

## **TOXICODEPENDÊNCIA NUMA PERSPECTIVA PSICOSSOMÁTICA: O PRAZER EM SISTEMAS DE CAUSALIDADE COMPLEXA**

**Nuno Félix da Costa, FML**

### **Resumo**

A Psicossomática retoma a tradição hipocrática ao considerar a doença na sua determinação biológica e psicológica – um ponto de vista que alargou as etiologias que a Medicina é capaz de considerar não apenas às psicológicas mas, directa ou indirectamente, às ambientais numa perspectiva sistémica, isto é, de considerar as explicações e a intervenção no quadro de interacções entre factores e não segundo causalidades simples. Ao reflectir nesta perspectiva a minha experiência com toxicodependentes deparo com a importância dos binómios prazer/dor, funcionamento operativo vs emocional, determinação/liberdade e com as respectivas incidências terapêuticas que serão discutidas.

### **Introdução**

A propósito da participação num congresso de Psicossomática proporcionou-se uma reflexão conjunta dos comportamentos dependentes e da Psicossomática. Poderei suscitar a desconfiança do leitor dada a distância epistemológica entre ambos os grupos de nosologias; senti o mesmo contraste quando iniciei este trabalho. Ao perscrutar-se a bibliografia é-se surpreendido por discursos que ora se sobrepõem ora se opõem diametralmente como imagens em negativo, como se o contraste iluminasse os dois temas. Contudo, estas reflexões devem ser tomadas menos de uma forma assertiva e conclusiva como se fossem o balanço de uma experiência clínica, mas antes como sendo o estado actual de uma reflexão em evolução e que se alterará.

Procurei reflectir a minha experiência com toxicodependentes, designadamente o grupo infectado com o vírus da hepatite ou do VIH, na perspectiva da Psicossomática. Trata-se de uma população em que o desejo de um objecto os levou a decisões de risco e, a muitos dos seus companheiros, à morte. O risco de vida, uma condição que racionalmente tenderíamos a reduzir, encontra-se, não só nestes doentes, mas em toda a sociedade,

associado, legitimamente, ao prazer. No entanto, enquanto as perturbações psicopatológicas são marcadas pela estruturação de comportamentos desadaptativos, ou associados ao sofrimento, na forma de sintomas, isto é, formas de comportamento qualitativamente diversas do normal, as toxicodependências, apesar da gravidade possível do desenlace que se traduz numa elevada mortalidade, são melhor compreendidas em continuidade com os processos motivacionais da normalidade, considerados estes na sua complexa multideterminação. Na verdade, em qualquer estágio da carreira do consumidor, na decisão de consumir drogas ou abster-se vemos cruzarem-se factores desde o nível sócio-político-cultural e familiar, até ao nível da psicologia individual e dos processos biológicos considerados seja a nível neurofisiológico, a nível celular, bioquímico, electrofisiológico etc. ou da farmacologia da substância de abuso (quando exista).

A Psicossomática tende a ser um ponto de vista integrador quando, retomando a tradição hipocrática, considera a doença na sua determinação biológica e psicológica. Assim, as etiologias que a Medicina é capaz de considerar estenderam-se não apenas às psicológicas mas às ambientais, constituindo, portanto, um paradigma próximo da multicausalidade das toxicodependências.

O sistema de reforço positivo é uma construção nuclear na economia de funcionamento do SN. Os processos de decisão neocorticais prevalecem na definição de Homem como animal racional e estruturam a parte mais significativa das relações sociais humanas bem como a relação do cidadão com o Estado. As drogas e dos outros objectos de dependência curto-circuitam-nos fazendo emergir um padrão de comportamento pseudopsicopático resultante da centração dos comportamentos no consumo da substância de abuso, a qual corre paralela a uma anomia que, em muitos casos, empurra o dependente para a marginalidade social. Contudo, em nenhuma fase do processo se estruturam sintomas psiquiátricos outros que esta perda da hierarquia motivacional. O funcionamento adaptativo entra num processo de perda; a pessoa enreda-se numa motivação intoxicante pela necessidade de prazer sempre crescente oriunda das profundezas do corpo e que tudo acaba por fazer submergir. Por isso, uma perspectiva clínica das toxicodependências exige o cruzamento das dimensões do bio-psico-social da melhor tradição hipocrática.

Nenhuma perturbação poderia estar mais nos antípodas das dependências do que as doenças psicossomáticas quer no que toca aos traços de personalidade quer aos mecanismos

de lidar com o stress que se lhes associam. À impulsividade e à tensão emocional determinando passagens ao acto não apenas dirigidas ao objecto do desejo dos toxicod dependentes opõe-se, nos doentes psicossomáticos, o branqueamento emocional, quase como uma imagem em negativo de tal modo a relação é inversa, embora coincidam os pontos onde as formas se afastam para essa polaridade oposta e, assim, os mecanismos da perturbação se iluminem reciprocamente.

Começando pela questão da articulação corpo-mente, veremos como o dualismo é uma redundância no discurso de ambas as perturbações. Cria equívocos sem fundamentação científica e apenas subsiste pela inércia da tradição cultural ocidental. Contudo, subjaz às formulações tanto da Psicossomática como das Toxicod dependências uma falsa necessidade epistemológica de legitimar o discurso científico com conceitos da charneira corpo-mente como a dor, o stress e os respectivos mecanismos, de um lado, cognitivo-emocionais, do outro, psiconeuroendócrinos, no que respeita à Psicossomática. No que toca às Toxicod dependências, o prazer, um conceito psicobiológico sólido, ainda assim contaminado por mecanismos de controlo social de natureza moral, religiosa ou doutrinária. No entanto, quando aproximamos os dois tipos de perturbação encontramos afinidades do funcionamentos da personalidade nas duas situações: pseudo-psicopático, nas toxicod dependências induzido pela disfunção motivacional que leva a uma crescente anomia e conseqüente marginalização social. No tipo de personalidade associado à Psicossomática, alguns traços assemelham-se à frieza dos quadros de lesão do córtex órbita-frontal (COF). Em ambas as perturbações deparamos com uma extrema dificuldade em alterar os padrões comportamentais através das abordagens psicoterapêuticas.

Enquanto o discurso da Psicossomática tende a considerar o Homem doente, embora na sua unidade bio-psico-social, ainda sujeito a pesadas determinações psicodinâmicas do seu passado, o discurso clínico das toxicod dependências não pode deixar de se centrar na premência do presente; não pode deixar de, numa perspectiva existencial, responsabilizar o doente pelas suas escolhas no que toca à manutenção dos consumos ou à abstinência por muito escassa que seja a margem de liberdade que lhe reconhecamos. A concepção de Homem subjacente aos modelos de intervenção difere, logo a prática clínica difere donde resulta uma cascata de implicações terapêuticas.

## **Locus de articulação corpo-mente**

O problema da articulação corpo-mente põe-se desde o dualismo pós-cartesiano. Na antiguidade era óbvia a continuidade entre o comportamento das partes do corpo, o dos respectivos órgãos e o da totalidade da pessoa; as disfunções do comportamento e as dos órgãos expressavam-se em dor, sofrimento e sintomas ou doenças biológicas ou mentais para os quais se supunha uma natureza comum já que era comum a entidade de onde emanavam. A conceptualização da Criação coroada pelo aparecimento do Homem levou o pensamento cristão a separar alma e corpo, a sua natureza e os seus processos. O pensamento médico reconhece hoje a não fundamentação pragmática da manutenção desta dijunção; Os progressos das ciências básicas da Medicina e da Psicologia permitiram escrutinar os mecanismos subjacentes aos fenómenos designados como mentais, não só ao nível da circuitagem neuronal e do processamento de sinal através do sistema nervoso, mas penetrar a intimidade deste processo ao nível electrofisiológico, bioquímico e molecular. Estabeleceram-se, assim, aproximações, nalguns casos coincidências, entre o discurso da Psicologia e o das Neurociências. O discurso da Psicologia mantém-se pelas metodologias próprias e pelo nível a que toma o estudo do comportamento apesar de defender uma natureza dos comportamentos comum à das Neurociências, isto é, abordável em termos do comportamento de um SN mergulhado no âmago do corpo.

Além do sistema nervoso, também o sistema imunitário se articula intimamente com os processos psicológicos, em particular de índole emocional; o sistema endócrino funciona em conexão com ambos promovendo a integração do funcionamento do corpo de uma forma adequada ao que acontece no exterior em termos de solicitações exercidas sobre o indivíduo. Este nível de análise de cima para baixo é maximamente relevante para a Psicossomática, enquanto para as Toxicodependências o prazer ao adquirir um papel disruptor da adaptação psicossocial, exige uma consideração de factores de nível superior – social e cultural, uma análise de baixo para cima, menos relevante na Psicossomática.

A descoberta por Olds dos mecanismos cerebrais do reforço permitiu a construção de modelos animais de decisão na base da utilidade esperada e da atribuição do valor aos objectos motivacionais. Esta perspectiva articula-se com o desempenho humano na esfera da Economia e constitui um interessante modelo animal das dependências.

## **Mediação entre um acontecimento externo, condições internas e respectivos efeitos orgânicos**

Apesar da tendência nas Neurociências não ser dualista, tanto o discurso da Psicossomática como das Toxicodependências tem subjacente a preocupação com a fundamentação em construtos científicos que promovam a articulação epistemológica entre níveis do sistema assumidos como irreduzíveis, ie, cuja descrição ao nível do corpo nunca poderia conter a compreensão de uma descrição do mesmo fenómeno ao nível mental ou comportamental. Referimos, no caso da Psicossomática cumprirem esse lugar, a dor, o stress e traços da personalidade e os respectivos mecanismos, de um lado, cognitivo-emocionais, do outro, psiconeuroendócrinos. Quanto às Toxicodependências, a articulação entre o nível dos determinantes subjectivos dos comportamentos apetitivos e as explicações que mergulham na psicofarmacologia das drogas de abuso, cabe ao conceito de prazer, cuja robustez psicobiológica é, ainda assim, frequentemente contaminada por discursos oriundos de outros saberes dado o peso das toxicodependências (e de outras temáticas associadas ao prazer) nos mecanismos de controlo social de natureza moral, religiosa ou doutrinária.

No discurso da Psicossomática o tema do stress é omnipresente – o termo designa tanto o agente externo ou intra-psíquico que provoca sobre o organismo uma reacção de esforço de adaptação, como designa o próprio processo de adaptação. Inúmeros estudos correlacionam a gravidade do agente stressante, acontecimentos de vida, perdas, doenças, acontecimentos traumáticos, com perturbações funcionais do organismo que, a serem mantidas, em alguns casos provocam lesões estruturais. Também a tristeza da depressão e outras emoções negativas incluídas em quadros psiquiátricos são investigadas enquanto factores de risco para doenças orgânicas ou como factores modulando a vulnerabilidade do organismo ou a fluência dos processos de cura.

A Psicossomática reorientou a atenção da clínica para a importância destes factores não só enquanto origem de sofrimento, mas, também, enquanto factores, se não etiológicos, pelo menos moduladores do impacto de outros agentes sobre o organismo. Como se «psicossomático» se definisse mais por esta atenção a uma perspectiva multifactorial sobre

as causas do adoecer do que por um conjunto de perturbações partilhando um mecanismo etiológico específico.

Os mecanismos orgânicos responsáveis pelos efeitos do stress são de vária ordem, mas a psiconeuroendocrinologia proporciona potentes explicações para a acrescida vulnerabilidade em situações de perda e a psicologia cognitiva, por outro lado, mostra como factores individuais modulam a apreciação que cada indivíduo faz da situação stressante e como estes factores cognitivos determinam amplas diferenças interindividuais na gravidade dos efeitos dessa situação em termos do sofrimento subjectivo e físico.

Por outro lado, a dor é um importante tema em Psicossomática. Mais do que relacionada com a gravidade da lesão física, imerge na intimidade da significação que a situação toma para a pessoa e, também, da utilização que esta pode dar ao sintoma designadamente em ganhos de natureza muito diversa. Dor associada à tristeza e a ansiedade associadas ao luto, à incapacidade, ao sofrimento, à restrição ou perda de funções, às expectativas negativas com que o adoecer é experimentado. Outras emoções negativas como o medo e as fobias, restringem o campo da consciência, evocam memórias relacionadas com o presente sofrimento bem como concentram a acção nos comportamentos e estratégias de evitamento que no passado se associaram à resolução do problema (Fredrickson, 1998 b).

A dor física, mas, também, dor psíquica, tendem a ser invocadas pelo toxicodependente como razão para manter os consumos – restituir uma normalidade já só possível sob efeito da droga de consumo. Contudo, a minha convicção clínica é de que a procura do prazer continua a motivação responsável pela manutenção dos consumos e pelas recaídas; sempre o prazer e as emoções positivas com que as drogas são experimentadas no início e que encontram uma polaridade emocional oposta à das doenças da Psicossomática; o restabelecimento de uma normalidade pelos consumos fosse, apenas, uma forma de justificar moralmente a sua continuação.

Vemos assim a dijunção cultural corpo-mente continuar a atravessar, no essencial, a Psicossomática e manter-se apesar do saber das Neurociências cada vez mais colmatar os desníveis entre as abordagens biológica e psicológica dos determinantes do comportamento. Não se trata, portanto, de afirmar a exaustão ou a redundância do discurso psicológico como se, por exemplo, fosse possível a descrição do comportamento social ou de

comportamentos humanos complexos em termos biológicos. Encontrar-se-ão cada vez mais correlatos biológicos dos diversos comportamentos tomados como variáveis independentes, mas comportamentos como escrever um poema, a plenitude mística de uma oração ou o próprio acto médico, dificilmente poderão ser descritos ao nível das neurociências e, mesmo se o fossem, seria mais útil e mais parcimonioso um discurso analógico do que essa descrição. Portanto, o que está em causa é apenas a operação de limpeza do pensamento científico da necessidade de articulação corpo-mente o que terá como consequência substituir o paradigma da investigação psicossomática do estabelecimento de correlatos entre esses níveis mencionados por outros paradigmas, por exemplo, o do biofeedback em que mecanismos comportamentais são utilizados para produzir modificações em variáveis dependentes com interesse clínico ou terapêutico.

### **Papel do córtex órbito-frontal no funcionamento pseudo-psicopático no toxicodependente**

Ao nível da personalidade encontramos uma completa antinomia de funcionamento nas perturbações que estamos a considerar. Nas toxicodependências, um funcionamento pseudo-psicopático induzido pela disfunção motivacional leva a uma crescente anomia e consequente marginalização social que podem ser aproximadas de disfunções do córtex órbito-frontal. Em alguns doentes da Psicossomática descrevem-se traços ou mesmo estruturas de personalidade que se assemelham à frieza dos quadros de hiperactividade do COF produzindo comportamentos com características opostas nas duas situações. Em termos analíticos diríamos, na primeira, os processos primários dominarem o pensamento racional de sede neocortical, enquanto, na segunda, são fortemente inibidos.

Além da autoestimulação dos centros de prazer no animal e no homem descoberta por Olds em 1953, um paradigma experimental psicofisiológico e psicofarmacológico notável do comportamento toxicodependente, outro paradigma psicobiológico forte do comportamento de consumo de substâncias é o síndrome de Kluver-Bucy resultante de lesões da amígdala e caracterizado por uma marcada oralidade: o indivíduo leva à boca objectos distantes dos da sua dieta habitual que lhe sejam disponibilizados e ostenta depois

em relação a eles um comportamento apetitivo semelhante ao dirigido aos alimentos sendo mesmo capazes de funcionar como reforços num processo de condicionamento.

Foi chamada a atenção para a semelhança entre a alexitimia e os doentes comissurotomizados: estes apresentam uma dificuldade em experimentar os estados emocionais, recordar os sonhos da mesma forma que um generalizado empobrecimento dos processos simbólicos e da fantasia (Hoppe, 1977).

De uma forma geral podemos supor o funcionamento operatório dos doentes psicossomáticos relacionar-se com uma hiperactividade do COF, do mesmo tipo da observada nos doentes obsessivo-compulsivos, curto-circuitando o inconsciente e deixando o pensamento e o discurso esterilizado de fantasias e devaneios. Existe uma frieza e uma rigidez nos processos decisórios semelhante à racionalidade dos obsessivos, mas isenta do colorido do pensamento mágico e de toda a produção sintomática que se lhe associa. A Psicanálise, na verdade, encontra nestes doentes, uma fragilização no estado pré-objectal quando são indistintos o fisiológico e o relacional.

### **A dimensão da autodeterminação na concepção de homem**

Nas perturbações psicossomáticas e nas toxicoddependências deparamos com uma extrema dificuldade em alterar os padrões comportamentais através das abordagens psicoterapêuticas, o discurso da Psicossomática tende a considerar o Homem doente embora na sua unidade bio-psico-social, ainda sujeito às determinações psicodinâmicas do seu passado. Por outro lado, a consideração por Engels dos níveis observacional e relacional da intervenção não faz senão retomar a interacção médica da tradição hipocrática na sua forma habitual. Entre nós, Barahona Fernandes distinguia entre a doença e a dolência – o modo particular como cada pessoa vive a sua doença, atribuindo-lhe uma importância crítica justamente, no estabelecimento de uma relação de ajuda entre o médico e o doente.

Na literatura da área das toxicoddependências, uma área de grande sensibilidade social que ocupa um lugar de destaque na hierarquia das preocupações dos cidadãos, desde sempre existe uma contaminação, diria em alguns casos conspurcação, dos mecanismos de avaliação em termos de saúde da população por intervenientes sociais com outras

intenções. A área estritamente científica é muito pressionada por essas forças políticas e as modas pesam nos paradigmas que produzem. Numa perturbação tão nitidamente dependente, também, de factores sócio-culturais considerar apenas o «cérebro toxicodependente» é um reducionismo inaceitável. Na verdade, excepto com estudos longitudinais de execução complexa, é impossível demonstrar mais do que correlatos entre estados cerebrais investigados pela neurobiologia e estados psicológicos associados ao consumo, ie, não se pode decidir se esta ou aquela característica cerebral é um determinante etiológico da toxicodependência ou uma consequência. Mesmo que em certas subpopulações se descobrissem explicações de natureza biológica, ou de genética familiar como acontece para o alcoolismo, o facto de nessas populações existirem pessoas que não têm a afecção e, por outro lado, outras pessoas terem-na sem terem a respectiva carga genética, obriga a considerar factores de outra índole como modulando um processo, necessariamente, multifactorial. Os factores de natureza genética são, sem dúvida, mais estruturais do que os da personalidade, estes mais estruturais do que os culturais, estes mais estruturais do que os ambientais ou circunstanciais, logo os graus de liberdade que nos restam para a intervenção são contingentes da explicação que adoptamos, donde o seu importante relevo clínico nos impedir, deontologicamente, decisões prosélitas.

Em Psicossomática pode acontecer o mesmo, estarmos a tomar como condições estruturais, a que atribuímos explícita ou implicitamente um valor causal, achados que são efeitos da perturbação comportamental.

### **Implicações da concepção de Homem na adaptação à doença e no processo terapêutico**

Assim, da concepção de Homem subjacente aos modelos de intervenção decorre uma cascata de implicações na prática clínica com um relevante eco terapêutico e não podemos esquecer ser este o objectivo da intervenção e o valor decisivo, ie, entre dois paradigmas explicativos a nossa escolha nunca é facultativa ou doutrinária, antes contingente do juízo que fazemos da sua utilidade relativa na actual intervenção.

Na abordagem terapêutica do toxicodependente, por muito escassa que seja a margem de liberdade que lhe reconhecamos no que toca à decisão da manutenção dos

consumos ou à abstinência, não existe alternativa senão a de conceber as dependências como um estilo de vida construído pelo próprio e responsabilizá-lo pela sua escolha quanto a iniciar ou não um processo de mudança. Por vezes sinto-me um pouco hipócrita propondo ao meu doente um padrão de comportamento em ruptura com os consumos para o qual lhe reconheço pouca margem de manobra, mas que outra coisa poderia fazer? Sempre modulando as expectativas positivas de mudança por uma avaliação do controlo que cada pessoa mantém, por mínimo que seja, sobre a sua circunstância de modo a não provocar uma frustração excessiva que leve o doente a abandonar, tento reforçar ao máximo os mecanismos cognitivos de interferência na motivação para o prazer das drogas. Trata-se portanto de conceber o meu doente toxicodependente não como sofrendo um processo mórbido sobre o qual me compete intervir, mas tomá-lo como um interventor activo capaz de procurar situações protectoras e envolver-se em estratégias de cura mesmo se diversas das que sou capaz de considerar. Por formação poderia resumir a minha aproximação ao doente dependente como sendo de inspiração cognitiva no que toca à explicação dos mecanismos de perturbação, aquilo que poderemos tomar como perturbação ou doença, e de inspiração na fenomenologia existencial quanto à compreensão da pessoa no seu devir em interacção com os diversos elementos do seu micro-sistema ecológico.

Admito as características sobre as quais uma intervenção psicoterapêutica deva incidir num doente psicossomática ser, em muitos casos, mais profundamente estrutural do que no caso das dependências, ainda assim penso manter-se, no essencial, o mesmo processo de decisão psicoterapêutica.

Dedico este trabalho ao Dr. José Barata, não só uma personalidade de referência nesta área, mas também pelas suas qualidades humanas e de médico.

### **Bibliografia**

Fredrickson, BL (1998 b). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 300-319.

Hoppe, KD (1977). Split-brain and psychoanalysis. *Psychoanal Q*, 46, 220-244.