

I

Dependência Química

1 - Drogas Psicoativas

Considerações iniciais

O consumo de substâncias capazes de ativar o cérebro, gerando modificações no psiquismo, tem se tornado um tema cada vez mais preocupante nos dias atuais. Isto se deve ao fato de ser um fenômeno social e constituir-se em uma das principais questões na saúde pública, especialmente em razão das conseqüências danosas que podem advir desse consumo (Laranjeira e Surjan, 2001).

Os possíveis danos resultantes do consumo de substâncias entorpecentes decorrem tanto do próprio uso das substâncias químicas quanto da vivência do processo de dependência. Problemas graves de comportamento e de saúde – como doenças hepáticas, contaminação pelo HIV, acidentes de trânsito são apenas exemplos desses danos. Como nos informa Laranjeira e Surjan (2001),

“A dependência de nicotina é isoladamente a principal causa evitável de mortes prematuras e o abuso de álcool é a principal causa de acidentes e mortes violentas em nosso meio. O consumo de drogas injetáveis é fator de risco para diversas infecções, entre elas a infecção pelo HIV” (p.2)

No entanto, o uso de substâncias que alteram o humor é também uma das práticas sociais mais antigas e estimuladas (Bucher, 1992). Ao que parece, o uso de drogas tem feito parte da construção da “identidade cultural” dos indivíduos ao longo dos tempos e, como afirma Andrade (2001), este uso se fazia presente principalmente em rituais religiosos: “...sendo os primeiros elementos sagrados,

substâncias psicoativas como o peiote e o vinho, usados também em festividades, rituais de magia e na medicina”. Ainda segundo a autora, “desde a Antiguidade” podemos observar o uso de substâncias largamente utilizadas em nosso tempo, “como a morfina, o cânhamo, o tabaco, a cocaína e o álcool” (p. 9).

“Para fins cerimoniais e lúdicos, os gregos usavam vinho e cerveja, além de uma mistura de extrato de haxixe com vinho para estimular reuniões privadas.(...) Era hábito, nos tempos dos césaes, fumar flores de cânhamo em reuniões para provocar o senso de humor.” (p. 11)

Apesar de o uso de substâncias psicoativas ser uma prática antiga, verificamos que sua aceitação social apresenta enorme variação. Enquanto algumas substâncias são liberadas para uso, como o álcool e o tabaco, outras são proibidas ou têm sua comercialização controlada por receitas médicas.

Os critérios que norteiam essa classificação parecem advir da experiência da sociedade diante de determinadas substâncias psicoativas. Tancredi (1982) cita o exemplo da morfina – descoberta em 1803 e cujo efeito analgésico era bastante apreciado –, que chegou a ser aplicada durante a guerra civil norte-americana como forma de combate à dor. Contudo, é sabido que muitas pessoas vieram a desenvolver dependência, não conseguindo abandonar o uso da mesma. Fato semelhante aconteceu com o uso de barbitúricos, cujo início da comercialização foi marcado por um desconhecimento de sua capacidade de causar dependência, o que propiciou serem disponibilizados sem o devido controle fazendo com que muitas pessoas que procuravam um sono tranquilo acabassem por se tornar dependentes de tais substâncias.

Outra ocorrência é descrita por Masur e Carlini (1989) em relação à maconha. De início vendida em farmácias com o indicativo para tratamento de vários males, foi posteriormente considerada uma droga maléfica, capaz de provocar danos. No que tange à cocaína, o processo parece ter sido o mesmo, tanto no Brasil quanto em outros países. Também disponível em farmácias, teve

seu uso proibido no início do século passado em razão de uma epidemia de uso não-médico e dos problemas decorrentes desta situação (Masur e Carlini, 1989).

Tancredi (1982) salienta que o que parece servir de parâmetro para uma mudança de postura, no que se refere à aceitação de uma droga, é o surgimento de determinados “estados mórbidos” ou o aumento crescente do número de usuários. Contudo, faz questão de ressaltar que algumas substâncias como o álcool, o tabaco e certos tranqüilizantes não seguem esta tendência, apesar das conseqüências sociais de seu uso.

“Vê-se que há profundas contradições no processo de tomada de decisões quanto ao estabelecimento de mecanismos de controle da disseminação de uma droga. A origem destas contradições deve ser buscada no complexo jogo de forças e interesses de cada sociedade...” (p. 7).

Diante do exposto, torna-se fundamental conhecer as características das substâncias psicoativas e os efeitos advindos do uso, como também entender as conseqüências em curto e longo prazo das diferentes drogas, nos diversos indivíduos e nos variados contextos sociais em que a mesma é utilizada.

2 - 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).

2.1 - Drogas Depressoras do Sistema Nervoso Central

Estas drogas possuem a capacidade de deprimir o sistema nervoso central, funcionando 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, apenas combatem seus efeitos, mantendo, assim, a razão primeira do problema a ser solucionada.

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 lubrificante 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 a 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, a insuficiência respiratória, coma e morte (Schuckit, 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 seu uso regular e moderado pode até ser preventivo para doenças cardiovasculares (Schuckti, 1991).

2.2- Drogas Estimulantes do Sistema Nervoso Central

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 – os Incas a utilizavam –, 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. Por

suas características bioquímicas, podem ser encontrados na urina do usuário vestígios da droga por até dois dias após o consumo.

A maioria das drogas estimulantes (cocaína, crack) tem sua venda proibida ou, no caso das anfetaminas, controlada por receita médica. Já a nicotina e a cafeína são os representantes "legais" dessa categoria.

2.3 - Drogas Perturbadoras do Sistema Nervoso Central

Neste grupo estão representadas as drogas que possuem a característica de produzir alteração no sistema nervoso central, causando vários fenômenos psíquicos "anormais". Estas são denominadas também 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 dos 18 a 25 anos. Estima-se que de 12 a 50% de todos os adolescentes e adultos jovens da Europa já experimentaram pelo menos uma vez a maconha (Sydon et alli, 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 proporciona, foi comparada aos opiáceos – 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 assunto 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 (Schuckit, 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 tornando a intensidade destes menor. Os principais efeitos são a euforia e 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 uso – a adolescência –, quando a formação dos “sistemas cerebral e sexual ainda está se desenvolvendo” (Schuckit, 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 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 em média 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 seu consumo proibido pelas leis brasileiras.

3 - Do Uso à Dependência

A qualidade da relação que o indivíduo estabelece com as drogas está pautada na prioridade que a droga vai assumindo em sua vida. Podemos chamar de uso qualquer consumo de drogas, independente da frequência ou da intensidade. Já o abuso caracteriza uma relação alterada com a substância, sinalizando uso nocivo que resulta em conseqüências adversas.

Embora o caminho do uso até a dependência não aconteça de forma linear, a passagem do abuso para a dependência traz mudanças importantes em nível físico, psicológico e social, caracterizando a síndrome da dependência, conforme descrita no CID 10 e no DSM-IV. A principal diferença entre abuso e dependência se faz pelo agravamento de problemas vivenciados na fase de abuso e no aparecimento de condições físicas e comportamentais bastante características.

Segundo o DSM-IV, para o diagnóstico correto da dependência de drogas é necessário identificar três ou mais dos critérios abaixo que precisam ter ocorrido no período mínimo de doze meses:

- 1) Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:

- a) Uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado.
 - b) Acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância.
- 2) Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:
- a) Síndrome de abstinência característica para a substância.
 - b) Consumo da mesma substância (ou de uma substância estreitamente relacionada) para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
- 3) Consumo da substância freqüentemente em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
- 4) Existência de um desejo persistente ou de esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o contato com a substância.
- 5) Muito tempo gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização da mesma ou na recuperação de seus efeitos.
- 6) Abandono ou redução de importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas em virtude da substância .
- 7) Continuação do uso da substância, apesar da consciência de haver um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.

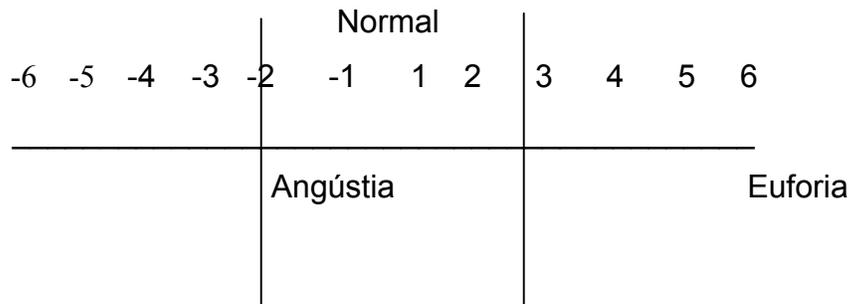
Como já foi mencionado, a passagem do abuso para a dependência não ocorre de forma linear e determinista. Ela é principalmente caracterizada pela “sutileza” da evolução qualitativa entre a possibilidade de controle do uso para a progressiva dificuldade e impossibilidade de exercer tal controle. Sendo assim, a ligação da pessoa com a substância torna-se algo profundamente marcante e resistente a alterações e o indivíduo tende a levar tal memória gratificante ao longo de sua vida.

Devido à falta de unanimidade sobre a origem do fenômeno, parece ser mais fácil descrevê-lo do que explicar suas causas. O âmago do processo de

dependência pode ser entendido por meio da dinâmica das oscilações das emoções.

Esta representação foi proposta por Johnson (1992) e sugere uma forma de compreensão da evolução da dependência através do progressivo processo de aprendizado, o qual é proporcionado pelo contato com a substância psicoativa. E, apesar do autor fazer referência ao álcool na explicação de seu gráfico, entendemos que este pode ser generalizado para qualquer relação de dependência de substância psicoativa, pois tal discussão remete à relação estabelecida e não aos efeitos psicoativos de cada droga. Esse processo é representado pelo gráfico do processo das oscilações das emoções humanas, proposto por Johnson (1992) e está apresentado abaixo:

Gráfico das Emoções



“Na figura 1, acima, os sentimentos humanos estão representados num gráfico da esquerda para direita. Os sentimentos mais dolorosos, situados na extrema-esquerda, passam para sentimentos menos dolorosos, que, por sua vez, aos poucos, passam para sentimentos normais, que, por fim, acabam em emoções estáticas ou de euforia, representadas na extrema direita do gráfico. Assim, os sentimentos passam do desespero suicida para o sentimento eufórico. Teoricamente, todos os indivíduos estão situados em algum lugar, dentro deste gráfico, num determinado momento. Uma vez que todos nós temos oscilações emocionais, durante a vida, cada um de nós passa por

grande parte deste espectro. De acordo com a lei das médias, a maioria das pessoas ocuparia o centro do gráfico durante a maior parte dos dias e dos anos de sua existência” (p. 20).

Nesta representação, as emoções humanas encontram-se divididas em três grandes áreas de sentimentos. Elas podem ir desde “Eu não me sinto nada bem” (-5 a -1) a “Eu estou bem” (1 a 3) e chegar até a “Eu estou muito feliz” (4 a 6) . A maioria das pessoas, na maior parte do tempo, está no centro do gráfico (normal); uma parte estaria “tomada de uma angústia emocional crônica” e uma minoria extremamente feliz. Segundo o autor, 10% de cada grupo se tornam alcoolistas, se referindo assim idéia de que não é o estado emocional original o causador da evolução da dependência. No caso do referido estudo, vamos iniciar a compreensão desta representação partindo do pressuposto de que o indivíduo se encontrava em seu estado “normal” antes do seu primeiro contato com a substância.

O uso de substâncias químicas proporciona um “passeio” neste gráfico. A cada utilização, o efeito da substância é sentido, proporcionando a oscilação das emoções, que é, em sua fase inicial, na grande maioria das vezes, agradável e benigna.

Devido à amplitude do uso do álcool geralmente iniciado em idade precoce, o indivíduo aprende cedo a alterar seus estados de humor. Esta atitude se coloca enquanto mais uma opção no “cardápio dos incentivos exógenos” produtores de prazer ou aliviadores da dor (Esch, 1991).

Alguns pesquisadores apontam para a necessidade de termos uma visão mais crítica a respeito da possibilidade/necessidade de alteração do humor. Milkman e Sunderwirth (1988) afirmam que nosso cérebro é uma “gigantesca fábrica farmacêutica que manufatura poderosas substâncias químicas que alteram a mente” (p.14).

Com isto, os autores chamam atenção para o fato de que a busca pela oscilação das emoções está longe de ser um fenômeno de busca externa, mas uma produção interna do indivíduo. Ou seja, com a afirmação de que “o sistema nervoso central pode produzir seus próprios narcóticos” (p. 13), os autores

tentam desmistificar o poder exclusivamente “alterador e destruidor” das drogas, apontando que a origem desta problemática pode estar na relação de um indivíduo com uma necessidade imperiosa de prazer e a droga que está disponível no momento propício. Concordamos com Esch (1991) quando afirma que o foco da questão da dependência não está no uso das drogas em si, mas na busca ávida por paliativos para as dores e desconfortos existenciais. Esta busca seria motivante para o aparecimento dos mais variados tipos de substâncias modificadoras de humor.

Milkman e Sunderwirth (1988) , então, evoluem para o que chamam de “impulso escravizador de sentir-se bem” (p. 11) ,que será desenvolvido e proporcionará, provavelmente, comportamento compulsivo e progressiva perda de controle nos indivíduos que se engajam em situações que levem às oscilações de humor.

Desta forma, podemos compreender por que é tão comum encontrarmos pessoas que, mesmo depois de terem se afastado da substância que a princípio lhes causava o comportamento compulsivo e a perda de controle, continuam tendo uma relação disfuncional e abusiva com outras fontes de prazer como sexo, jogo, comida ou esporte. Nestes casos, a eficácia do tratamento fica claramente comprometida, já que a relação com as coisas não mudou, e sim o paliativo utilizado.

Importante é dizer que, apesar de o senso comum descrever o dependente químico como um indivíduo que manifesta um desconforto perene e uma sensação de inadequação crônica, muitos estudos apontam para o fato de não haver especificamente uma personalidade pré-mórbida para a dependência. De acordo com o que será apresentado mais adiante, pessoas com as mais diversas estruturas de personalidade desenvolvem dependência. A linha de risco estaria mais ligada a uma conjunção de fatores do que a um tipo de personalidade específica.

Dito isto, podemos voltar ao modelo de Johnson(1992) que demonstra como o processo de dependência se desenvolve por meio da vivência da alteração de humor conseguida pelo uso de substâncias químicas.

Após estudar o ciclo de evolução de dependência de vários alcoólatras, o autor afirma que, antes da dependência instalada “o fundo emocional” de cada um deles era diferente. Contudo, após a instalação desta, ele observa uma espécie de “padrão de angústia emocional” (p. 22) característico. Verificou ainda que este padrão não acontece por um acaso ou “da noite para o dia”, e, sim, por meio de uma espécie de descoberta ou aprendizado das oscilações das emoções. A descoberta da oscilação das emoções a partir do uso de alguma substância psicoativa é um acontecimento vivido até mesmo por pessoas que não são dependentes. Contudo, para alguns, este processo se tornaria patológico.

O processo pode ser representado por duas fases do “Gráfico das Emoções”. Nos primeiros contatos com a substância, a sensação costuma ser bastante prazerosa. A origem do bem-estar pode estar tanto no efeito da substância como na participação de uma espécie de rito de passagem para o mundo adulto, ou ainda no sentimento de pertencer a um grupo. Fica então o registro de uma experiência agradável e, quando a sensação passa, a pessoa volta ao seu estado “normal”: não existe prejuízo algum, não existe custo emocional. No gráfico, esta pessoa que bebe vai de 1 para 2 e, em seguida, retorna para 1, quando o efeito desaparece .

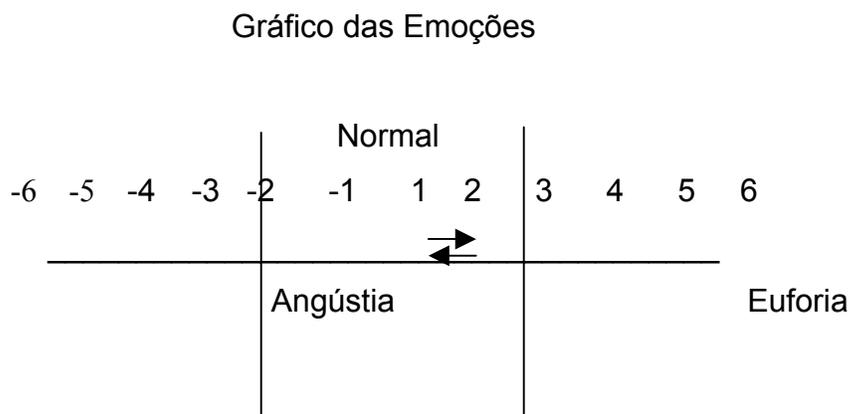


Fig. 2 - O número 1 representa o estado emocional inicial em que a pessoa se encontrava quando do início de sua ingestão. O seu deslocamento até o número

2 indica uma pequena alteração emocional na escala geral do gráfico das emoções. Desta forma, a volta ao estado inicial 1 se torna fácil e automática, não havendo alteração significativa.

O aprendizado de que a graduação do bem-estar conseguido se deve à quantidade de substância ingerida é real e concreto, e reforça a crença da possibilidade do controle desta alteração de humor por meio do uso da substância psicoativa. Estas experiências, por não serem teóricas e sim sentidas, isto é, carregadas de emoção, possuem muita força e serão retidas na memória como um registro positivo.

Assim, na medida em que estas experiências têm continuidade, mantém-se o aprendizado e uma relação extremamente funcional se estabelece entre o indivíduo e a substância. A experiência do indivíduo permite o registro de uma alternativa eficaz de bem-estar, prazer ou de aplacamento de mal-estar.

Alguns autores (Vaillant, 1999; Formigoni e Monteiro, 1997) ressaltam o aspecto evolutivo da dependência, que começa em um relacionamento prazeroso e de ganhos com a substância, podendo passar para um desgaste profundo e de conseqüências nefastas, que caracterizam a dependência.

“A passagem do beber sem problemas ao alcoolismo não se faz do dia para a noite... é um processo que admite uma longa interface entre o beber normal e o alcoolismo, em geral de vários anos. Nesta interface, começam a aparecer os problemas relacionados com o uso inadequado do álcool. O beber passa a ser priorizado em relação a outras atividades, adquirindo cada vez mais importância na vida da pessoa. E, usando uma imagem: quando amigos, família, vida profissional ou preocupação com o próprio corpo começam a ser parte desbotada de uma fotografia antiga, em branco e preto, onde o detalhe que se destaca com mais clareza é o álcool.” (Formigoni e Monteiro, 1997, p. 33)

O tempo necessário para se desenvolver uma dependência não pode ser precisamente determinado. Costuma variar de acordo com a pessoa que ingere a

substância, as substâncias ingeridas, o contexto em que esse uso é feito e como as pessoas lidam com tudo isto. Todos estes fatores formam a equação que resulta na dependência.

A história natural da dependência intercala períodos de funcionalidade e de disfuncionalidade. Nos períodos de funcionalidade ocorrem episódios desagradáveis com a substância, contudo eles não são valorizados até que se tornem – ou pela quantidade deles ou por sua gravidade – mais importantes e “pesados” do que os funcionais, como numa relação de custo-benefício.

Na relação com a substância, o indivíduo aprende, tanto pela própria experiência como pela experiência alheia, que esta relação “prevê” um certo preço físico a ser pago em relação aos benefícios oferecidos pelo efeito. Dor de cabeça no dia seguinte, ressaca, fazem parte do contexto que o efeito proporciona. Estes acontecimentos não costumam causar maiores preocupações, já que, parece fazer parte do senso comum, o fato de que algum tipo de dano físico pode estar presente no hábito de apreciar os efeitos da ingestão de substâncias psicoativas. Na medida em que nenhum custo emocional foi sentido (como, por exemplo, algum episódio que provocasse vergonha por algum excesso cometido), o indivíduo se sente pronto para mais algumas experiências de uso.

“O fato é que pôde reagir à experiência de tal forma que não pagou nenhum preço emocional pela aventura desastrosa. Se suas reais emoções pudessem falar, ele expressaria assim:” - Foi uma grande noite! Havia motivo importante pra ser comemorado, e nós comemoramos de fato. Valeu a pena enquanto durou. Naturalmente, eu não repetiria a dose hoje de noite, mas valeu a pena!”

O diálogo, na verdade, não aconteceu. Não foi uma reação mental, mas apenas emocional. Ele não estava pensando essas coisas, ele as estava vivendo. A grande explosão que se deu nele aparece no próximo gráfico das emoções, sob a forma de uma grande oscilação de sensações, até atingir a euforia; em seguida, o retorno porém estacionado no ponto normal.(...) Foi como se

tivesse pulado por uma colina, agarrado a uma corda, e tivesse voltado ao ponto de partida. Esta é a fase 2, dentro da experiência da bebida: a pessoa que bebe faz um contrato com as oscilações das emoções, e as executa com segurança. Mas, para se tornar alcoolista, as condições da experiência com o álcool começarão a mudar ” (Johnson, 1992, p. 25) .

A mudança não é obrigatória para todas as pessoas que estabelecem relacionamento com substâncias psicoativas. Contudo, sabemos que ela ocorre pelo menos em 15% da população que usa drogas e é principalmente marcada pela maior duração do tempo que o usuário passa utilizando a substância e se recuperando de seus efeitos.

Não se sabe ainda precisamente o porquê desta mudança na relação com a droga, porém alguns autores chegam a descrever como a mudança se dá. Alterações na relação com a substância são notadas, como por exemplo, o uso acima do habitual, de forma que as pessoas mais próximas percebam a alteração no padrão de uso. Ou ainda, ficar intoxicado mais rápido e apresentar danos físicos precoces por uso da substância, como por exemplo uma pancreatite, são sinais deste problema.

Ainda assim, não há como prever quem apresentará ou não estas mudanças que sinalizam o início do processo de dependência, com características muito específicas. O início da passagem da funcionalidade para a disfuncionalidade, do abuso para a dependência, do controle para o descontrole, é impreciso e marcado pelo custo emocional representado no Gráfico das Emoções:

Gráfico das Emoções

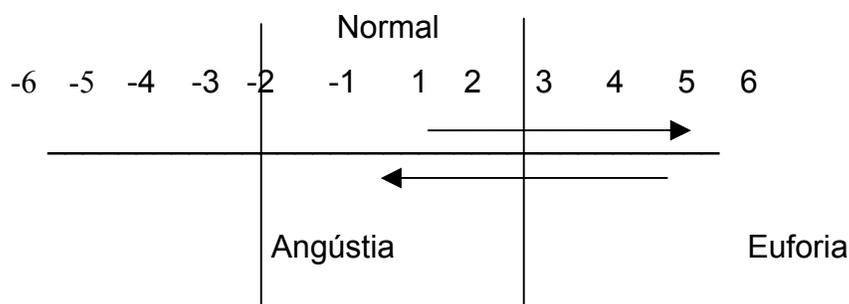


Fig.3 – Neste gráfico podemos observar que há uma grande alteração na escala das emoções. O indivíduo sai do estado emocional normal (1) avançando até a euforia (4) devido ao aumento da quantidade de substância química ingerida. Este fato pode ter ocorrido devido à instalação da tolerância ou à decisão de aumentar a duração e a intensidade do efeito. Em ambos os casos, após a ingestão, o indivíduo precisou de um grande esforço para voltar ao seu estado normal.

No desenvolvimento da dependência, a próxima fase é caracterizada por uma maior clareza da disfuncionalidade resultante da relação com a substância psicoativa, principalmente caracterizada pelo que Johnson (1992) chama de “custo emocional”.

A quantidade e a gravidade das situações envolvendo a perda de controle progressiva e marcante se fazem presentes. Explicações racionais parecem não dar mais conta do tamanho do prejuízo causado por esta relação.

Esta fase pode propiciar uma reflexão sobre a qualidade dessa relação. Contudo, isto pode não acontecer. A pessoa continua “pagando” um preço emocional cada vez maior por cada experiência com a substância. E esse preço pode ser projetado para todas as outras relações, menos para a relação com a

droga. Johnson (1992) afirma que o fato de se pagar um preço cada vez mais alto pelo uso, caracterizaria a dependência. E que seria justamente isto que dificultaria a percepção da raiz de tal processo emocional.

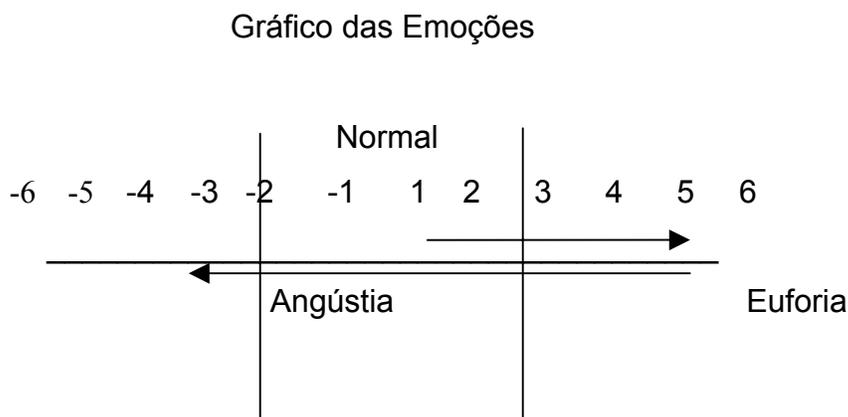


Fig 4 – Com o progressivo aumento da ingestão, os efeitos se tornam mais intensos, indo rapidamente do estado normal para a euforia. O indivíduo, expondo-se cada vez mais a situações de perda de controle, ao ficar sóbrio não volta ao seu normal, sentindo-se angustiado pelas conseqüências de seu hábito de beber.

O indivíduo passa a se defender da realidade que o agride, e se “cobra” pelo seu comportamento disfuncional. As responsabilidades sociais e familiares que não consegue cumprir, o discurso dissociado da prática, o colocam em situações constrangedoras, geradoras de culpa e vergonha.

A partir daí, beber se torna desconfortável. O indivíduo não consegue perceber que valeu a pena utilizar a substância e seu processo defensivo se torna cada vez mais atuante (Johnson, 1992) .

Tais atitudes passam a ser um estilo de vida, em que as situações disfuncionais se avolumam. As defesas intelectuais, as justificativas passam a ser um começo de uma lenta supressão das emoções por parte do intelecto. Isto fará com que ,cada vez mais, o dependente (já podemos chamá-lo assim) viva em um mundo muito particular, povoado por razões e justificativas para o que lhe acontece.

Cada episódio de uso, nesta fase, é seguido de situações geradoras de custos emocionais muito intensos. O dependente sente culpa e remorso. Entende que algo não vai bem, que precisa mudar de alguma forma para evitar esses danos. Percebe como está e repele com vigor recriminações externas, pois já se recrimina intensamente. Pensa em diminuir a frequência de uso, mudar de substância, ou parar de usá-la. Ao tentar essas mudanças, a força do hábito e a adaptação psicofisiológica dificultam seu intento, levando-o a freqüentes episódios de não-cumprimento das promessas de mudança.

O dependente, então, vai progressivamente se sentindo enfraquecido diante da “força” de sua dependência, sentimento este reforçado por sua auto-imagem deteriorada por freqüentes episódios de abuso. Angustiado e encurralado, não sabe mais qual a maior fonte de suas angústias e pensa que se mudasse de cidade, de emprego, de escola, de cônjuge, de família, de droga, tudo se resolveria.

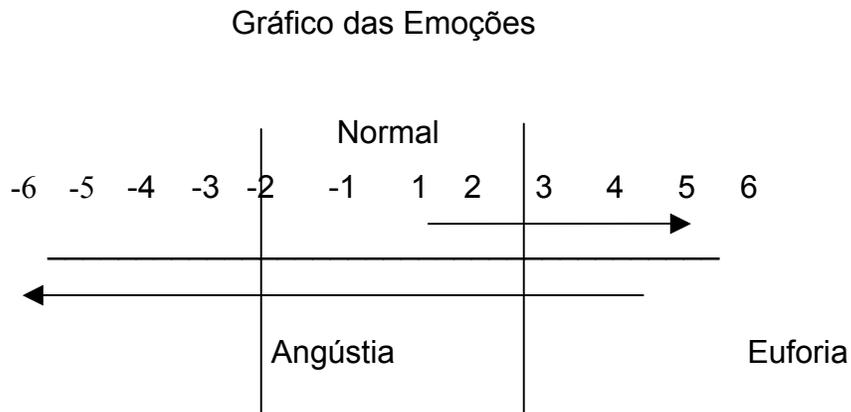


Fig.5 – Com a evolução da dependência, o estado de angústia se torna cada vez mais constante, em detrimento da sensação de prazer proporcionada pelo efeito da substância. Este fato caracteriza um estado de dependência crônico, caracterizado pela síndrome de abstinência.

É comum, nestes casos, a idéia de suicídio, e alguns autores chegam a afirmar que a dependência de drogas é uma espécie de suicídio lento ou um projeto de morte (Kalina, 1980). A dependência é um hábito de destruição progressiva e, se esse processo não for interrompido, o fim da própria vida é uma possibilidade real.

4 - Comorbidade e Dependência Química

Comorbidade é a presença simultânea de duas entidades clínicas no mesmo indivíduo. No caso da dependência química, 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 química.

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 a patologias secundárias – as que surgiram devido ao abuso de substâncias –, bem como às primárias, preexistentes ao contato com as drogas.

Leite et alii, (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, estados psicóticos, por exemplo.

A comorbidade é usualmente encontrada nos casos de dependência de álcool e outras drogas. Scivolletto (2001) afirma que, em se tratando de adolescentes, cerca de 89% dos casos tenham a presença de outro transtorno psiquiátrico associado à dependência.

Os diagnósticos associados mais freqüentes 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 de déficit de atenção com hiperatividade (p. 74) .

No caso da dependência alcoólica, 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 alii, 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 alii, (1999) salientam que é importante não compreender a dependência química 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 alii,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.

Podemos observar que a dependência química 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.

5 - Aspectos biológicos facilitadores da dependência

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 química 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 química (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).

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

peças criadas num lar alcoólico sem raízes genéticas para 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 e 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 do alcoolismo.

Estudos com outras drogas também comprovaram grande influência genética com parentes de primeiro grau na dependência de outras drogas como 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 apresentaram 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 (Schuckit, 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.

6 - Aspectos psicológicos facilitadores da dependência

Os aspectos psicológicos facilitadores vão indicar se características de personalidade facilitam o uso, o abuso e a progressão do processo de dependência.

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, Olieveinstein(1988) 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 migrantes, 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 o autor, seria necessário “um encontro” de certas estruturas de personalidade com a droga para resultar na “síndrome toxicomânica”. 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” (Olieveinstein, 1988, 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 e dela 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 a 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 ao ponto de existir um modo específico de ser dependente químico. 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, não seria suficiente para afirmar que o dependente de substâncias psicoativas teria este perfil, ou que quem não o tem estaria livre ou protegido da dependência.

7 - Aspectos socioculturais facilitadores da dependência

Este item aborda 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 substância psicoativa 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 *per se* 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 à 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 infraestrutura básica, angustiante e desagregador. Justifica-se, assim, a necessidade de desligar-se, de não fazer parte de um contexto tão pouco 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 pós-modernidade 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, cita 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 clima de incerteza com relação ao futuro, fato este que se torna grande gerador de 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, salientam os autores, tem função central na determinação social da escolha do uso de substâncias psicoativas. Isto 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 tanática e como conseqüência “a existência tóxica” tende a ser a normal, pois neste contexto a autodestruição é homologada ao triunfo sobre a adversidade.” (p. 54)

Assim surgem as adicções 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 do 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 apresentam 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 mensagens, 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 .

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 no 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 química, desde o uso ou não de drogas, ao abuso, à dependência e ao sucesso ou fracasso no tratamento. Sendo assim, dentre os aspectos facilitadores da dependência, priorizarei o entendimento da família enquanto berço primário das relações.