

Dor que Consome. Para uma compreensão da Dor Mental na Toxicodependência

RUI GUIMARÃES, MANUELA FLEMING

Artigo recebido em 13/03/2009; versão final aceite em 20/05/2009.

RESUMO

Vários modelos e hipóteses explicativas têm sido utilizados para a compreensão dos comportamentos adictivos no entanto, nunca foi possível definir com clareza uma estrutura de personalidade específica para esta problemática. Mas se, por um lado, se verifica que as diversas hipóteses explicativas só possibilitaram a obtenção de respostas parciais observa-se, igualmente, a existência de uma associação destes fenómenos com estados mentais dolorosos, particularmente a dor mental. Perante esta constatação, os autores propõem um modelo compreensivo em que a toxicodependência é explicada como uma tentativa de fuga a uma dor mental insuportável.

No sentido de justificar as suas concepções efectuaram uma revisão bibliográfica, procurando perceber as tentativas realizadas para a delimitação e conceptualização do conceito dor mental partindo, posteriormente, para a fundamentação da sua associação com a toxicodependência e para a determinação da sua importância na dinâmica dessa problemática.

Com este artigo, pretende-se avaliar a relevância da dor mental para os comportamentos adictivos e desmistificar a ideia de que é a droga que é fonte de dor já que, tal abordagem não permite e censura a compreensão da preponderância da dor mental para a entrada e manutenção na dinâmica adictiva, ideia, hoje, consensualmente aceite.

Palavras-chave: Dor Mental; Toxicodependência; Sofrimento Psíquico; Capacidade de Contenção; Modelo Compreensivo.

RÉSUMÉ

Bien que, plusieurs modèles et hypothèses ayant été proposés à fin de comprendre les comportements addictifs, on n'a pu définir jusqu'à présent une structure de la personnalité spécifique de la toxicodépendance. Cependant, on a pu constater une association entre l'addiction et les affects douloureux, en particulier la douleur mentale. Les auteurs se proposent, avec ce travail, développer un modèle compréhensif de la toxicodépendance basé sur leur propre hypothèse, à savoir: la toxicodépendance s'institue comme

une tentative pour échapper à une douleur mentale insupportable, ressentie mais pas avoué par le patient.

Dans ce travail les auteurs procèdent à une révision de la bibliographie sur le sujet de la douleur mentale tout en essayant de soutenir l'idée qu'il existe une association entre douleur mentale et toxicodépendance, déterminante dans la dynamique psychologique de celle-ci.

Avec ce travail, les auteurs apportent des arguments qui visent montrer l'importance de la douleur mentale en tant que facteur déterminant dans la genèse et la maintien de la toxicodépendance.

Mots-clé: Douleur Mentale; Toxicodépendance; Souffrance Psychique; Capacité de Confinement; Modèle Compréhensif.

ABSTRACT

Several explanatory models and hypotheses have been used to understand addictive behaviours, however, was never possible to clearly define a structure of personality for this specific problem. But if, the various explanatory hypotheses only obtain partial answers, we notice the existence of an association of these phenomena with painful mental states, particularly the mental pain. Given this finding, the authors propose a comprehensive model in which the drug dependence is explained as an attempt to escape to an unbearable mental pain.

In order to justify their conceptions they made a literature review, looking for the attempts made to understand the definition and conceptualization of the concept mental pain, and later, for reasons of its association with the drug dependence and to determine their importance in the dynamics of this issue.

The goal of this paper is to assess the relevance of the mental pain to the addiction, and dispel the idea that is the drug that causes pain, since this approach does not allow and censorship the understanding the importance of the mental pain for the entry and maintenance in the dynamic addictive, idea, today, unanimously accepted.

Key Words: Mental Pain; Drug Dependence; Psychological Distress; Containment Capacity; Comprehensive Model.

1 – INTRODUÇÃO

Perante uma sociedade que valoriza o imediatismo e o funcional em detrimento do afectivo e do relacional, a toxicodependência parece assumir, actualmente, a dimensão de um sintoma que remete para o próprio sentido da existência humana. Os seres humanos iniciam a vida em situação de extrema dependência. Toda a existência e desenvolvimento humanos são definidos por relações de dependência mútua. Mas, se as relações de dependência são inerentes à condição humana, pelo contrário, os processos de adicção constituem o exemplo da mais perversa dependência. Todas as culturas e épocas tiveram as suas drogas, compreendendo-se estas como substâncias tóxicas capazes de alterar os estados de consciência, no entanto, torna-se imperioso esclarecer que droga e toxicodependência não são, necessariamente, sinónimos. Não nos parece sensato equiparar o consumo de uma substância, qualquer que ela seja, quando este acontece sob um enquadramento cultural, social, ou quando assume um papel recreativo, com outro em que o que está presente é um esvaziamento e uma desafectação da componente simbólica e relacional.

Mas, o que fará com que indivíduos desenvolvam uma relação de dependência desorganizante e exclusiva com estas substâncias? Será que hoje, face a um futuro incerto, até mesmo ameaçador, o consumo de drogas, em alguns indivíduos, poderá assumir-se, sobretudo, como um meio de fuga perante a realidade do mundo e da sua "depressão"? Como é que tudo isso acontece? O que leva a essa escravidão? Como é que indivíduos se deixam enredar em relações de dependência que parecem imensamente destrutivos e dispendiosos, em tempo e energia?

Ramos (2004) efectuou uma revisão das mais importantes contribuições psicanalíticas sobre o tema da dependência de droga, publicadas nos últimos 100 anos, e comparou os resultados da sua revisão com as descobertas mais relevantes dos estudos prospectivos entretanto realizados (Vaillant, 1983, 1995). Concluiu que a síndrome da toxicodependência é multideterminada e, que a ênfase, deveria ser colocada, não nos possíveis factores etiológicos, mas nas vulnerabilidades que

podem influenciar a sua ocorrência. Segundo o autor, os factores psicológicos individuais comumente estudados, embora presentes nos processos adictivos, não são específicos, não fazendo mais do que criar vulnerabilidades, prévias à instalação da dependência. Este processo, contudo, só se inicia se o indivíduo possuir outras vulnerabilidades, nomeadamente, biogénicas, ambientais, antropológicas, sociais e outras. Tal facto, no entanto, não invalida que, como os outros factores, também a vulnerabilidade psicológica desempenhe um papel fundamental na organização de um qualquer processo de dependência.

Colocando a ênfase no funcionamento mental, vários investigadores e clínicos tentaram, com êxitos diversos, esboçar hipóteses explicativas para os comportamentos adictivos. As tentativas centraram-se, em diversos aspectos tais como o narcisismo, a regressão oral, a perversão, a relação de objecto anaclítica, o masoquismo, a fragilidade do ego, a angústia da separação do objecto, no entanto, nunca foi possível definir com clareza uma estrutura particular, uma personalidade toxicofílica, uma vez que se pode encontrar cada um deles, ainda que em diferentes proporções e combinações, em todas as organizações de personalidade e perturbações mentais. Mas, se até ao momento, as diversas hipóteses explicativas só trouxeram respostas parciais existe, no entanto, um denominador comum a todas elas, a associação da toxicodependência com estados mentais dolorosos e com a incapacidade do aparelho psíquico com eles lidar e a sua inscrição numa fase precoce do desenvolvimento.

Partilhando desta opinião, Rosenfeld afirma que "o ego do adicto é fraco e não tem a força para lidar com a dor e com a depressão e, facilmente recorre a mecanismos maníacos, mas a reacção maníaca só pode ser alcançada com a ajuda das drogas" (1960, p.129). Mais recentemente, Khantzian (1985, 1986) e Dodes (1990) corroboram a ideia de que situações traumáticas numa fase precoce da vida geram um ego frágil, incapaz de tomar conta de si próprio e de lidar com os seus próprios sentimentos e, de que estas fragilidades condicionam a existência de necessidades específicas que podem conduzir o indivíduo ao consumo de determinadas

drogas. Estes autores defendem a hipótese de que o consumo de drogas é explicado como uma auto-medicação de um ego frágil sempre em desespero. Este sofrimento incontrolável originado nas relações primitivas entre mãe e bebê gera um sentimento crônico de necessidade que só pode ser controlado por forças onipotentes (drogas) que mantêm a ilusão narcísica que o indivíduo é capaz e não depende de ninguém (Khantzian & Wilson, 1993).

Perante esta constatação uma questão se coloca: Será que os percursos existenciais, ligados à adicção, poderão ser explicados como uma tentativa de fuga a uma dor mental insuportável, por parte de indivíduos que sofreram traumas em idades precoces? Serão eles explicáveis como resposta e evidência de carências no plano de necessidades vitais para o desenvolvimento psicológico do indivíduo, que o confrontam com a incapacidade de suportar a dor mental?

Fleming (1995), num estudo de revisão dos resultados de um grande número de investigadores, concluiu que a maior parte dos pacientes toxicodependentes sofreram traumas em idade precoce, quer resultantes de perdas de figuras importantes para o seu equilíbrio emocional, quer devido a falhas ocorridas no plano das necessidades vitais para o desenvolvimento psicológico. Nestas condições, a dor mental surgiria como um pano de fundo, uma vulnerabilidade associada a experiências não-simbolizadas e intoleráveis à consciência do sujeito, que na patologia da adicção se consubstanciaria numa falta, sempre presente. Esta hipótese leva a autora a formular a dor mental no quadro da toxicodependência como "indefinida e incontrolável, a dor dum imensa e insaciável necessidade e daí uma dor intolerável à qual não se segue o trabalho do luto... é de admitir que a sinta no corpo, que a substitua por um sofrimento controlado, através de um agir na procura incessante da substância. A sua incorporação e a disforia induzida pelos efeitos da droga, que ele acredita poder controlar, permite-lhe uma gratificação narcísica sempre insatisfeita" (Fleming, 2005a, p.12).

Partindo desta concepção pretende-se, com este artigo, aprofundar a compreensão da toxicodependência à luz da hipótese formulada por Fleming e com

isso contribuir para a elaboração de respostas às questões equacionadas. Para tal, foi efectuada uma revisão bibliográfica, procurando perceber as tentativas efectuadas para a delimitação e conceptualização do conceito dor mental, associado a diversas abordagens e problemáticas partindo, posteriormente, para a fundamentação da sua associação com a toxicodependência e para a determinação da sua importância na dinâmica dessa problemática.

O estudo deste tema mostra-se importante por contribuir para a compreensão da toxicodependência, especialmente da sua associação com estados mentais dolorosos, em particular a dor mental. Importa sublinhar que o conceito de dor mental, embora assuma, na nossa perspectiva, uma importância relevante para a compreensão da dependência, raramente é relacionado na literatura sobre o tema, com a génese e a manutenção do fenómeno aparecendo, muito mais, como uma consequência do consumo.

2 – SOBRE O CONCEITO DE DOR MENTAL

O conceito de "dor mental" tem sido utilizado por vários autores, existindo algumas tentativas de o definir e delimitar de outros conceitos com características comuns, como sofrimento, ansiedade e depressão (Akhtar, 2000; Fleming, 2003, 2006; Freud, 1926; Orbach & Mikulincer, 2003a; Weiss 1934). No entanto, todas essas tentativas se centraram, essencialmente, na investigação clínica. Talvez só a subjectividade que o mesmo implica poderá explicar a escassez da investigação científica e consequente pobreza de publicações científicas sobre o tema. Esta constatação contrasta, fortemente, com a importância do tema, já que segundo Fleming "é a dor mental (ou o sofrimento psíquico) que leva o sujeito ao pedido de ajuda (embora ele disso possa não ter consciência) e é em torno dela que se gera o sistema defensivo que subjaz à organização psicopatológica do sujeito" (2008, p.4). Também Jobes (2000) considera que a dor mental é um elemento fundamental na estruturação e expressão de toda a psicopatologia. Inerente a todas as concepções efectuadas no sentido de compreender a relevância deste conceito está uma experiência de perda, real ou

fantasiada, que conduziria a um estado de tonalidade dolorosa com repercussões ao nível do sentimento de identidade e integridade.

Já em 1963, Frankl afirmava que a dor mental e o sofrimento psíquico são uma forma de vazio advindo da perda de sentido da vida. Da mesma forma, Bakan (1968) enfatizou a experiência de perda como principal contribuição para o aparecimento da dor mental e concluiu que isso seria um sinal da ocorrência de uma disfunção na tendência do indivíduo para manter o sentimento de integridade. No mesmo sentido, Herman e Janoff-Bulman (1992) inferiram que a dor mental é instigada pelo trauma e pela perda, e que, na essência, seria a percepção da ocorrência de uma mudança negativa no *Self*.

Uma contribuição importante para a clarificação do conceito foi dada por Shneidman (1985, 1993, 1996). No contexto da sua teoria do suicídio, debruça-se sobre a questão da dor mental que designa por "*Psychache*". Concebe-a como consequência da frustração das necessidades essenciais do indivíduo, como ser amado, ter controlo, sentir a sua própria imagem protegida, evitar a vergonha e sentir-se seguro. A frustração dessas necessidades essenciais causaria uma mistura de emoções negativas como culpa, vergonha, defeito, humilhação, desespero e raiva. Esta variedade de emoções negativas poderia, então, transformar-se numa experiência generalizada de dor mental insuportável. Shneidman (1985) afirma que quando a dor atinge uma grande intensidade e não existe esperança que isso se possa alterar no futuro, o indivíduo procura escapar a esta dor cometendo o suicídio.

Na mesma linha de entendimento, Baumeister (1990) refere-se ao suicídio como uma fuga do *Self* motivado pela necessidade de escapar a um intenso estado de consciência aversivo (dor mental). Segundo ele, a corrente causal inicia-se com a ocorrência de eventos que colocam, severamente, em causa os objectivos e expectativas do indivíduo. Quando essas falhas são atribuídas internamente e existe, no indivíduo, uma excessiva e inadequada tendência para efectuar atribuições negativas às suas próprias falhas, este experienciaria dor mental. Esta consciência de inadequação do *Self* gera

um afecto negativo e leva o indivíduo a tentar libertar-se dessa consciência e dos afectos a ela associados. A tentativa de resolução passaria pela procura de uma nova organização de funcionamento, que ele chama de "estado de desconstrução cognitiva" (focar-se num tempo mais curto, pensamento concreto, objectivos imediatos ou próximos, rigidez cognitiva e rejeição do significado) que impede a tomada de consciência e o contacto com os afectos. Este estado de desconstrução traz consigo irracionalidade e desinibição, fazendo com que medidas drásticas possam ser aceites pelo indivíduo. Depreende-se das suas teorias que a dor mental é um estado de consciência desagradável devido à discrepância entre o *Self-Ideal* e o *Self-actual*. A emoção básica da dor mental seria a frustração consigo mesmo e o suicídio concebido como o último passo no esforço de escapar do *Self* e do mundo.

Partindo de uma perspectiva qualitativa, Bolger (1999) tentou produzir uma narrativa da dor mental através da análise de entrevistas a indivíduos que sofreram experiências traumáticas. A sua análise levou-o a concluir que a dor mental se assemelhava à fragmentação do *Self*. Este sentimento de fractura abrangia várias determinantes incluindo sensação de vazio, distanciamento (de algo amado), despersonalização, perda de controlo e existência de um sentimento de alarme.

Uma contribuição notável para a conceptualização da dor mental foi empreendida por Orbach, Mikulincer *et al.* (2003a). A inovação que propõem prende-se com a assumpção da dor mental como uma condição existencial básica, o que justifica o seu escrutínio como uma representação de um estado subjectivo único e separado de outras emoções negativas e estados da mente tal como a depressão e outros. Esta concepção, para além de salientar a importância da dor mental no desenvolvimento e funcionamento "normal", chama a atenção para a importância deste conceito em toda a psicopatologia (2003a).

3 – CONCEPÇÃO PSICANALÍTICA DE DOR MENTAL

Também para a escola psicanalítica este conceito tem vindo a assumir crescente importância enquanto factor fundamental para a compreensão do funcionamento e

desenvolvimento individual. Na obra "Dor sem Nome" (Fleming, 2003), a autora procede a uma pesquisa sobre o conceito de dor mental e ao pôr em evidência o percurso do conceito na obra de Freud constata que este autor, em várias das suas obras (1895, 1911, 1917, 1926), fala da dor mental, considerando-a um estado mental distinto de outros estados dolorosos. No Apêndice C da obra *Inibição Sintoma e Angústia* (Freud, 1926), o autor, procurando perceber a dinâmica subjacente ao aparecimento da dor mental questiona "em que circunstâncias a separação do objecto conduz à angústia, conduz ao luto e em que circunstâncias conduz somente à dor" (p.99). Para, logo depois, concluir que "a dor é a reacção própria à perda do objecto, a angústia a reacção ao perigo que esta perda comporta" (p.100), atribuindo a sua existência, especificamente, a sentimentos de tristeza, sofrimento e nostalgia (luto) depois de uma perda traumática. Nesse sentido, afirma que a primeira dor do homem é a dor do desamparo na separação do seu progenitor (Freud, 1895). Posteriormente, relaciona a capacidade ou incapacidade de tolerar essa frustração com o sucesso ou falha da função simbólica, e o consequente êxito ou fracasso do pensamento (Freud, 1911). Tal concepção remete-nos para a noção de tolerância ou intolerância à dor e para a sua importância no desenvolvimento ulterior do indivíduo.

Partilhando da concepção avançada por Freud, Weiss (1934) afirma que a dor mental surge quando "um dano – uma ruptura na continuidade – ocorre dentro do Ego... os objectos de amor tornam-se, como sabemos, libidinalmente ligados ao Ego, como se fossem partes dele. Se eles desaparecem, o Ego reage como se tivesse sofrido uma mutilação. A ferida aberta produzida nele é o que se exprime na forma de dor mental" (p.12). Mas, a dor mental não acompanha qualquer perda de objecto, só a perda de objecto que conduz a uma ruptura do Ego ou uma lesão do *Self* (Joffe & Sandler, 1965; cit Fleming 2005). Em 1978, Grinberg reforça a ideia de que a dor associada à perda de objecto é também a dor associada ao sentimento de perda de partes do próprio *Self*.

Em 1999, Pontalis, procurando estabelecer a distinção entre dor e desprazer, que do seu ponto de vista são

"indubitavelmente" diferentes, concebe o desprazer como uma "experiência de insatisfação" enquanto que a dor seria a efracção dos dispositivos mentais protectores do *Self*. Já em 1985, Anzieu pensava ser necessário clarificar a ideia, quanto a si errada, de que a dor mental seria o inverso do prazer. Do seu ponto de vista, a relação entre dor e prazer é assimétrica. Enquanto o prazer deixa o Eu intacto nas suas funções, a dor origina uma disfunção tópica, um esbatimento de fronteiras do Eu psíquico e do Eu corporal, entre Id, Eu e Super-Eu.

Também Bion (1962, 1963, 1967, 1970) coloca em evidência a questão da tolerabilidade à dor mental, tema que assume importância capital no seu modelo teórico. Na sua perspectiva, a dor mental é inerente ao funcionamento da personalidade e é o que se instala quando o indivíduo não tem a capacidade de sofrer. Afirma que o crescimento mental é "inseparável da necessidade de tolerar a dor concomitante ao crescimento mental" (1967, p.156). O sofrimento aparece, portanto, associado a um nível de maior capacidade de contenção e elaboração mental. O autor relaciona a maior ou menor capacidade de um indivíduo tolerar a dor com uma disposição inata, com a adequabilidade da função continente (capacidade de conter no espaço mental as emoções dolorosas) e da função alfa (transformadora) e com a qualidade do vínculo existente entre sujeito e objecto. Na sua teoria, estas funções contentoras, desintoxicantes e transformadoras, inicialmente desempenhadas pelo aparelho mental materno, vão sendo introjectadas e passam a ser desempenhadas pelo aparelho mental do bebé. Nesse sentido afirma: "a mãe equilibrada consegue aceitar esse temor e reagir terapêuticamente; isto é, de modo a fazer com que o bebe sinta estar recebendo de volta a sua própria personalidade amedrontada, mas de uma forma tolerável – os temores passam a ser manejáveis pela personalidade do bebé" (1967, p.132).

Apoiada nas concepções teóricas de Freud e Bion, Fleming (2003) retoma o tema e aprofunda-o. Procurando clarificar a questão da diferença entre sofrimento psíquico e dor mental, a autora (2005a, 2005b) afirma que enquanto o sofrimento psíquico subjectiva, encontra

palavras que lhe dão sentido e pode ser elaborado pelo trabalho de luto, ao contrário, a dor mental des-subjectiva, não é comunicável e não permite o trabalho do luto. Segundo a autora, quando o aparelho mental é impressionado por um facto existencial imediatamente se empenha em outorgar sentido e significado a essas impressões sensoriais e procura transformá-las em pensamentos. Quando essa função de transformação se encontra impedida, o psiquismo procura livrar-se destas emoções dolorosas através de poderosos mecanismos de defesa como a negação, a clivagem, a identificação projectiva ou a forclusão, mesmo que isso signifique clivar grande parte da sua energia mental. Este tipo de funcionamento conduz a uma espécie de deserto emocional e à presença de dores psíquicas indefiníveis e inexprimíveis que, por não toleradas, não podem ser nomeadas e transformadas.

Na clínica, essas dores expressam-se como uma constelação de sensações indefinidas de anseio, desamparo e aflição, para as quais o indivíduo não encontra palavras ou representações, o que nos remete "para uma experiência dolorosa que precisa de ser contida, mas que ultrapassando o limiar da tolerabilidade, extravasa, implicando uma perturbação tónica, um esbater de fronteiras entre o Eu-psíquico e o Eu-Corporal" (Fleming 2003a, p.5). A autora propõe o conceito de "dor sem nome" para designar a dor mental e descreve-a como um fenómeno de fronteira, entre o somático e o psíquico que, denuncia a experiência que não acedeu à possibilidade de ser representada mentalmente (pensada), que não acedeu ao processo de simbolização (2003a).

Nesta concepção, é a capacidade de tolerar a frustração que possibilita que o psiquismo desenvolva o pensamento como um meio através do qual a frustração se torna mais tolerável. Se a capacidade de tolerar a frustração for insuficiente ou inadequada a psique confronta-se com a necessidade de fugir à frustração, não tomando contacto com os afectos. Sentimentos de profundo ódio, desamparo, culpa ou desespero podem, assim, ser retirados da esfera psíquica, mesmo que o preço seja o de uma existência sem vida, sem afectos, sem sentido.

4 – DOR MENTAL E TOXICODPENDÊNCIA

Durante o tratamento muitos pacientes dependentes confrontam-nos com o vazio da sua existência, falam de uma tristeza profunda e sem conteúdos que se apoderou do seu quotidiano, deixando-os num sentimento de habitarem um corpo desvitalizado. Falam de sensações, às vezes de impressões dolorosas para as quais têm dificuldade em associar pensamentos, ideias ou vivências situadas num espaço e num tempo. "Falam de sensações mais do que representações e usam muito mais o comportamento do que o pensamento para lidarem com a realidade" (Fleming, 2005a, p.4). Descrevem uma dor para a qual não encontram palavras, nome ou sequer imagens ou formas que a configure e dê sentido. Existem abúlicos, desafectados, operatórios, como se se desligassem de tudo o resto, como se fugissem de sentir, de viver. Nesta anedónia relacional, que se acompanha muitas vezes de alexitimia, a ansiedade e a angústia são muitas vezes sentidas como instabilidade, em vez de sentidas, ou então são meramente agidas e a culpabilidade em vez de ser sentida como tal, aparece sob a forma de culpabilidade retaliatória. (Neto, 1996).

Será que estes indivíduos se vêem obrigados a anestesiarem a sua existência e recorrem a substâncias euforizantes para sobreviverem psiquicamente a dores mentais insuportáveis?

Todas as substâncias psicotrópicas comumente usadas possuem propriedades que permitem lidar com aspectos indesejáveis do funcionamento interno de cada indivíduo. Assim, por exemplo, a heroína é um antidepressivo original, capaz de reduzir as dores físicas e/ou psíquicas e aumentando, inversamente, a sensação intrínseca de prazer e bem-estar do utilizador. Diminui a produção de sintomas psicóticos e também uma enorme variedade de sintomas físicos. A sua utilização permite atenuar a depressão, as recordações penosas e os sentimentos de culpa, tendo um efeito imediato na redução da dor psíquica, preenchendo a sensação de vazio e adiando lutos. Este facto parece denunciar, por si só, o papel desempenhado pelo consumo de substâncias na economia psíquica do indivíduo consumido pela problemática adictiva. É útil observar que a palavra

"adicação", tem a sua raiz etimológica em "addictus" proveniente do Latim e, refere-se a um costume antigo pelo qual o indivíduo era tido como escravo. Tal, parece apoiar a ideia de que o sujeito adicto é escravo de uma só solução para se esquivar da dor mental.

Vários estudos contribuíram para o reforço da associação entre estados mentais dolorosos e toxicodependência. Num estudo das características de personalidade em toxicod dependentes, Weissman (1976, citado por Neto, 1996) com uma amostra de 106 heroíno dependentes, utilizando o SCL-90, conclui que um terço apresentava depressões moderadas a graves. Num artigo de revisão realizado em 1991 (estudos realizados entre 1975 e 1985), Neto dá conta da presença de uma elevada taxa de depressão em toxicod dependentes e uma elevada taxa de incidência de perturbações do eixo 2, particularmente perturbação anti-social da personalidade. Também, Fernandez e Llorente (1997) resumindo estudos publicados sobre características de personalidade de heroínómanos em tratamento, referem que estes pacientes revelam uma pré-disposição para sintomas ansiosos e depressivos ao longo do tratamento.

Já em 1933, Rado postulava que, na base de toda a toxicodependência, existia uma "depressão tensa", caracterizada pela intolerância ao sofrimento e por uma grande ansiedade dolorosa. Isso obrigaria a que o reencontro da satisfação narcísica perdida fosse, mais facilmente, conseguido à custa do consumo de drogas. Ainda apoiado na teoria da gratificação narcísica e, não querendo afirmar que exista uma personalidade toxicofílica, Bergeret e colaboradores (1983) defendem que a maioria dos toxicod dependentes tem personalidades imaturas, fluidas, ansiosas e insatisfeitas. Segundo os autores, três factores dominariam o quadro clínico das personalidades dos toxicod dependentes: as manifestações comportamentais (derivadas de mecanismos de defesa projectivos, situando no exterior as fontes das dificuldades); as carências identificatórias (presentes nas dificuldades de afirmação perante os outros, ideais pessoais vagos e irrealistas e ausência de instâncias morais interiorizadas); e as carências do imaginário (apesar da imaginação estar exacerbada

pelas substâncias químicas, o imaginário está reduzido, limitando as trocas afectivas com o exterior e dificultando a antecipação do desejo e prazeres realizáveis). Nesta concepção, o acto de se drogar comportaria uma dimensão de tentativa de preenchimento de um vazio objectal interno que testemunharia a incapacidade de simbolizar os afectos e "reenvia sempre a carências narcísicas sérias e precoces, que conduzem a vividos depressivos contra os quais se torna necessário lutar, simultaneamente, pelo comportamento e pelo corpo" (Bergeret, 1983). Parece pois, que mais importante do que o prazer derivado do consumo de substâncias psicoactivas é o sentimento de necessidade determinada por elas, que parece ser responsável pelos consumos. O que, segundo Olievenstein (1987) leva a concluir que o toxicod dependente sofre psicicamente de um estado crónico de necessidade, uma necessidade deslocada para uma "coisa" que se torna insatisfatória porque não sendo o objecto de que se precisa emocionalmente, nunca satisfaz.

Procurando obter respostas na busca da compreensão da economia psíquica presente nos fenómenos adictivos, McDougall (2001) afirma: "Na economia adictiva, toda tensão psíquica (oriunda de fontes externas ou internas) é rapidamente descarregada [...] o comportamento adictivo propicia uma descarga imediata da tensão e da excitação psíquica então acumuladas e causadoras de desprazer, permitindo ao sujeito uma sensação de alívio imediato" (p.14). A autora esquematiza uma "estrutura adictiva" onde o agir representa uma tentativa compulsiva de evitar o «transbordamento» afectivo. Nestas pessoas qualquer tipo de emergência de emoção seria imediatamente dispersa pela acção: "apercebi-me que estes analisandos, devido a ansiedades psicóticas insuspeitas ou a uma extrema fragilidade narcísica, eram incapazes de conter ou lidar com momentos de maior carga de afectividade" (McDougall, 2001, p.10). O que caracterizaria a "personalidade adictiva" seria, então, a procura constante fora de si mesmo da resolução de problemas que são internos. O objecto poderia ser o mais variado, já que o importante seria o modo de se relacionar com ele (pode ser uma substância: álcool, comida, droga ou até a utilização activa dos outros). Mas,

como o objecto adictivo é uma tentativa de resolução de conflitos internos, o seu efeito é sempre transitório, e a actividade adictiva tem que ser renovada continuamente. É um objecto que nunca completa a transição para o registo da linguagem e do pensamento.

Partilhando, igualmente, dessa abordagem, Jacques (2001) concebe a toxicodependência como um dispositivo de adaptação às dores, recusadas ou inconscientes, e que preexistem à entrada na droga, afirmando que se é verdade que as drogas são susceptíveis de proporcionar prazer, não é isso que é responsável pela dependência. O autor chama a atenção para o termo «dor» que, segundo ele, remete para a ideia de «anti-dor», de anti-álgico, que lhe parece a função mais bem assegurada e estabelecida dos opiáceos. Como tal, concebe a toxicomania como uma tentativa espontânea de tratamento pela droga de uma dor preexistente. Os toxicómanos não reconhecem com facilidade esta dor pois esta é objecto de uma recusa, de um desmentido ou de um recalçamento, o que leva a considerá-la como desconhecida e, portanto, inconsciente. O toxicodependente revela, então, "no seu sofrimento e no seu comportamento, um processo pessoal de inícios longínquos – as raízes fora da sua memória consciente. Um processo de desenvolvimento que lhe imprimiu uma falta, e este sentimento adquirirá a inexorabilidade de um destino." (Sequeira, 2006, p.68).

Concordamos com Magalhães (2000), que referindo-se à toxicodependência, afirma "nesta área, a doença é a dor de existir e, para isso, estou em crer que não há cura. Ou então há, mas, paradoxalmente, a cura é a doença – é o escapar a essa dor: através da loucura ou da toxicodependência" (p.9).

5 – CONCLUSÃO

Existe uma corrente significativa de clínicos e investigadores que acredita na importância dos afectos negativos e da dor mental para a génese e dinâmica de funcionamento presente nas condutas adictivas, mais especificamente na toxicodependência. As problemáticas da perda, com a existência de numerosas experiências traumáticas nas histórias dos dependentes, as dificuldades de simbolização, a utilização do corpo como local de descarga de todas as angústias, a

associação dos consumos com afectos e estados mentais penosos, permitem-nos pensar que a dor mental poderá assumir grande importância na dinâmica psíquica da toxicodependência. A experiência do consumo de drogas parece reflectir sérias dificuldades ao nível da capacidade de simbolizar (pensar) e elaborar os afectos. Estas dificuldades, anteriores à instalação do problema, enviam-nos para a dimensão da experiência primária de insatisfação, para as frustrações precoces decorrentes da ausência e para a elaboração da perda do objecto. Assim, somos levados a entender que o consumo de substâncias, especialmente se com uma dependência estabelecida, poderá estar intimamente relacionado, e poderá ser percebido como uma tentativa, embora disfuncional, de lidar com o sofrimento e com a dor mental.

Se um sujeito se consagra a estes produtos, apesar do interdito e dos riscos, é, a maioria das vezes, ainda que numa forma inconsciente, numa perspectiva de tentativa de cura, ou pelo menos na tentativa de se adaptar a provas penosas. Estes indivíduos, para lidarem com um sofrimento insuportável causado pela "experiência prematura, prolongada e traumática da separação, quer por intolerância inata à frustração e/ou inexistência de função adequada do continente materno, muito cedo deixaram de atribuir significado emocional à percepção, parecendo viver num estado de «não-experiência», em que o psicológico foi excluído." (Sequeira, 2006, p.117).

Na nossa perspectiva "a dor mental do toxicodependente é uma dor constante, indefinida e incontrolável porque não compreendida, a dor numa necessidade nunca satisfeita, a dor numa imensa e insaciável necessidade e daí uma dor intolerável... É de admitir que a substitua por um sofrimento controlado, através de um agir, a procura incessante da substância, a sua incorporação e a disforia induzida pelos efeitos da droga, que ele acredita poder controlar" (Fleming, 2005a, p.7). Mas, no paciente toxicodependente a dor mental não aparece, apresenta-se em «travesti», sob a forma de dor física num corpo mal tratado ou em privação. O que aparece são as dores psíquicas silenciadas sob o efeito de antídotos químicos poderosos que as mascaram sob a capa de uma total negação do sofrimento psíquico numa presunção de

invulnerabilidade que os protege, mas, lhes sonega toda e qualquer possibilidade de crescimento.

Estamos pois numa abordagem ao fenómeno da toxicoddependência que contraria algumas das intervenções clínicas preconizadas para esta problemática, que valorizam o alívio imediato de todos e quaisquer sofrimentos, invalidando com isso a construção de um espaço simbólico de pensamento e contenção necessário ao crescimento mental. Torna-se necessária uma intervenção clínica onde o terapeuta, para além de procurar um novo sentido do sintoma toxicoddependência na dinâmica psíquica do indivíduo, se ofereça, na relação terapêutica, como contendor das emoções não toleradas do paciente, seja capaz de as transformar e devolver de forma a que o paciente as possa integrar no seu *Self*. Pelo contrário, se o terapeuta ceder à tentação de aliviar imediatamente o sofrimento do paciente, estará a impedir o verdadeiro alívio que virá do trabalho de elaboração e integração a longo prazo. Mostra-se pois, necessário desmistificar a ideia, ainda presente, de que é a droga que é fonte de dor, opinião ainda hoje partilhada por técnicos e entidades oficiais com responsabilidades nesta área. O mais grave nesta formulação é que colocar as dores, a miséria e o isolamento, unicamente, como efeito dos consumos de drogas não permite e censura a compreensão da preponderância da dor mental para a entrada e manutenção da dinâmica adictiva. Tal abordagem, em nossa opinião, contribui, de forma decisiva, para a perpetuação do "conluio da cegueira" (Fleming, 1995, p.64).

Apesar dos avanços a que se tem assistido, nomeadamente, em termos clínicos assiste-se, ainda hoje, à manifesta insuficiência de investigação científica que suporte as abordagens e intervenções na problemática da toxicoddependência, nomeadamente nas centradas na sua relação com a dor mental. Ainda hoje, e segundo a nossa pesquisa, não só não existe nenhuma escala de dor mental validada em Portugal, mas também, nenhum outro estudo em que um instrumento de medida da dor mental seja relacionado com a dependência de substâncias isto, apesar da reconhecida relevância que o conceito assume nesta problemática. Sugere-se, então, que futuros estudos procurem contribuir para a operacionalização do conceito de dor mental e

para a avaliação da sua associação com os fenómenos adictivos, particularmente a toxicoddependência.

CONTACTOS:

RUI GUIMARÃES

E.T. de Matosinhos / DRN, CRI Ocidental do Porto
Rua Roberto Ivens, 472
4450 248 Matosinhos
Tel. 22 002 88 00
E-mail: rui.guimaraes@idt.min-saude.pt

MANUELA FLEMING

Departamento de Ciências do Comportamento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto
Largo Abel Salazar, 2
4099-003 Porto
Tel. 22 600 16 31
E-mail: mfleming@icbas.up.pt

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anzieu (1985). *Moi-peau*. Paris: Dunod.
- Bakan, D. (1968). *Disease, pain, and sacrifice: Toward a psychology of suffering*. Chicago: Beacon Press.
- Bancoft, J. H. J., Skrimshire, A. M., & Simkin, S. (1976). "The reasons people give for taking overdoses". *British Journal of Psychiatry*, 128, 538-548.
- Baumeister, R. E. (1990). "Suicide as escape from self". *Psychological Review*, 97, 90-113.
- Bergeret, J., Leblanc, J. et al. (1983). *Précis de Toxicomanies*. Paris: Masson.
- Bion, W. (1962). *Aprender com a Experiência*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Bion, W. (1963). *Os Elementos da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Bion, W. (1967). *Estudos Psicanalíticos Revisados*. Rio de Janeiro: Imago.
- Bion, W. (1970). *Atenção e interpretação*. Rio de Janeiro: Imago.
- Bégoïn, J. (1989). "Introduction à la notion de souffrance psychique: le désespoir d'être". *Rev. Franc. Psychanal*, LIII (1), 457-469.
- Bolger, E. A. (1999). "Grounded theory analysis of emotional pain". *Psychotherapy Research*, 9, 342-362.
- Dodes, L. (1990). "Addiction, helplessness, and narcissistic rage". *Psychoanal. Q.*, 59, 398-419.
- Fernandez, C., Llorente, J. M. (1997). "Ansiedad y depresión en heroinómanos". *Colectânea de Textos das Taipas*, X, 157-167.
- Fleming, M. (1995). *Família e Toxicoddependência*. Porto: Afrontamento.
- Fleming, M. (2002a). "Dor mental: Um Para Além do Representável". *Rev. Port. Psicanálise*, 23, 123-132.
- Fleming, M. (2002b). "A dor mental, Eros e o Deserto Emocional". *Rev. Port. Psicanálise*, 24, 21-27.

- Fleming, M. (2003). *Dor sem Nome: Pensar o Sofrimento*. Porto: Afrontamento.
- Fleming, M. (2004). "Ansiedade luto e dor mental: Revisitando o pensamento de Freud". *Alter*, 23 (1), 41-57.
- Fleming, M. (2005a). "Dor mental e toxicodpendência". *Toxicodpendências*, 11, (1), 03-13.
- Fleming, M. (2005b). "The mental pain of the psychoanalyst: A personal view". *International Forum of Psychoanalysis*, 14, 69-75.
- Fleming, M. (2005c). "Towards a model on mental pain and psychic suffering". *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 13, 255-272.
- Fleming, M. (2005d). "Freud e a questão da dor e do sofrimento mental: Novos desenvolvimentos". *Alter*, 24 (1), 81-92.
- Fleming, M. (2005e). "As máscaras da dor mental: Ocultação e desocultação no processo psicanalítico". *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 7 (1), 19-31.
- Fleming, M. (2005f). "No limiar do pensável: Intolerância à frustração, pensamento e dor mental". *Revista Brasileira de Psicanálise*, 38 (4), 927-942.
- Fleming, M. (2006). "Distinction between mental pain and psychic suffering as separate entities in patient's experience". *International Forum of Psychoanalysis*, 15 (3), 1-6.
- Fleming, M. (2008). "Psicologia da dor e do prazer na toxicodpendência". In Analia Torres, & Ana Marques Lito (Orgs), *Consumos de drogas, dor, prazer e dependências: Perspectivas de investigação*. Lisboa: Climepsi.
- Freud, S. (1895). *Projecto para uma Psicologia Científica*. Ed. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1911). *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental*. Ed. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1917). *Luto e melancolia*. Ed. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1926). *Inibição, sintoma e ansiedade*. Ed. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago.
- Grinberg, L. (1978). "The razor's edge in depression and mourning". *Int. J. Psychoana.*, 59, 245-254.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Higgins, E. T. (1987). "Self-discrepancy: A theory relating to self and affect". *Psychological Review*, 94, 319-340.
- Hopper, E. (1995). "A psychoanalytical theory of drug addiction: Unconscious fantasies of homosexuality, compulsions and masturbation within the context of traumatogenic processes". *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 1121-1142.
- Jaques, J. (2001). *Para acabar com as toxicomanias*. Lisboa: Climepsi.
- Jobs, D. (2000). "Collaborating to prevent suicide. A clinical research approach". *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30, 8-17.
- Johns, D., & Holden, R. R. (1997). "Differentiating suicidal motivations and manifestations in a nonclinical population". *Canadian Journal of Behavioural Science*, 29, 266-274.
- Kaufmann, E. (1994). *Psychotherapy of addicted persons*. New York: Aronson.
- Khantzian, E. (1985). "The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence". *Am J Psychiatry*, 142, 1259-64.
- Khantzian, E. (1986). *Treatment implications of a psychodynamic understanding of opioid addicts. Psychopathology and addictive disorders*. London: Guilford Publications.
- Khantzian, E., Wilson, A. (1993). "Substance abuse, repetition, and the nature of addictive suffering". In *Hierarchical concepts in psychoanalysis - Theory, research and clinical practice*, Ed. Wilson, A., Gedo, J. New York: Guilford Press.
- Leenaars, A.A. (1996). « Suicide: A multidimensional malaise ». *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26, 221.
- Magalhães, L. (2000). A doença é a dor de existir. *Toxicodpendências*, 6 (1), 9-14.
- McDougall, J.(1991). *Em defesa de uma certa anormalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- McDougall, J. (1996). *Teatros do corpo. O psicossoma em psicanálise*. S. Paulo: Martins Fontes.
- McDougall, J. (2001). "L'Economie psychique de l' adiction". In *Anorexie, adictions et fragilités narcissiques*. Collection Petite Bibliotheque de Psychanalyse. Paris: PUF.
- Neto, D., David, M. (1991). "Toxicodpendentes. Tratamento combinado e por etapas". *Jornal Notícias Médicas*, 1994, 1-4.
- Neto, D. (1996). *Tratamento Combinado e por Etapas de Heroíno-dependentes*. Lisboa: Universitária Editora.
- Olievenstein, C. (1982). *A Vida do Toxicómano*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Olievenstein, C.; Angel P.; Angel S.; Géraud B.; Mège J. Y.; Perpère A. (1987). *La Clinique du Toxicomane*. Paris: Éditions Universitaires.
- Orbach, I., Mikulincer, M., Sirota, P., & Gilboa-Schechtman, E. (2003a). "Mental pain: a multidimensional operationalization and definition". *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33 (3), 219-230.
- Orbach, I., Mikulincer, Gilboa-Schechtman, & E. M., Sirota, P. (2003b). "Mental pain and its relationship to suicidality and life-meaning". *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33 (3), 231-241.
- Pontalis, J. (1999). *Entre o sonho e a dor*. Lisboa: Fenda.
- Rado, S. (1933). "The psychoanalysis of pharmacotymias". *Psychoanal Q.*, 2:1-23.
- Ramos, S. P. (2004). "What can we learn from psychoanalysis and prospective studies about chemically dependent patients?". *International Journal of Psychoanalysis*, 85, 467-488.
- Sequeira, J. P. (2006). *As origens psicológicas da toxicomania*. Lisboa: Climepsi.
- Shneidman, E. S. (1985). *Definition of suicide*. New York: Wiley.
- Shneidman, E. S. (1993). « Suicide as psychache ». *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 147-149.
- Shneidman, E. (1999). "The psychological pain assessment scale". *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29, 287-294.
- Vaillant, G. (1983). *The natural history of alcoholism*. Cambridge: Harvard Univ. Press.
- Vaillant, G. (1995). *The natural history of alcoholism revisited*. Cambridge: Harvard Univ. Press.
- Weiss, E. (1934). "Bodily pain and mental pain". *International Journal of Psychoanalysis*, 15, 1-13.