

I

O Problema das drogas

1

Considerações iniciais

O abuso de substâncias é um dos maiores problemas de saúde pública, hoje, no Brasil e no mundo. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, entre 10 e 20% da população experimentam pelo menos um distúrbio causado por uso de alguma substância em algum ponto de suas vidas. O custo financeiro de doenças derivadas é da ordem de centenas de bilhões de dólares por ano em cuidados de saúde e perdas de trabalho. Cerca de 20% dos pacientes em condições médicas gerais e 35% daqueles em unidades psiquiátricas apresentam distúrbios por uso de substâncias. Quando as seqüelas da adicção, como cirrose, psicopatologia, traumatismo e infecção, estão presentes, eles geralmente recebem atenção médica apropriada, porém, o problema primário da dependência, propriamente dita, permanece não tratado.

A comunidade científica tem conseguido grandes avanços nas últimas décadas no campo da adicção. Novos conceitos de tratamento, buscando inclusive integrar farmacologia e abordagem psicossocial, têm feito da recuperação uma possibilidade real para a maioria dos pacientes e das famílias que sofrem problemas pelo abuso do álcool e outras drogas. A identificação clara e mais precoce do problema pode possibilitar a administração terapêutica mais eficaz.

O mais importante é o avanço do campo do abuso de substâncias. Até a metade dos anos oitenta, os departamentos de psiquiatria americanos, assim como programas acadêmicos para outros profissionais de saúde, davam pouca importância ao treinamento no tratamento do uso de substâncias. Nestas últimas duas décadas, a comunidade profissional que lida com adicção tem tido vez para expressar a necessidade de melhores cuidados na área, apesar de este ainda ser um movimento relativamente pequeno, como no Brasil, encabeçado apenas por limitadas associações com centros de ensino acadêmico. Esta situação tem mudado a cada ano. Em outros países, o treinamento em intervenções, em casos

de abuso de substâncias, já é parte integrante dos currículos de pós-graduação em um número cada vez maior de escolas de medicina, psicologia e outras disciplinas do campo da saúde, assim como em programas de residência em psiquiatria.

Em vários países, como nos Estados Unidos, Canadá, Portugal e tantos outros, instituições federais têm sido criadas para trabalhar com abuso de álcool e outras drogas, demonstrando a necessidade de recursos para treinamento e trabalhos em parceria com organizações, para promover o crescimento do ensino acadêmico neste campo tão específico. No Brasil foi criada a Secretaria Nacional Anti-Drogas, a SENAD. Porém, nossos governantes infelizmente mantêm-se focados nos assuntos e problemas ligados ao narcotráfico e suas implicações, limitando sua atenção muito mais a programas de repressão do que a investimentos no treinamento, na formação e no desenvolvimento acadêmico da área.

2

Definição e diagnóstico da dependência

Nem todos os usuários de drogas se tornarão adictos. Muitos usam drogas por anos sem apresentar um comportamento adicto e eventualmente param. A progressividade do uso de drogas até a adicção desenvolve-se continuamente em um período de tempo, de meses a anos. Tem-se convencionado categorizar esse processo em três estágios distintos – uso, abuso e dependência.

O uso de drogas comumente tem início na adolescência, freqüentemente com a nicotina dos cigarros, e posteriormente progredindo da nicotina para o uso do álcool e depois para drogas ilícitas.

Inicialmente, é comum que o uso de drogas seja limitado aos fins-de-semana. Mais tarde o uso poderá tornar-se comum também durante a semana, mas apenas à noite ou após o fim das atividades acadêmicas diurnas. Os jovens aprendem que a droga pode lhes dar sensações de prazer e aprendem a controlar o grau de prazer pela regulação da quantidade de droga que usam. Neste ponto eles podem tornar-se usuários ou simplesmente deixar o uso. O uso de drogas nessa fase acontece usualmente com amigos e convencionou-se chamar essa fase de uso social.

Na fase do abuso, poderá haver aumento da frequência do uso da droga. É comum que adolescentes comecem a manter seus pequenos estoques de suprimento da droga. Podem começar a usar sozinhos, tanto quanto, ou mais, do que quando estão com amigos. O uso continua acontecendo mais frequentemente à noite e nos fins-de-semana, mas quanto mais rápida e mais intensa é a progressividade, mais o uso poderá acontecer a qualquer hora ou em qualquer situação. Apesar disso, usuários abusivos podem manter ainda algum controle do tempo, da quantidade, e das circunstâncias do seu uso. Eles raramente mostram-se intoxicados em casa ou na escola. Usuários nesse estágio desenvolvem algum nível de tolerância, fazendo com que eles aumentem a quantidade de droga consumida para atingir o mesmo efeito que antes era atingido com uma quantidade menor. É comum nessa fase começarem a ocorrer ocasionalmente conflitos menores com familiares, professores, ou mesmo com a polícia. Na dependência, os usuários já estão usando drogas diariamente, ou próximo disso. Eles passam a usar durante o dia e a semana, já não mais fazendo tanta diferença entre as noites e os fins-de-semana. A tolerância desenvolve-se até níveis mais altos permitindo o uso de grandes quantidades da droga escolhida. Apagamentos de memória, não lembrança do que fez ou onde esteve, sob influência da droga, começam a ocorrer e tornar-se mais frequentes. Os usuários agora preferem usar drogas sozinhos, mais que com amigos, e a droga torna-se o principal foco de suas vidas, que passa a girar em torno de conseguir a droga, usá-la e ter tempo para recuperar-se dos efeitos desse uso - as ressacas. Todas as atividades envolvem drogas e amigos usuários de drogas. Não é difícil encontrar adictos que já não têm mais amigos não usuários. Quando confrontados pelos membros da família ou pelos amigos, eles negam que seu uso de drogas seja um problema. As relações familiares, o desempenho escolar, a produtividade no trabalho, e a saúde geral deterioram-se progressivamente. Nessa fase, adolescentes podem estar frequentemente expostos a situações de risco, por direção perigosa sob efeito de drogas, bebedeiras e distúrbios de conduta ou até mesmo tráfico de drogas.

Sintomas de síndrome de abstinência são comuns e ocorrem frequentemente nesta fase, quando se pára o uso da droga, e os usuários experimentam severos sintomas de necessidade do uso. Neste ponto, eles sentem que precisam usar para sentirem-se melhor ou até mesmo “normais”. Os desagradáveis sintomas provocados pela síndrome de abstinência fazem com que

o dependente passe a viver em viciado círculo retroalimentativo para aliviar os efeitos da falta da droga. A perda de controle passa a ocorrer regularmente. Isso quer dizer que os dependentes não têm habilidades de parar depois que começam a usar a droga. A compulsão pelo uso é crescente e contínua apesar das conseqüências adversas. Infelizmente o processo de negação se desenvolve, e, através da negação, os dependentes escondem e minimizam as conseqüências do uso de drogas, ou simplesmente negam que tais conseqüências adversas sejam resultado do seu uso de drogas.

O Código Internacional de Doenças (CID), elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e o Manual de Estatísticas e de Doenças (DSM), elaborado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), atualmente CID-10 e DSM-IV (as versões mais recentes) mostram que uma vez diagnosticada a doença, seus sintomas são extremamente semelhantes, independentemente de cultura, idade, religião ou situação econômica dos indivíduos afetados.

O diagnóstico da dependência vem evoluindo através dos anos. Até 1952, a dependência ao álcool e outras substâncias psicoativas não aparecia como uma doença propriamente dita. Era considerada um sintoma de alguma outra doença, ou conseqüência de um transtorno de personalidade. Em outras palavras, a dependência era parte de outra doença ou vício, coisa de quem era fraco, não tinha força de vontade ou caráter. Apenas em 1964, a dependência foi classificada como um distúrbio específico.

Em 1992, no CID-10 e em 1994, no DSM-IV, a medicina considera que o uso, o abuso e a dependência de drogas constituem-se situações claramente distintas. Esta diferenciação é muito importante, identificando aqueles indivíduos que de alguma forma perderam o controle do uso da droga, mas ainda não se encontram dependentes.

Nesta classificação, a dependência é vista como um distúrbio que se apresenta através de uma série de sintomas físicos, psíquicos e comportamentais que mostram que a pessoa perdeu o controle do uso, o controle de suas emoções, o controle de sua vida.

Atualmente, o conceito clássico de dependência à droga, ligado exclusivamente à dependência física, é considerado simples demais, não abrangendo todo o pensamento moderno sobre o problema. Uma série de fatores adicionais – psicológicos e sociais – devem ser levados em consideração, e

devemos estar preparados para identificar o problema mesmo que ainda não sejam evidentes sintomas fisiológicos, como tolerância ou síndrome de abstinência. Por outro lado, sabemos que, mesmo que as manifestações sejam muito sutis, a maioria das drogas é capaz de provocar a síndrome de abstinência.

Vale lembrar ainda que nenhum outro hábito de comportamento gera mais problemas médicos do que a adicção. Por outro lado, tanto em sua origem como em sua recuperação, nenhuma outra patologia está tão profundamente associada às variáveis culturais, sociais e econômicas. O que nos faz crer também, que nenhuma outra patologia está tão associada às variáveis familiares.

Para a dependência, atualmente são estabelecidos sete critérios para o diagnóstico, agrupados didaticamente em três grandes grupos ou conjuntos:

Critérios químicos, fisiológicos - São os problemas provocados no organismo, decorrentes do uso da droga. Ex.: tolerância e síndrome de abstinência.

Progressividade - São os critérios relativos à progressiva perda de controle sobre o uso da droga.

Importância crescente - Refere-se à crescente importância da droga para o usuário, até esta se tornar o ponto central em torno do qual gira a sua vida.

Esses três conjuntos estão divididos em sete critérios diagnósticos. Caso o usuário se enquadre em, no mínimo três critérios, ao longo dos últimos doze meses de uso, fica estabelecido o diagnóstico da dependência (nossa prática clínica tem demonstrado que quanto mais critérios estão presentes na história clínica do usuário, maior será a gravidade da dependência e, conseqüentemente, pior será o prognóstico para o adicto e para a família). A seguir, os critérios para o diagnóstico:

1 - Tolerância – é a adaptação orgânica à substância, gerando uma progressiva necessidade de aumentar a dose da droga para obter os efeitos inicialmente obtidos através de doses menores.

2 - Síndrome de abstinência – é uma reação de má adaptação do organismo pela retirada ou redução do uso da droga, gerando sofrimento físico e psíquico. Sintomas de ansiedade, agitação, inquietação, insônia, depressão e dores no corpo são comuns, variando em presença e intensidade de acordo com as substâncias usadas, a intensidade do uso, e as condições clínicas de cada um. Deve ser tratada como um problema médico à parte, devido ao risco de vida que muitas vezes

envolve, como no caso do uso de opióides ou do álcool. Muitas vezes, apresenta-se de forma mais sutil e variada, como na maioria dos usuários de maconha, cigarros ou benzodiazepínicos (remédios para ansiedade).

3 - Uso em grandes quantidades ou por período maior do que tinha intenção - Caracteriza-se a partir desse ponto, progressiva perda de controle sobre a droga e sobre a volição. A compulsão está evidente, através de um padrão de consumo exagerado.

4 - Esforços para reduzir ou controlar o uso da substância fracassam - O adicto pode demonstrar preocupação e interesse em parar ou reduzir o nível de consumo, seja por sentir-se alvo de críticas ou por qualquer outro motivo, expressando um desejo de resolver uma situação que está fugindo ao seu controle. Um exemplo é o dependente que resolve trocar a bebida destilada pela fermentada, na crença de que esta seja menos danosa. Noutro caso, o adicto decide restringir o consumo a locais e situações onde se sinta protegido, passando a usar sozinho e em casa.

5 - Muito tempo investido na obtenção, consumo e recuperação dos efeitos do uso da droga – Este é um sinal da progressividade da compulsão. É o caso de quem planeja comprar uma dose e voltar para casa, antes de encontrar amigos para a uma festa, por exemplo. Ao chegar à esquina, o fornecedor diz que acabou a droga. O adicto não se conforma, e ao invés de voltar para casa e sair com os amigos, vai a outro lugar, investindo mais tempo em prol da obtenção da droga. Ao chegar ao novo local, compra três doses ao invés de uma, como havia planejado. Poderá começar a usar lá mesmo, novamente investindo boa parte do seu tempo no consumo da substância. Por vezes nem volta para casa, ficando “virado” pela rua. Por fim, muitas horas de sono, independentemente do horário e das obrigações, serão necessárias para remediar os efeitos prejudiciais de tal consumo compulsivo.

6 - Importância social, ocupação profissional, atividades familiares e recreativas, são gradativamente reduzidas ou abandonadas, em prol do uso da substância – O usuário tende a se relacionar com pessoas de nível inferior ao seu, pelo comprometimento cada vez maior de sua auto-estima, da mesma forma, em que se afasta da própria família, para não expor o consumo, e para esconder os efeitos danosos do uso de drogas em sua vida. Está estabelecido o processo de isolamento retroalimentativo, no qual rejeita e é rejeitado por muitas pessoas da

família, do trabalho e das suas relações pessoais, retraindo-se e reduzindo o número de atividades que não tenham relação com a droga, chegando até a condicionar o que vai fazer ao fato de poder ou não usá-la. Muitos bebedores, por exemplo, deixam de ir a festas ou frequentar outros ambientes onde sabem que não haverá bebida alcoólica.

Outro exemplo clínico é do rapaz que costumava jogar futebol nas manhãs de sábado com os amigos e, por sentir-se mal ao acordar, de “ressaca” por ter bebido na véspera, não consegue mais comparecer. O futebol é sempre seguido de algumas rodadas de cerveja, e ele agora só chega nesta hora de confraternização. O tempo que seria dedicado ao esporte está sendo “consumido” pela recuperação dos efeitos do uso da noite anterior.

Em todos os exemplos acima, as pessoas envolvidas tentam criar um mecanismo de autocontrole, mas ainda não aceitam a possibilidade de suspender completamente o uso da droga.

7 - O último critério de dependência refere-se à continuidade do uso da droga, apesar do conhecimento da existência de problemas diretamente causados por ela – como no caso de quem contraiu diabetes por causa de uma pancreatite provocada pelo álcool e, ainda assim, continua bebendo.

Apesar do abuso de drogas ser classificado como um diagnóstico preciso pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), ele também envolve critérios sociais, como ressaltamos anteriormente. Cada sociedade dita suas próprias normas de consumo aceito ou abusivo de drogas. Na sociedade Inca primitiva, o uso de folhas de coca era rotineiro, de forma a aumentar a resistência física e psicológica, necessária para percorrer longas distâncias em grandes altitudes. A grande quantidade de álcool ingerida pelos irlandeses não é tolerada pela sociedade ortodoxa de Israel. E em certos países árabes, o consumo de bebida alcoólica pode levar a punições severas, o que, aliás, inibe drasticamente o seu consumo (Vaillant, 1999).

3

Classificação das substâncias psicoativas

As substâncias psicoativas são classificadas na atualidade de acordo com os efeitos que provocam, principalmente no sistema nervoso central, os quais constituem o motivo fundamental de sua utilização (Masur e Carlini, 1989).

3.1

Drogas depressoras

As drogas depressoras possuem a capacidade de deprimir o funcionamento do sistema nervoso central, agindo como uma espécie de freio fisiológico, seja por meio do aumento da atividade de neurônios inibidores cerebrais ou da diminuição da atividade dos neurônios que funcionam como “aceleradores” cerebrais. Em ambos os casos, a “velocidade” do cérebro é diminuída, reduzindo-se assim a atividade motora, o que, como consequência, faz o cérebro funcionar de forma mais lenta. Sabe-se que a maioria destas substâncias possui potencial de criar dependência.

Em função de sua capacidade depressora, a utilização dessas drogas é especificamente útil na medicina, uma vez que ajudam a diminuir o excesso da atividade cerebral, muitas vezes indesejado, sendo a dor um bom exemplo para este caso. Drogas como a morfina, mostram-se úteis e funcionais, em especial quando a dor física (estado conhecidamente desagradável) se faz presente. Assim como os barbitúricos, hipnóticos e ansiolíticos, cujo uso é bastante difundido para induzir o sono e/ou aliviar o estresse. Contudo, apesar da eficácia dessas drogas para tais fins, as mesmas não agem na causa da dor ou do estresse, apesar de combaterem seus efeitos, mantendo, assim, a razão primeira do problema a ser solucionado.

Fora do âmbito médico, vemos que o uso dessas substâncias também é bem importante e freqüente. Elegeremos o álcool como principal representante desta categoria, tanto por ser uma das drogas mais usadas pela humanidade quanto pelo fato de o alcoolismo, se apresentar como um dos principais problemas de saúde pública na atualidade.

O álcool é o mais famoso desinibidor social conhecido. Apesar de ser uma droga reconhecidamente depressora do sistema nervoso central, em doses reduzidas age como estimulante do humor. Este fato se deve, paradoxalmente, ao efeito depressor que acontece em camadas cerebrais responsáveis pela censura. O indivíduo tende a se sentir mais desinibido e relaxado; entretanto, com o aumento da ingestão outros efeitos são observados, como a redução da coordenação motora. Caso a ingestão se prolongue, o raciocínio ficará diminuído, o julgamento prejudicado e o humor instável. A partir daí, poderão, ser percebidos sinais claros de intoxicação alcoólica, como fala arrastada, náuseas e vômitos, seguidos de lapsos de memória. A depressão do sistema nervoso central, devido ao uso de álcool pode levar, após estes estágios, à insuficiência respiratória, coma e morte (Schuckti, 1991).

No entanto, a maioria das pessoas costuma fazer um uso não-patológico dessa substância, e se beneficiam de seus efeitos agradáveis. Além de sua conhecida utilidade social desinibidora, pesquisas mostram que o uso do álcool regular e moderado pode até ser preventivo para doenças cardiovasculares (Schuckti, 1991).

3.2

Drogas estimulantes

Neste grupo temos como principal representante a cocaína. Potente estimulante, derivado de uma planta sul-americana chamada coca (ou epadu, como é conhecida no norte do Brasil), era principalmente cultivada nos Andes, onde era utilizada pelos Incas, e de onde foi para a Europa, levada pelos conquistadores espanhóis. Muitíssimo consumida, principalmente na Europa, teve seu uso difundido e divulgado nos anos 80, graças a seus efeitos euforizantes. Chegou a ser ministrada como medicamento até o início do século passado, porém a ocorrência de problemas decorrentes do uso indevido da substância fez com que seu uso fosse proibido por lei.

A cocaína é vendida na forma de um pó branco, semelhante a açúcar e com um custo relativamente alto. Este pó é, em geral, inalado pelo usuário, que sente quase que de imediato seus efeitos euforizantes com duração média de duas horas. Sensação de poder, força, aumento do apetite sexual, diminuição da fadiga,

aumento da atenção são alguns de seus principais efeitos. Com a continuidade da utilização, o usuário passa a sentir-se inquieto, perseguido, e apresenta dificuldade de raciocínio, irritabilidade e tendência à agressividade.

A cocaína possui um alto potencial de dependência, provocando um uso cada vez mais intenso, o que expõe o indivíduo a doses letais da substância. A maioria das drogas estimulantes, como a cocaína, e o crack, têm sua venda proibida ou, no caso das anfetaminas, controlada por receita médica. Já a nicotina e a cafeína são os representantes “legais” dessa categoria.

3.3

Drogas perturbadoras

Neste grupo estão representadas as drogas que possuem a característica de produzir alteração no funcionamento normal do sistema nervoso central, causando vários fenômenos psíquicos “anormais”. Estas são denominadas também substâncias psicomiméticas, pois seus efeitos são semelhantes aos da psicose.

Em nosso meio, o representante mais conhecido desta categoria é a maconha. Droga ilícita mais utilizada no Brasil, seu consumo nos últimos dez anos vem crescendo significativamente entre os jovens brasileiros. Na cidade de Porto Alegre, é a droga mais consumida entre os adolescentes (Lucas, 2000).

O consumo da maconha também é muito comum em outros países. Nos Estados Unidos, é a droga mais difundida depois do álcool e do tabaco, estando o seu consumo localizado, sobretudo, na faixa de 18 a 25 anos. Estima-se que de 12 a 50% de todos os adolescentes e adultos jovens da Europa já experimentaram uma vez a maconha (Sydon, 2001). No Brasil, existem relatos do uso da maconha desde o descobrimento (Lucas, 2000) e seu uso histórico está ligado principalmente a cerimônias religiosas e empregos medicinais.

No mundo ocidental, principalmente devido aos efeitos alucinógenos que a maconha pode proporcionar, foi comparada aos opióides, sendo relacionada como uma droga causadora de dependência. Porém, o próprio Ocidente tem sido palco de pesquisas importantes sobre os efeitos terapêuticos da maconha, que é usada no tratamento de sérias doenças. A discussão sobre a legalização desta droga é bastante polêmica e seu uso, tanto no âmbito doméstico como no social, ainda é tema de discussões importantes.

Os efeitos psicoativos da maconha são causados principalmente pelo C9 – tetra-hidrocanabinol (19 – THC), isolado em 1964. Esta substância provém da planta *canabis sativa* e a força de seu princípio ativo está intimamente relacionada à quantidade de luz solar que a planta recebe (Schuckti, 1991).

Normalmente, é usada sob a forma de cigarros feitos com a folha seca, confeccionados pelo próprio usuário. Os efeitos, dependendo da qualidade da droga, podem durar até três horas. Além de fumada, a planta pode também ser ingerida, prolongando-se seus efeitos e a sensação de relaxamento. Via de regra, tais efeitos estão especificamente ligados ao estado emocional do usuário e ao ambiente onde a droga é consumida.

A maconha é considerada por muitos especialistas como uma droga perigosa (Kalina, 1991; Lucas, 2000; Lambert, 2001). Isto se deve, principalmente, à constatação de danos importantes em um bom número de usuários crônicos e à idade do início do seu uso – a adolescência – quando a formação dos “sistemas cerebral e sexual ainda está se desenvolvendo” (Schuckti, p. 177).

Muitas vezes comparada ao álcool, a maconha é uma droga que se presta a um uso crônico. Em geral os problemas decorrentes podem aparecer com o tempo e não são percebidos com muita clareza, provavelmente por não serem agudos, o que facilita a adaptação aos mesmos. Podemos citar como as principais conseqüências do consumo crônico: “aumentar sintomas decorrentes da bronquite crônica, tais como tosse, produção de escarro e sibilância; além disso, pode haver, ao longo do tempo, diminuição da função respiratória. Há evidências também de que o fumo crônico de maconha possa ocasionar um aumento de risco para desenvolvimento de câncer respiratório” (Lucas, 2000).

Alguns sintomas psiquiátricos também podem ser observados em usuários crônicos, “como estados psicóticos, despersonalização, ânsia pela droga, diminuição da memória e da organização e integração das informações recebidas. Geralmente estes sintomas são auto-limitados, podendo cessar em 4 ou 6 semanas de abstinência da droga” (Lucas, 2000).

Vale ressaltar que a maconha não é uma droga potencialmente fatal. Contudo, observam-se na clínica sintomas importantes de abstinência, tais como alteração de sono, anorexia, náuseas, vômitos, tremor, sudorese, agitação e depressão. Após a interrupção do uso, a maconha pode levar até 30 dias para ser

eliminada do corpo e muitas vezes os sintomas de abstinência são sentidos pelo usuário nesta época, o que facilita a recaída.

Nesta classificação também se encontram as drogas produzidas em laboratório, como o LSD e o Ecstasy. Todas as drogas deste grupo têm seus consumos proibidos pelas leis brasileiras.

Podemos observar que a dependência de drogas é uma condição patológica tão grave quanto freqüente, o que leva diversos profissionais interessados no assunto a debaterem quais os fatores facilitadores desta patologia. Para tal fim, discutiremos esta questão à luz de três dimensões: biológica, psicológica e sociocultural.

4

O modelo biológico da dependência

A razão pela qual muitos usuários de drogas tornam-se dependentes e outros não, não é clara. Há diversas teorias a respeito. A comunidade científica internacional considera a dependência um distúrbio multi-fatorial, e tem convenicionado trabalhar com a idéia de fatores de pré-disposição, ou vulnerabilidades. No que se refere às possíveis causas da dependência, estes aspectos facilitadores do desenvolvimento da dependência podem ser categorizados em um modelo biológico, um modelo psicológico, um modelo social, e um modelo doença.

O modelo biológico argumenta que as pessoas que se tornam dependentes de drogas são, de alguma forma, diferentes biologicamente daquelas que não se tornam dependentes. Este fator é o que torna as pessoas mais susceptíveis de tornarem-se dependentes do que outras. Evidências de estudos com gêmeos e crianças adotadas de pais biológicos alcoólicos sugerem fortemente que a predisposição genética é um fator de contribuição, pelo menos no alcoolismo.

Os fatores biológicos facilitadores falam do quanto influências hereditárias são determinantes no desenvolvimento da dependência de substâncias psicoativas. O conhecimento destes fatores esclarece sobre a forma de como o corpo está reagindo aos efeitos das drogas, fornecendo pistas de como será o comportamento do indivíduo diante da substância.

O processo de desenvolvimento da dependência de substâncias costuma ocasionar significativos comprometimentos físicos no indivíduo. Muitos avanços científicos têm sido feitos para a compreensão da dinâmica biológica na dependência de substâncias psicoativas.

George Vaillant, autor de um importante estudo longitudinal na área das dependências (1999), afirma que, apesar de fatores culturais serem bastante relevantes no desenvolvimento do alcoolismo, observa-se uma importante herança familiar no desenvolvimento desta condição. Algumas raças, como os mongóis e os chineses, apresentam baixo índice de abuso do álcool, assim como os índios americanos apresentam índices elevados desta condição. E, apesar de importantes estudos comprovarem algumas diferenças raciais, no que diz respeito à metabolização do álcool, elas não são determinantes para o comportamento de abuso e dependência de álcool.

Entretanto, influências genéticas são consideradas importantes fatores de risco de dependência (Messas, 1999). Consideráveis estudos com gêmeos mostram que a maior concordância a respeito do abuso e da dependência aconteceu entre irmãos univitelinos, mesmo quando não foram criados juntos ou em ambientes alcoólicos (Ramos, 1998). Com relação às outras drogas, como os tranqüilizantes, por exemplo, foi encontrada uma concordância de 30% em gêmeos, e na dependência de cocaína, 70% (Messas, 1999).

Estudos sobre alcoolismo, com gêmeos, têm mostrado que se um gêmeo idêntico é alcoolista, o outro gêmeo tem cerca de 50% de chance de também se tornar alcoolista. Por outro lado, se um gêmeo não idêntico é alcoolista, o outro gêmeo tem apenas 25% de chances de se tornar alcoolista. Portanto, a formação genética idêntica aumenta o risco do alcoolismo se comparada à formação genética diferente. O alcoolismo não pode ser explicado por uma única base conceitual. Por outro lado, um número significativo de pessoas que não possuem parentes alcoolistas (não possuem disposição genética), também desenvolve alcoolismo, indicando que a genética pode facilitar o desenvolvimento do alcoolismo, mas não é pré-requisito determinante.

Outros estudos, levando em conta a adoção, aferiram que existem quatro vezes mais possibilidades dos adotados se tornarem alcoolistas se tiverem pais biológicos alcoolistas, mesmo sendo criados em um lar não-alcoolista, do que

peçoas criadas em um lar sem raízes genéticas para o alcoolismo (Vaillant, 1999).

O autor também observa este fato em seu estudo longitudinal em que a presença de um familiar alcoolista seria um fator “prognosticador” para abuso de dependência de álcool. Neste estudo, 10% dos 178 homens que não tinham familiares abusadores ou dependentes desenvolveram dependência, contra 34% dos 71 que tinham história de abuso e dependência na família.

Neste mesmo estudo, na categoria proximidade de parentesco, observou-se que o fato de ter um dos progenitores alcoolista aumenta a probabilidade de dependência em relação a outros parentescos. E que, quanto maior o número de parentes dependentes de álcool maior o risco de desenvolvimento de alcoolismo.

Estudos com outras drogas também comprovaram grande influência genética com parentes de primeiro grau na dependência de cocaína, heroína, maconha e nicotina. Esta vulnerabilidade estaria relacionada tanto com a dependência de uma forma geral, como com a dependência de cada droga especificamente (Messas, 1999).

A influência genética se manifesta na forma de metabolização da substância psicoativa pelo corpo. É sabido que o alcoolismo provoca uma alteração progressiva na metabolização do etanol e este fato pode ser transmitido geneticamente. Sendo assim, filhos de alcoolistas podem herdar uma capacidade de metabolizar o álcool diferente dos filhos de não-alcoolistas. Estudos importantes têm relatado que filhos de alcoolistas apresentam menor sensibilidade aos efeitos do álcool do que filhos de não-alcoolistas, ou seja, os primeiros têm menor percepção da intoxicação alcoólica do que os do outro grupo. Este fato facilitaria uma maior exposição ao álcool, conseqüentemente aumentando a possibilidade de alcoolismo (Shuckti, 1991).

É importante lembrar que estas descobertas ligadas à vulnerabilidade genética não significam uma predisposição hereditária – que seria bem mais determinante. Contudo, esta vulnerabilidade sinaliza uma necessidade de atenção redobrada por parte dos parentes de dependentes em seu uso de qualquer substância psicoativa.

5

O modelo psicológico da dependência

O modelo psicológico argumenta que a dependência está ligada a certos tipos de personalidade, ou estados psicológicos. Certos estados emocionais mal adaptativos podem ser aliviados pelo uso da droga. Nesses casos, o uso de drogas é visto como uma forma de automedicação face a sentimentos e emoções desagradáveis. Esta visão considera o uso de drogas secundário ou sintomático a um distúrbio psicológico anterior ou subjacente. De acordo com esse modelo, o uso de drogas ou problemas dele derivados podem cessar se a causa do uso for efetivamente tratada.

A dependência do álcool e de outras drogas se manifesta de maneira muito contundente no comportamento do dependente, causando modificações. Muitas vezes tenta-se explicar a causa da dependência levando em conta a forma como o indivíduo se comporta em seu processo de dependência ativa. Contudo, estas são instâncias diversas. Existiria uma personalidade ou personalidades específicas que determinariam o processo de dependência? Como identificá-las?

Muitos autores se esforçam no sentido de traçarem um perfil do indivíduo dependente de álcool e outras drogas. Claude Olieveinstein (1988), por exemplo, descreve os jovens “anormais” como indivíduos que podem se drogar tanto em grupos ou sozinhos, isolados, tendo em comum o fato de tentarem viver na marginalidade. O autor os descreve como jovens carentes, desorientados, como que despreparados para a vida, com idade entre quinze e vinte anos. Não importando de que meio social vieram, o autor afirma que o que eles têm em comum é o fato de estarem “separados” de suas famílias, no sentido literal ou figurado. Jovens cheios de “traumas”, tanto por serem filhos de imigrantes, ou de minorias raciais, se encontram em suas angústias imobilizando-se a si mesmos com o uso de substâncias psicoativas, fugindo da realidade de suas famílias.

Para Olieveinstein (1988), seria necessário “um encontro” de certas estruturas de personalidade com a droga para resultar na “síndrome toxicomaniaca”. Este fato pode se dar de forma acidental ou ser desejado desde muito cedo, na infância ou na adolescência. “Trata-se de uma tendência muito profunda, antiga, que, sob a pressão da angústia, se esforça em atingir o objetivo, custe o que custar, apesar da culpa que sente, pelo menos no início” (p.5).

A “síndrome toxicomaníaca” então, dar-se-ia a partir de três instâncias. A primeira seria o efeito que a droga proporciona a partir do contato com a mesma. A segunda se apresenta com a progressiva adaptação orgânica aos efeitos da substância, em que o usuário precisa aumentar a dose para sentir seus efeitos positivos, estando ou não a dependência instalada. A terceira instância seria a dependência propriamente dita, quando existiria uma necessidade contundente da substância psicoativa. Essa necessidade pode se manifestar na forma de um desconforto físico e psíquico profundo.

A partir daí, a falta de iniciativa e a descrença no futuro se tornam uma constante na vida do toxicômano, e a única certeza é a necessidade da próxima dose, da qual se espera tudo. Seus impulsos se tornam progressivamente voltados para o uso da substância psicoativa e para a fuga do desprazer causado pela sua falta. Com a progressividade da dependência, até mesmo os impulsos sexuais são deslocados de sua condição para obtenção de uma espécie de “orgasmo farmacológico” (Olieveinstein, 1988). Vivendo em um mundo de ilusão, de um vir-a-ser que jamais se concretiza, o dependente experimenta um crescente desprazer no “mundo real”, caracterizando, assim, o estado de dependência.

Outros autores são categóricos em afirmar que não existe uma personalidade que predisponha para esta condição, apesar de concordarem em relação a existir um modo específico de ser dependente. Apesar de vulnerabilidades ambientais, tais como abandono na infância, ou psicológicas, como baixa auto-estima, ou de estados de tristeza serem facilitadores de qualquer patologia, tais vulnerabilidades não são suficientes para afirmar que o dependente de substâncias psicoativas teria este perfil, ou que quem não o tem estaria livre ou protegido da dependência.

Estudos sobre características de personalidade, não apresentam grandes diferenças entre indivíduos que mais tarde tornam-se dependentes, daqueles que não se tornam. Características de personalidade de indivíduos em recuperação também não apresentam variação significativa em relação àqueles que nunca foram dependentes de drogas. Em resumo, não há uma característica especial na personalidade de um dependente, exceto seus comportamentos durante o período em que está usando drogas ativamente.

6

O modelo social da dependência

Esta categoria vai abordar em que medida o meio, enquanto berço de raízes, práticas e valores culturais, tem influenciado na aquisição e no desenvolvimento da dependência de substâncias psicoativas. Para este feito, serão enfocados três pontos principais: a influência da cultura, o momento socioeconômico e o papel da família como socializadora primária.

As referências culturais sinalizam o permitido e o proibido no âmbito social e privado. Sabe-se que as variadas culturas lidam com o hábito de ingerir substâncias psicoativas de formas diversas. Alguns estudos buscam correlacionar a forma adotada para lidar com a ingestão de substâncias psicoativas e a incidência de abuso e dependência.

A partir do estudo longitudinal de Vaillant (1999), constataram-se diferenças culturais importantes sobre a incidência de problemas decorrentes do uso de álcool.

Em algumas culturas, como a muçulmana e a hinduísta, a taxa de alcoolismo é muito baixa, na medida em que a restrição ao consumo de álcool é bastante respeitada pela população. Por outro lado, a “lei seca” veio mostrar o quanto a proibição pode estimular o uso de substâncias psicoativas. Durante a vigência da lei, usar álcool passou a ser um ato revolucionário, desencadeando uma série de problemas para a sociedade americana, que registrou naquela época uma das maiores taxas de consumo de álcool da sua história.

As famílias mediterrâneas tenderam a apresentar menor taxa de dependência de álcool do que as demais. E as de origem anglo-irlandesa revelaram problemas significativamente maiores do que as outras.

Constatou-se ainda que os irlandeses eram mais severos quanto à permissão de beber cedo. Contudo, mostraram-se mais liberais com relação a embriaguez, vista com admiração entre jovens e adultos. Entre os italianos a situação era inversa, com as crianças bebendo desde cedo e a embriaguez considerada uma prática condenada. Apesar de a taxa de alcoolismo infantil na Itália ser uma das mais altas no mundo, entre os adultos essa realidade não se repete com frequência. Já os franceses ensinam suas crianças a beber, mas não

estimulam a prática da moderação. Vale saber que a França possui a maior taxa de alcoolismo do mundo.

Enfim, culturas que educam seus membros, desde cedo, para como e onde usar substâncias psicoativas tendem a ter taxas menores de abuso e dependência do que aquelas que simplesmente proíbem seu uso, ou as que não estimulam nem valorizam a moderação, fazendo apologia da embriaguez. Entretanto, analisar como a droga é utilizada pode esclarecer como esta cultura está se apresentando.

Bucher (1992) afirma que o uso de drogas, em uma determinada sociedade, costuma ir para guetos e ocupar os espaços do “proibido” quando se diminui o espaço participativo que seu uso pode ter. Seus usuários se tornam marginalizados, o ilícito passa a ocupar um espaço amplo, estimulando uma espécie de cisão social. O uso de drogas passa a ser um sintoma da cultura. Usada, portanto, de maneira disfuncional e destrutiva, a droga reflete as incoerências e as injustiças de determinado meio. O uso de drogas passa a ser um importante componente de um contexto de poucas oportunidades profissionais para uma maioria, de falta de infra-estrutura básica, angustiante e desagregador. Justifica-se, assim, a necessidade de desligar-se, de não fazer parte de um contexto não tão atraente.

Para Kalina (1999), o estilo de vida destrutivo, proveniente de uma personalidade dependente, não pode ser desvinculado de uma sociedade que facilita essa relação disfuncional e induz a ela. Considerando-o como um “ator de uma cena alienante”, o autor afirma que o adicto é o espelho do corpo social a que pertence – externa pelo seu comportamento toda a opressão social dominante.

Aqui vale uma discussão mais aprofundada da relação entre o momento socioeconômico vigente e sua influência no consumo de substâncias psicoativas. Podemos considerar que a contemporaneidade é caracterizada pela extrema necessidade de consumo e pela intensa competitividade no mundo do trabalho. A partir do século XX, o mundo em geral foi marcado pelo desenvolvimento intenso do capitalismo, em que o lucro passou a ser o maior valor, muitas vezes em detrimento da ética relativa ao modo de obtê-lo. Cruz e Ferreira (2001), em uma análise sobre o panorama econômico atual e o consumo de substâncias psicoativas, citam Sennet (1999) quando este afirma que a forma contemporânea de fazer capitalismo produz desempregados em massa, pessoas sem mais nenhum valor, das quais a sociedade procura se livrar.

Este fato acaba por produzir um grande clima de incerteza com relação ao futuro, gerando muitas angústias. Ao mesmo tempo em que as fontes de estabilidade estão se diluindo no capitalismo, cada vez mais competitivo, vivemos a época dos empregos temporários e das atividades informais, aumentando enormemente a parcela dos excluídos. Tal situação é bastante preocupante, na medida em que é uma tônica na atualidade, os projetos de vida serem essencialmente ligados às atividades profissionais (Cruz e Ferreira, 2001). Este fato, salientado pelos autores, tem função central na determinação social da escolha do uso de substâncias psicoativas. Isso torna os jovens especialmente vulneráveis, já que estão no momento tanto de investimento profissional quanto de possível experimentação de drogas. Vendo-se diante de um futuro tão incerto, com tão poucas oportunidades – e ao mesmo tempo com tamanha exigência de sucesso e de consumo - diante da impossibilidade e da frustração, os jovens se unem cada vez mais em grupos de excluídos, à margem. Vivem um duplo descompromisso, tanto com o mundo do trabalho, quanto com um engajamento na sociedade, por vivenciarem um processo de exclusão das possibilidades.

“Esse processo acompanhou-se de uma degradação dos meios de suporte social, estes compreendidos como a atenção pelos serviços sociais públicos, a inserção familiar e em rede mais ampla, que incluía vizinhos, companheiros de sindicatos e outras associações. Encontra-se assim, cada vez mais, a existência de famílias monoparentais, filhos adultos que moram com os pais e a degradação da sociabilidade popular” (Cruz e Ferreira, 2001).

Diante desta situação, o uso de substâncias psicoativas pode ser considerado, de um ponto de vista sociocultural, como uma forma de minimizar o mal-estar gerado por tantas demandas de um mundo extremamente competitivo e exigente. Kalina (1999), afirma que a nossa cultura é cada vez mais desumanizada – em vez de vivermos em função da vida, da natureza, enfim, dos seres vivos, vivemos em função da luta pelo poder, na qual, segundo o autor, a “bomba que só-mata gente” é o grande exemplo da “desumanização do processo cultural que vivemos” (p.53). Com a desumanização nos tornamos robôs, e como máquinas precisamos, assim como os helicópteros, aviões e carros, de combustível. A droga, então, aparece como o grande combustível que estimula a auto-estima, dá energia, faz relaxar, enfim, torna a existência menos árida. “Vivemos em uma sociedade fanática e como consequência “a existência tóxica” tende a ser a normal, pois

neste conteúdo a autodestruição é homologada ao triunfo sobre a adversidade” (p.54).

Assim, surgem as adições legalizadas, pois vivemos em uma sociedade indutora do consumo de substâncias psicoativas. A sociedade respalda algumas substâncias e rejeita outras, mas a possibilidade de se extasiar, sair da consciência, tem sempre seu lugar privilegiado. Tanto pelo viés da busca do prazer e da fuga do desprazer produzido pelo meio sociocultural, quanto pela necessidade de consumo – sendo a droga mais uma de suas possibilidades – é de se esperar que, diante de tamanha angústia, a sociedade induza ao consumo de alguns “amortizadores”. Cruz e Ferreira (2001) apontam que a experiência de transcendência, que sempre esteve limitada a alguns poucos – como os pajés – agora se encontra ao alcance de todos, deixando de ter um objetivo específico e passando a ser objeto de um intenso consumismo. As drogas passam a ocupar o lugar vazio, da falta, que, como nunca será suprida, conforme salienta Freud (1975), torna-se objeto de compulsão.

Forma-se então um modelo adictivo de sociedade, que não só induz ao entorpecimento (fato que em si, com moderação, não traria maiores danos), mas à compulsão, ao uso disfuncional de qualquer fonte de prazer ou inibidora de desprazer. “O modelo adictivo é oferecido, assim, ao ser em desenvolvimento, com ou sem drogas, já que o trabalho, a comida, o jogo podem ser equivalentes delas, pelas modalidades adictivas que apresentem estes modelos.” (Kalina, 1999, p. 183).

O autor destaca o fato de que as famílias estão cada vez mais “adictogênicas”, ou seja, apresentam um modelo adictivo de conduta em sua convivência. Este aparece sob a forma de se relacionar com o trabalho, o sexo, a comida e o poder. “Os que exercem estas funções (modelos adictivos de conduta) são novamente emissores de dupla mensagem, que sintetizo no modelo indutor por excelência: faça o que eu digo, mas não faça o que eu faço. Nós usamos drogas, mas vocês não devem fazê-lo” (p. 183).

Sendo a família a instituição que faz a mediação da cultura, encontra-se mergulhada nos valores atuais de nossa sociedade. Segundo Minuchin (1990), a família tem passado por transformações que acompanham as mudanças socioculturais. Ela tem a função de dar proteção aos seus membros, e, ao mesmo

tempo, facilitar a acomodação destes à cultura vigente. Muitas vezes essas funções se contradizem na prática.

O autor afirma que, diante de tantas mudanças no campo socioeconômico, a principal tarefa da família – apoiar seus membros – “tornou-se mais importante do que nunca” (p. 53). É tarefa da família, na condição de menor unidade social, mudar para se acomodar às transformações, e manter uma continuidade necessária, capaz de acolher seus novos membros, que terão ali seu ponto de partida na direção de seu desenvolvimento. Por esse motivo, a família também sofre ataques, em função de sua característica conservadora. Ao mesmo tempo em que muda para se adaptar, tenta resistir à mudança apresentando muitas vezes um discurso ambíguo, que também reflete a ambigüidade social.

Ou seja, as tarefas da família não são fáceis. E, apesar de ser a principal responsável pela formação da identidade dos indivíduos, não é a única. Visto que a família está inserida em um sistema social mais amplo, e é condicionada a este de uma forma recíproca, a sociedade deverá desenvolver “estruturas extrafamiliares” (p. 55) que também dêem suporte às novas formas de subjetivação e de construções familiares. “O grande número de famílias, nas quais ambos os pais trabalham fora, por exemplo, criou uma necessidade de serviços de cuidados diários, em grande escala, os quais ainda não estão disponíveis.” (Minuchin, 1990, p.55).

E, apesar de a mudança normalmente se deslocar da sociedade para a família (já que a família é a unidade menor) e não ao contrário, isso não tira a sua força na construção da subjetividade. Neste processo, a família se depara com diversos problemas, tanto advindos dos estresses normais que o próprio processo impõe, como de “acidentes de percurso”, condições muitas vezes fora de qualquer controle.

Minuchin (1990) salienta que o fato de existir uma visão idealizada de família perfeita, onde as pessoas passam incólumes pelas intempéries da vida, faz com que muitas reações, diante de fatos difíceis, sejam categorizadas de forma engessada e debilitante. Na verdade, é esperado haver reações anormais diante de situações também anormais. O que diferencia uma família “saudável” de uma “não tão saudável” não pode ser a ausência de problemas, e sim o modo como o sistema familiar tem se estruturado ao longo de sua história diante dos problemas.

Para isso, o autor propõe que a família seja vista como um sistema, como um organismo dinâmico.

Este fato tem levado os especialistas da área das dependências a reconhecer cada vez mais a importância da família em todas as fases do processo de dependência, do uso à dependência, e ao sucesso ou ao fracasso no tratamento. Sendo assim, dentre os aspectos facilitadores da dependência, priorizaremos o entendimento da família enquanto berço primário das relações.

7

O modelo doença biopsicosocial

Na medida em que a adicção por drogas é um estado patológico com sinais e sintomas característicos e um curso previsível e progressivo, se não tratada, muitas autoridades consideram a dependência um estado de doença. Este modelo considera a dependência de drogas uma interface entre os três fatores descritos anteriormente - biológico, psicológico e social. Por essa razão, considera a dependência uma doença *biopsicosocial*, caracterizada por compulsão ao uso da droga, perda de controle sobre o uso, e continuidade do uso apesar de suas conseqüências adversas. O modelo defende a tese de que indivíduos que uma vez tenham desenvolvido a dependência, não poderão retornar ao uso social da droga. Abstinência é o único tratamento efetivo de longo prazo.

O modelo doença alerta os profissionais de saúde a usar técnicas de terapia familiar para estabelecer diagnóstico e tratamento, estimula o desenvolvimento de planos focais de tratamento, assim como a conscientização e educação do paciente, e a discussão a respeito do seu prognóstico. É indispensável aos profissionais envolvidos um manejo terapêutico livre de julgamentos e preconceitos.

A Associação Médica Americana, a Associação Psiquiátrica Americana, e a Organização Mundial de Saúde consideram alcoolismo e dependência por outras drogas uma doença.

8

As comorbidades

Comorbidade é a presença simultânea de duas entidades clínicas no mesmo indivíduo. No caso da dependência de drogas, identificar a presença de comorbidade é fundamental no que diz respeito à abordagem e à definição do tratamento, fato este que influencia diretamente o prognóstico. Sendo assim, ao assinalarmos o termo comorbidade, neste estudo, estaremos nos referindo à presença de transtornos psiquiátricos associados à dependência de drogas.

A dependência de álcool e outras drogas é considerada um dos transtornos psiquiátricos mais prevalentes; a dependência de álcool é a principal causa da maioria das internações psiquiátricas no Brasil e também em outros países (Scivoletto e Andrade, 1997). O processo evolutivo da dependência tende a causar alterações importantes no SNC por duas razões: pelo uso agudo (ação imediata no cérebro) e pelo uso crônico (efeitos ao longo do tempo). Por este motivo, ao nos referirmos à comorbidade com relação à dependência, estamos nos reportando às patologias secundárias – as que surgiram devido ao abuso de substâncias – bem como às primárias, preexistentes ao contato com as drogas.

Leite, Ramadan, e Alves (1999), sinalizam que, para um transtorno ser considerado secundário ao abuso de drogas, ele deve ter surgido durante seu período de utilização ou num período máximo de um mês após a interrupção de seu consumo e os sintomas devem ser similares aos decorrentes das substâncias utilizadas. Por este motivo, muitas vezes, é difícil um diagnóstico preciso quando o indivíduo está utilizando substâncias psicoativas: o próprio uso mimetiza alguns sintomas e sinais de transtornos psiquiátricos, como agitação, euforia, depressão, alterações de humor, alteração de sono, e estados psicóticos, por exemplo.

A comorbidade é usualmente encontrada nos casos de dependência de álcool e outras drogas. Scivoletto (2001) afirma que, em se tratando de adolescentes, cerca de 90% dos casos tenham a presença de outro transtorno psiquiátrico associado à dependência.

“Os diagnósticos associados mais frequentes são os transtornos de humor (especialmente depressão maior) e os transtornos de conduta. Outros diagnósticos podem incluir transtornos ansiosos, esquizofrenia, transtornos de ajustamento, bulimia nervosa e transtorno do déficit de atenção com hiperatividade” (p. 74).

No caso da dependência do álcool, alguns quadros psiquiátricos são bastante específicos desta condição, como intoxicação alcoólica, síndrome de abstinência alcoólica, *delirium tremens*, alucinação alcoólica, distúrbio amnésico alcoólico, encefalopatia alcoólica, déficits cognitivos associados ao alcoolismo e ciúme patológico. A depressão também está usualmente presente no alcoolismo, sendo encontrada como distúrbio primário e secundário.

O consumo de substâncias psicoativas é em geral associado ao aumento na prevalência dos transtornos psiquiátricos, contudo os estudos não conseguem abordar a relação de causa e consequência das síndromes. No caso da cocaína, alguns distúrbios são mais comumente constatados, como transtornos afetivos bipolares, transtornos ansiosos, transtornos de personalidade e, em menor escala, esquizofrenia (Leite et al, 1999).

No que diz respeito ao diagnóstico, algumas questões devem ser observadas. Scivoletto (2001) salienta que este é um problema bastante delicado quando se trata de adolescentes. Muitas vezes o grau de envolvimento em atividades ilegais, observado nesta faixa etária, pode sugerir graves distúrbios de conduta. Entretanto, no decorrer do tratamento tal avaliação deve ser revista, pois a alteração de comportamento pode ser reflexo da dependência, como também das características normais da adolescência.

Leite et al (1999), salientam que é importante não compreender a dependência em função de outra patologia e sim abordá-la como uma segunda patologia:

“... visto que a associação entre abuso ou dependência de substância psicoativa e outras doenças psiquiátricas piora o prognóstico de ambas, aumenta o número de recaídas ou reinternações e é acompanhada de um grande comprometimento psicossocial” (p. 186).

No que concerne ao tema anterior, para dependentes de cocaína, foi feito um esforço no sentido de classificar subtipos de dependentes, de acordo com as comorbidades apresentadas (Leite et al, 1999):

a) Pessoas com um histórico de depressão prévia ou de transtorno de atenção, e que utilizam a cocaína como forma de automedicação.

b) Pessoas com transtorno bipolar, que buscam na cocaína seus efeitos intensos.

c) Pessoas com transtorno de personalidade, que procuram com a cocaína exacerbar seus sintomas.

Apesar destes estudos não terem mostrado muita sustentação, serviram de alerta para os diferentes tipos de comorbidades, que exigirão diferentes intervenções.