, uma das funções da toxicodependência – A dependência tem uma relação directa com o poder da substância para reduzir certos fenóme-

nos desagradáveis ou impedir a emergência de reacções psicóticas. Consumir drogas permite não só reduzir o sofrimento mas também repor um estado anterior mais suportável.

O consumo de drogas modifica a própria percepção do corpo, transformando-o para se proteger contra o que poderia ser sentido como dor psíquica. Trata-se de um sofrimento difícil de verbalizar, que cresce na medida em que o toxicodependente se aparta do seu objecto de dependência. Quando a dependência se torna insuportável pode acontecer que o próprio corpo se disponibilize para romper o processo de dependência. Muitas *overdoses* e muitos comportamentos suicidários nos toxicodependentes são comportamentos de risco que parecem desempenhar esta função de ruptura (Charles Nicolas, 1985). Como bem escreveu C. Agra (1991) “*Le fait de devenir dépendant introduit le sujet à une dimension de vie, où le sujet existe dès lors qu’il commence à disparaître, ce qu’il partage avec le suicidant*”.

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. O heroínmano que em determinado momento da sua vida conseguiu largar a heroína e consolidar o processo de cura guardará para sempre no arsenal do seu imaginário a memória de algo que foi a um tempo fonte de êxtase e de terror. Jamais esta relação com a heroína se apagará porque foi a heroína que modificou radicalmente a sua visão do mundo. Dir-se-ia que o estado de dependência é comparável ao estado amoroso, levado ao extremo, i.e., a paixão mais absoluta e exclusiva, a loucura, o louco amor.

8. Conclusão

Os temas principais aqui referidos foram apenas aflorados. Não caberia nas dimensões de um artigo aprofundar questões tão intrincadas como a das práticas tradicionais de consumo de substâncias psicoactivas e a sua possível extrapolação para as culturas modernas, o papel histórico que as formações corporativas desempenharam na gestão das toxicodependências, a repercussão que as políticas de cruzada proibicionista tiveram na difusão do fenómeno, a apropriação do mesmo por modelos reduccionistas, o efeito nefasto da confrontação entre abordagens parciais mas exclusivas.

A realidade sindrômica 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. O grande enigma das toxicodependências continua a chamar-se dependência psico-

lógica. Será ele o preço a pagar pela escolha de “objecto” no sentido que Freud (1912) lhe atribuiu? ■

João Salvado Ribeiro

Psicólogo Clínico

Assessor Principal do S.P.T.T.

NOTAS

- (1) Segundo um relatório do National Institute for Drug Abuse (EUA), em 1980 foram recenseados mais de 40 artigos e uma centena de tendências relativos ao conceito de dependência.
- (2) Nas tribos que habitam as montanhas a norte da Tailândia ainda hoje os opiómanos fumam abertamente ópio nas suas casas. Em cerimónias de casamentos, funerais e outras é oferecido aos convidados ópio do mesmo modo que comida e bebida. O ópio é ainda dado como presente ao Shamman, aos chefes das comunidades e aos anciãos (cf. Poshychinda, 1995).
- (3) Em 1803, F. W. Serturner, farmacêutico alemão, isolou o alcaloide principal, i. é. o ingrediente activo do ópio. A esta essência foi dado o nome de morfina, em honra de Morfeu, a divindade grega dos sonhos. O seu potencial psico-activo foi considerado dez vezes mais forte que o do ópio.
- (4) Em 1844, é isolada a cocaína na sua forma pura. Em 1898 foi sintetizada a heroína (diacetyl morfina) na Alemanha.
- (5) Em 1844, Ryn, cirurgião irlandês aplicou a primeira injeção moderna, servindo-se duma agulha hipodérmica e de uma seringa.
- (6) Em 1797 Samuel Taylor Coleridge escreveu Kabla Khan sob a influência do ópio e em 1822 são publicadas as Confissões de um opiómano de Thomas de Quincey.
- (7) Note-se que as guerras, em geral, têm constituído um pretexto para testar a eficácia de certas drogas na luta contra o medo e a dor. Na guerra da Prússia contra a Áustria (1866) foi a morfina que teve esse papel, na segunda guerra mundial (1939-45) foram as anfetaminas, na da Indochina (1946-54) o ópio e na do Vietname (1965-1973), a heroína.
- (8) O senso comum distingue dependência normal de dependência patológica. Enquanto que esta assume um carácter urgente e intenso, se esgota quase sempre num só objecto (objecto exclusivo) e não admite evasivas, a dependência normal refere-se a vários objectos, podendo-se passar de uns a outros com flexibilidade.
- (9) 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.

RESUMO / ABSTRACT / RESUMÉ

RESUMO: Neste artigo, caracterizam-se as fases mais significativas da história dos consumos das substâncias psicoactivas no séc. XIX e XX. Depois de apontar o carácter ambíguo do conceito de dependência e estabelecer a sua origem etimológica, refere-se o ponto de ruptura entre o sistema sociocultural em que o uso moderado de drogas se integrava tradicionalmente e o período de difusão progressiva que se situa no séc. XIX e está ligado a momentos históricos concretos. Na Europa, é a elite intelectual, as guerras do ópio, a descoberta do princípio activo dos alcalóides e o fabrico de produtos de síntese. Nos Estados Unidos, são os movimentos de temperança, a guerra da secessão, a revolução industrial, as cruzadas proibicionistas anti-ópio e o incremento da automedicação.

Descrevem-se, em seguida, as etapas da história conceptual da dependência e são analisados os contributos de alguns autores do séc. XX, em particular os da área da psicanálise.. Por fim, conclui-se com uma breve clarificação do conceito de dependência psicológica numa perspectiva psicodinâmica.

ABSTRACT: In this article the author characterises the most significant phases in the history of the use of psycho active substances in the 19th and 20th centuries. After mentioning the ambiguous character of the addiction concept and establishing its etymological origin he makes a reference to the cracking point between the social system where the moderate use of drugs was traditionally inserted and the progressive diffusion period in the 19th century connected with specific historical moments. In Europe, it's the intellectual elite, the opium war, the discovery of the active principles of alkaloids and the fabrication of synthesis products. In the United States it's the temperance movements, the Secession War, the Industrial Revolution, the prohibitionist crusades against opium and the increase of self medication.

Afterwards the author describes the phases of the conceptual history of addiction and analyses the contribution of some 20th century's authors, particularly those in the field of Psycho-analysis. Concluding, he makes a brief clarification of the concept of addiction in a psycho dynamic approach.

RESUMÉ: L'auteur procède à la caractérisation des phases les plus significatives de l'histoire de l'utilisation des substances psycho-actives dans le XIX ème et XX ème siècles. Ayant signalé les aspects ambigus du concept de dependance et précisé son origine etimologique, l'auteur repère le point de rupture entre le système socio-culturel, dont l'usage controlé de drogues faisait partie, traditionnellement et la periode de difusion progressive qui s'est déroulé au XIX siècle, ayant un rapport avec des moments concrets de l'histoire.. Dans l'Europe, il s'agit de l'élite intellectuelle, des guerres de l'opium, de l'invention du principe actif des alcaloïdes et la production de produits de syntèse. Aux Etats Unis, sont les mouvements de temperance, la guerre de secession, la révolution industrielle, les campagnes proibitionistes de l'opium e l' accroissement de l'auto-médication.

L'auteur décrit, par la suite, les étapes de l'histoire conceptuelle de la dependance et rend compte des contributions de quelques auteurs du XX eme siècle, en particulier ceux du coté de la psychanalyse. Finalement, l'auteur ajoute des considerations brèves sur le concept de dependance psychologique dans une perspective psychodynamique.

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

- AGRA, CÂNDIDO (1991). "La recherche anthropologique au Portugal", in Sida et toxicomanie, Actes du Seminaire International de l'I. R. E. P. , Retrovirus, 9, IV, Mars.
- AGRA, CÂNDIDO (1993). *Dizer a Droga. Ouvir as Drogas*. Porto. Radicário-Instituto de Ciências do Comportamento Desviante.
- ALLPORT, G. W. (1937). *Personality & Psychological Interpretation*. New York, Holt, Rinehart & Winston.
- BANDURA, A (1977). *L' apprentissage Social*. Bruxelles: Pierre Margada, 1980.
- BAUDELAIRE, CHARLES (1964). *Les Fleurs du Mal et autres poèmes*, Paris, Garnier Flammarion.
- BOWLBY, J. (1977). "The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory". Br. J. Psychiatry 130:201-210.
- CASSEL, J. (1976). "The contribution of social environment to host resistance", American Journal of Epidemiology, 104 (2). :107-123.
- CHARLES NICOLAS, A. (1985). "À propos des conduites ordaliques: une stratégie contre la psychose", in C. Olievenstein (Org.), La vie du Toxicomane, Paris, PUF, pp. 207-229.
- DOI, T. D. (1963). "Some thoughts on helplessness and desire to be loved". Psychiatry 26:266-272.
- DUPUY, ROGER (1912). *Les Opiomanes. Mangeurs, buveurs et fumeurs d'opium*. Paris, Librairie Felix Alcan.
- EDWARDS, G e ARIF, A. (1981). "Les problèmes de la drogue dans leur contexte socio-culturel; contribution à l'élaboration de politiques et de programmes". Genève, Organisation Mondiale de la Santé. Cahiers de Santé Publique, n. 73.
- EHRENBERG, ALAIN (1991). "Un monde de funambules". In Ehrenberg, A. (Org.), Individus sous Influence, Paris, ed. Esprit.
- ESCOHOTADO, ANTÓNIO (1989). *História de las Drogas*, Madrid, Alianza.
- FENICHE, OTTO (1945). *La Théorie Psychanalytique des Névroses*, Paris, PUF, 1979.
- FREUD, SIGMUND (1887). *Cocainomanie et Cocainophobie*, in R. Byck (Org.), De la Cocaine, Bruxelles, Ed. Complexe, 1976. .
- FREUD, SIGMUND (1897). "Lettres à W. Fliess" (nº 55 e 79), in Naissance de la Psychanalyse, Paris, PUF, 1969.
- FREUD, SIGMUND (1898). *La sexualité dans l'étiologie des Névroses*, Paris:PUF, 1984.
- FREUD, SIGMUND (1912). "Contribution à la Psychologie de la vie amoureuse". in La vie sexuelle, Paris, PUF, 1969.
- FREUD, SIGMUND (1926). *Inhibition, Symptôme et Angoisse*. Paris, PUF, 1968.
- FREUD, SIGMUND (1930). *Malaise dans la civilisation*, Paris, PUF, 1971
- FREUD, SIGMUND (1905). *Trois essais sur la Théorie Sexuelle*. Paris, Gallimard, 1985.
- GLOVER, EDWARD (1932). "On the Aetiology of Drug-addiction". Int. J. Psychoanal, 298-328.
- JELINEK, E. M. (1960). *The disease concept in alcoholism*. New Brunswick, New Jersey: Hill House.
- JONES, ERNEST (1953). *La Vie et l'oeuvre de Sigmund Freud*. Paris, PUF.
- KELLY, G. A (1955). *The Psychology of Personal Constructs*. New York, Norton.
- LEARY, THIMOTHEY (1973). *La Politique de l'Extase*, Paris, Fayard.
- LEWIN, L. (1920). *Phantastica*, Paris, Payot, 1970.
- MADDEN, J. S. (1988). *Controversy and development. in Aspects of Alcohol and Drug Dependence*. Bath: Pitman Press.
- MAHLER, M. S. (1973). *Symbiose humaine et individuation*. Vol. I, Paris, Payot.
- MUSTO, DAVID (1973). *The American Disease - Origins of Narcotics Control*. Oxford & New York, :Oxford University Press.
- MUSTO, DAVID (1992). "Politique de la drogue et de l'alcool aux Etats Unis: un aperçu du caractère américain". in A. Ehrenberg ALAIN e P. MIGNON, Drogues Politique et Société. Paris, Descartes.
- NADEAU, L. (1994). "Evolution du discours sur l'addiction en Amérique du Nord". in D. Bailly e J. L. Venisse (Org. s), Dependance et conduites de dépendance, Masson, Paris.
- NOWLIS, HELEN (1975). *A Verdade sobre as Drogas*, GCCD.
- OLIEVENSTEIN, CLAUDE (1982). *La vie du toxicomane*. Paris, PUF.
- POSHYACHINDA, VICHAI (1995). "Indigenous opiate use: the Thai experience" Comentário a Ganguly et al. (1995) "An ethnographic account of opium consumers of Rajasthan (India): socio-medical perspective". Addiction, 90: 14-15.
- TREBACH, ARNOLDS (1981). *The Heroin Solution*. New Haven, Yale University Press.
- RADO, SANDOR (1928). "Psychical effects of Intoxication: attempt at a Psychoanalytical theory of drug addiction". Int. J. Psychoanalysis, pp. 298-328.
- ROGERS, C. R. (1952). *Client - centered Therapy*. Boston, Houghton Mifflin.
- ROGERS, C. R. (1942). *Counseling and Psychotherapy*. Boston, Houghton Mifflin.
- ROSENFELD, HERBERT (1960). "On drugs addiction". Int. J. Psychoanal, pp. 467-475.

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.

RUSSELL, M. A. H. (1976). "What is Dependence?". in G. , M. A. N. Russell e D. Hawaks (Org. s), *Drug and Drugs Dependence*. London:Saxon House, Lexington Edwards.

SCHAFFER, D. (1988). "The epidemiology of teen suicide:an examination of risk factor". *J. Clin Psychiatry*, 49 (Sept. suppl.). :36-41.

SCHUCKIT, M. A., V. HESSELBROCK, J. TIPP, R. ANTHENELLI, K. BUCHOLZ & S. RADZIMINSKI (1994). "A comparison of DSM-III-

R, DSM-IV and ICD-10 substance use disorders diagnoses in 1922 men and women subject in the COGA study". *Addiction*, 89:1629-1638.

SKINNER, B. F. (1953). *Science and Human Behavior*, New York, Macmillan.

SZASZ, THOMAS(1974). *La Persécution Rituelle des Drogués, Boucs émissaires de notre temps*. Paris, Les éditions du Lézard, 1994.

WURMSER, L. (1982). "The question of specific psychopathology". In *Compulsive drug use*, *Ann. Acad. Sci.*, pp. 33-43.