

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Contributos para a compreensão do toxicodependente

Ref. 15378

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

BIBLIOTECA

Maria João Corrêa Vargas Pinheiro

*Dissertação submetida ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada
para obtenção do grau de Mestre em Psicossomática*

*Dissertação realizada sob a orientação do
Prof. Dr. António Coimbra de Matos,
Professor convidado do Instituto Superior de Psicologia Aplicada*

À minha mãe porque está comigo

*Agradeço ao meu orientador, Dr. António Coimbra de Matos, a inspiração,
a confiança, as críticas e as sugestões dadas.*

*Agradeço à Dr.ª Isabel Prado e Castro as experiências profissionais e as
vivências desafiadoras e fecundas nos CAT que dirigiu.*

Índice

1. Notas preambulares	2
1.1. Apresentação do tema e motivações	2
1.2. Os “lugares” da tese	5
2. O objecto	8
2.1. Do conhecimento científico e do pensamento filosófico.....	8
2.2. Um novo paradigma em aberto.....	13
2.3. Do Estatuto do Ser.....	17
2.4. Da Psicossomática.....	19
2.5. Do organismo	24
2.5.1. Sistemas da Rede PNTE	24
2.5.2. Stresse	27
2.6. Da pessoa	34
2.7. Do toxicodependente.....	41
2.8. Do toxicodependência	43
2.8.1. Uma abordagem biológica	45
2.8.2. Uma abordagem psicodinâmica	52
2.8.3. Uma abordagem cognitiva	53
2.8.4. Uma abordagem psicossomática	55
3. O objectivo epistémico e o método	56
3.1. Investigar	56
3.2. De investigador a terapeuta	61
4. Intuir o fenómeno: a toxicodependência	65
4.1. O adoecer psicossomático	65
4.2. Uma vinculação perigosa	77
4.3. Uma adolescência, ... uma sociedade	86
5. Cuidar um toxicómano	93
6. Conclusão	97
7. Bibliografia	100

1. Notas preambulares

1.1. Apresentação do tema e motivações

A dissertação a que me proponho tem por objectivo ilustrar e relevar ideias e conceitos que subjazem e são fundações ao estudo/investigação da pessoa que se tornou toxicodependente e que solicita ajuda em consulta de C.A.T. (Centro de Atendimento a Toxicodependentes).

Foram motores da motivação na escolha do tema deste trabalho:

- A experiência em toxicodependência nos oito anos de actividade clínica, como generalista, nos C.A.T. de Aveiro e S.^{ta} Maria da Feira, sob a direcção clínica da S.^{ra} D.^{ra} Isabel Prado e Castro¹
- Dois anos de estudo e reflexão no âmbito do curso de Mestrado em Psicossomática, dirigido pelo Professor Doutor António Mendes Pedro, a que diz respeito esta Tese.

Quis otimizar os contributos destas experiências numa perspectiva convergente a servir os meus interesses clínicos, pessoais e institucionais.

Julgo não restarem dúvidas sobre a importância da temática da toxicodependência em termos da sua frequência, prevalência e impacto na nossa sociedade; é também, redundante afirmar a gravidade das suas consequências e as dificuldades inerentes à sua abordagem com vista a minorá-las; justifica-se assim investigar e investir em estratégias alternativas a este propósito.

Por outro lado, parece-me gritante desperdiçar métodos e conteúdos de formação; é que o volume crescente de informação de que dispomos e a velocidade da vida não são garante de boas condições de assimilação de conhecimentos e consequente mudança.

¹ Isabel Prado e Castro: *Psiquiatra e Terapeuta Familiar e em Psicodrama.*

Considero efectivamente que ao acesso a mais informação e oportunidades formativas não está associado, proporcionalmente, um conseqüente aumento de conhecimento e de crescimento pessoal. No meu entender, tal como a inflação dos produtos leva ao desperdício, também o processamento acelerado da informação esgota a capacidade de recepção de estímulos e prejudica a elaboração necessária.

Sinto um apelo a outros ritmos, a um espaço/tempo que favoreçam a contemplação activa, a oportunidade ao “paladar” para que o conhecimento se torne apetecível e digerível e gere a metamorfose desejável, evolutiva.

Justifica-se, neste tempo e neste lugar, que os ritmos relacionais destas experiências se traduzam em linguagem escrita; símbolos que tecem mais malhas no meu devir profissional.

Este é pois, e sobretudo, um trabalho para mim.

Decidi “stressar-me”, dando-me ao desafio e à oportunidade de crescimento, no que de desinstalação, impulsão para o novo significou fazer este Mestrado e esta tese: uma luta corpo – a – corpo entre o que tenho sido e o que a profissão e as experiências de formação e de vida, actuais, me querem. Devo prestar provas da minha transformação.

Síntese de mim no percurso profissional que trilho; pinceladas de aqui e de ali, romances do passado; experiências de agora e êxtases; facetas e ilusões de “amanhã”; caminhos convergentes numa tela, pauta, folha de papel que quis harmónicos, subjectivos e leves.

Digamos que esta tese é a minha metáfora possível, desta “manhã”.

Deambularei pelo cérebro, pelos neurónios sãos e pelos adoecidos no uso crónico das drogas; pelo substrato neural e relacional das adições, esses “sítios” onde as drogas estreitam parcerias com aqueles que a elas se expõem; pelas relações de vinculação e por “coisas” sociais...

Tentarei nesta dissertação revelar nos processos neurobiológicos e relacionais da toxicod dependência o paradigma psicossomático.

O oportuno e indispensável trabalho experimental que apoie estas reflexões teóricas ficará a aguardar oportunidade de concretização num futuro próximo.

Estava previsto, para Janeiro de 2003, o início de um grupo de psicodrama com toxicod dependentes utentes do C.A.T. da Feira sob a direcção da D.^{ra} Kerstin Hoffmeister (Psicóloga do CAT) com a minha colaboração como Ego-auxiliar e sob a Supervisão da S.^{ra} D.^{ra} Isabel Prado e Castro. Esta experiência, que teria sido o esteio necessário para testar este valioso instrumento psicoterapêutico na abordagem aos toxicod dependentes, por motivos institucionais não chegou a concretizar-se.

Espero tempos favoráveis.

1.2. Os lugares da Tese

Sem grandes preocupações de análise minuciosa, ou ordenação, tomo a liberdade de ir discorrendo (em movimento mais circular que linear) em aproximações e generalizações, saltos e suspensões sobre o que é presente a um estudo desta natureza.

Provavelmente perder-me-ei nalguns horizontes e não voltarei; outros haverá que, vislumbrados, deixarei à distância; deter-me-ei, com gosto, naquela clareira que sei continuar misteriosa, na montanha que pressinto mas pela qual, agora, não devo aventurar-me.

São caminhos de conhecimento.

E, por conhecimento... ao ler o primeiro capítulo de um livro de Guimarães Lopes, "Clínica Psicopatológica" (1993), detive-me de chofre, ao perceber aquele novo mundo que se abria para mim; melhor, o mundo já o tinha percebido e nele vivo há muito com simplicidade, mas consciencializá-lo, daquela maneira, foi mais valia que pretendo fazer frutificar e velar por que amadureça.

Vi a nooesfera pela pena de Morin ² (1991) quando citado por Guimarães Lopes (1993).

E soube que a noologia é a ciência que a estuda fazendo a relação entre o mundo biológico (orgânico e psíquico), o biopsicossocial (o das vivências) e o mundo do espírito, teológico, que persegue a ideia responsável pela existência.

Imediatamente senti que este mundo e esta ciência me interessavam e logo me ocorreram possíveis implicações para o estudo da psicossomática.

Noutro trajecto, o da Investigação Qualitativa (pelas orientações da Tese de Cristina Vieira) entro nas zonas áridas, a meu ver, dos métodos da investigação; por aqui, porém, descubro a clareza arrumada de uma serra de conceitos onde a mão humana pôs ordem, sossegando-me dúvidas primárias a respeito dos Métodos de Investigação Quantitativa/Qualitativa.

² Edgar Morin, membro da Resistência Francesa, comunista e descendente de judeus. Perseguido pela Gestapo, adoptou o sobrenome "Morin". Referência no desenvolvimento do conhecimento no séc. XX. Defende que o homem não é um ser redutível a rótulos, fórmulas, definições mas antes um ser complexo, ecológico, criativo, planetário e solidário. Em "Les Idées" aprofunda os conceitos de Ecologia das Ideias e de Nooesfera (1991).

Apercebi-me dos contornos gerais da natureza e objectivo do meu trabalho e larguei a Tese, aliviada.

Tropeço... ali mesmo, noutra dimensão: a microscopia da toxicodependência. Moléculas, átomos e bombas iónicas interagem vertiginosamente no mundo invisível, cósmico na sua complexidade e desafio.

Rosenzweig, Bredlon, Sílvia Ouakinin, Ader, Besedowsky, Pato de Carvalho, Robinson, Berrige, Tice Macedo, entre outros, são as personagens fundamentais que, neste palco, encenam o Processo Biológico da Patologia da Adição.

Continuo curiosa e, sem aviso prévio, sinto-me a cair, desamparada, envolta em espesso nevoeiro, no mundo dos sonhos; comigo está Carl Jung³ no “O Homem e seus Símbolos”.

Fiquei contente; o sítio, era fantástico: é, sei-o agora, a noosfera (o mundo onde os espíritos habitam); o nevoeiro, como um écran, separava os mundos e era, ao mesmo tempo, o que me permitia comunicar e o que me impedia de o fazer...

Acordei! Uma sensação de bonomia acompanhou-me o resto do dia; em cada pequeno nada intuía um mistério e encantava-me.

Coimbra de Matos estava por perto e via tudo. Com os livros debaixo do braço contempla a montanha e empresta-mos, a sorrir.

Mais à frente, uma encruzilhada...

Precisava da memória e esta traía - me. Qual seria o caminho?

Perguntei ao coelho da Alice ao que ele me respondeu: “Ora, isso depende, aonde queres chegar?... ”

Claro, claro, optei por um suave leito de água, inominado, que se estendia por quilómetros como um delta gângico a afundar-se no mar.

A velocidade trai a memória e a lentidão vitaliza-a; tudo tão claro e sereno com António Damásio no seu “Erro de Descartes” e Rui Mota Cardoso em “O Stress na Profissão Docente”.

³ Carl Jung, (1875-1961), psicanalista e psiquiatra suíço cujas ideias deixaram marcas na Psicologia mas também na Sociologia e Antropologia. O Inconsciente (pessoal e colectivo), os Tipos Psicológicos (introvertido e extrovertido), a noção de Complexo são ideias que criou/desenvolveu.

Mas, o tempo urge. Que tempo? Ou será o espaço?...
Talvez a cadência, talvez o desajuste,...
Que fazer? Desanimar ou fazer? Vou ou não vou?
Mas ir não faz sentido e ficar também não... Que fazer?

Neste impasse, aparecem Mendes Pedro e Sami Ali, que cheios de paciência, acertam o passo comigo.

Para a escutar histórias de toxicodependentes contadas por Isabel Prado e Castro e sossego resolvendo-me por um caminho com coração, é que:

“... todos os caminhos são o mesmo.

Nenhum leva a parte alguma.

Se tem coração o caminho é bom.”

(Um chinês)

2. O OBJECTO

2.1. Do conhecimento científico e do pensamento filosófico

“Da explicação mística do Cosmo dos nossos antepassados, à elegante e poderosa explicação científica dos nossos tempos vai sedimentando a convicção de que fazemos parte da grandiosidade do Universo que nascemos dele e a ele estão fortemente ligados os nossos antepassados e que temos acesso e podemos compreender este universo”⁴

Os saberes científico, filosófico e religioso procuram a verdade. Procuram melhorar a relação do Homem no Mundo e com o Mundo. A abordagem científica e a abordagem filosófica divergem na definição do objecto próprio.

A Filosofia é uma tomada de posição raciocinada relativamente à totalidade do real.

A Ciência empenha-se na coordenação do sistema dos valores cognoscitivos da verdade empírico – dedutiva.

A Ciência, ao longo do seu trajecto histórico, no desejo de se encontrar com a verdade, sai da infantilidade do Jardim do Éden, onde tudo se explica pela segurança fantástica dos mitos, para percorrer os caminhos da incerteza e da solidão, de espanto em dúvida, de vitória em erro; crescendo “em sabedoria e graça” e empunhando, orgulhosa, o instrumento da descoberta, o seu método experimental.

Durante a Idade Média (séc. V- XV), época em que o homem, como em nenhuma outra, viveu o seu ideal de vida humano – divino, criticar e duvidar eram pouco mais que estranhos aos itinerários do saber. Conhecer era partilhar a “verdade divina” emprestando Deus o seu auxílio para dissipar dúvidas e fortalecer certezas.

No séc. XV, o homem, mais livre para exercitar a curiosidade, atitude que caracteriza o homem do Renascimento (séc. XV - XVI), toma consciência de si próprio e

⁴ Sagam, C., *Cosmos*

do mundo exterior e experimenta a aguda sensação da sua ignorância, e é nessa “douta ignorância”⁵ que se traduz a sua superioridade.⁶

O valor heurístico da dúvida começa nesse ponto em que o homem se descobre centro e sujeito da utilização do Cosmos e da estruturação do conhecimento. A pouco e pouco, tudo passa a ser questionado.

Os conhecimentos não são mais do que meras conjecturas, e estas, participando na alteridade da verdade, colocam o homem no seu caminho mas não na sua posse.

Arte e conhecimento cruzam-se para iluminar a fecundidade da dúvida e com ela os caminhos do conhecimento, sempre aperfeiçoáveis, transformando a fragilidade da condição humana em afirmação do seu poder, da sua força.

No Séc. XVII, com Descartes, a certeza volta a seduzir (“penso, logo existo” – a certeza primordial) e o seu objectivo é perseguir a verdade.

No Discurso do Método, Descartes declara na primeira regra:

“o conhecimento evidente é só aquele de que não se pode duvidar”

E na segunda regra:

“Importa lidar unicamente com aqueles objectos para cujo conhecimento, certo e indubitável, os nossos espíritos parecem ser suficientes. Rejeitamos todos os conhecimentos somente prováveis e declaramos que se deve confiar apenas nas coisas perfeitamente conhecidas e das quais se não pode duvidar”.

A dúvida em Descartes não é pois o reconhecimento da impotência humana, mas a afirmação do poder do Homem.

Já no séc. XX reencontramo-nos nos caminhos do saber marcados pela mesma atitude, pela mesma segurança.

O positivismo lógico⁷ trata de pensar a filosofia em termos capazes de responder aos últimos avanços científicos e tecnológicos dos séc. XIX e XX. Clarificar os

⁵ Se a verdade sempre nos escapa e se a nossa vocação é a verdade então o que queremos saber é que ignoramos.

⁶ Tratado sobre a “Douta Ignorância” do Cardeal Nicolau de Cusa, humanista alemão que, no séc. XV se empenhou em conciliar a Escolástica medieval com a corrente científica renascentista.

⁷ Positivismo: para os positivistas (séc. XIX) a experiência é o único critério da verdade e a ciência o único depositário do verdadeiro conhecimento humano, uma nova religião.

problemas filosóficos tradicionais desmascarando-os como pseudo – problemas (as correntes científicas da época estavam imbuídas da convicção da inexistência de enigmas insolúveis) passíveis de serem solucionados por recurso ao método experimental, foi a árdua tarefa do positivismo lógico.

A confiança nos resultados da verificação experimental era inabalável.

Karl Popper em 1934 enceta nova postura científica e propõe a falsificação em alternativa ao princípio da verificabilidade, enunciado característico do positivismo lógico, rejeitando claramente qualquer dogmatismo.

É a afirmação do carácter provisório de qualquer teoria científica.

“O máximo que se pode afirmar acerca de uma hipótese é que ela até agora se revelou valiosa e foi mais bem sucedida do que hipóteses rivais embora, em princípio, ela nunca possa ser justificada, verificada, ou mesmo mostrar-se provável (...) O nosso conhecimento consiste, a cada momento, naquelas hipóteses que mostraram a sua aptidão para sobreviver até agora na sua luta pela existência, uma luta de competição que elimina aquelas hipóteses que são incapazes”⁸

O método da Ciência passou a ser definido como a aprendizagem sistemática através do erro.

Com Thomas Kūhn⁹, na década de sessenta, a ruptura epistemológica iniciada por Popper transformou-se numa ruptura interna no seio da comunidade científica e cria novos conceitos: *Ciência normal*, *Paradigma*, *Ciência revolucionária*, e *Anomalia*.

Paradigma é o conjunto de elementos que unificam uma comunidade científica, na sua forma de olhar o real e identificar os respectivos problemas. *Anomalia* é o reconhecimento de que a Natureza “violou” as expectativas induzidas pelo paradigma que rege a *Ciência normal* obrigando a um conflito explícito e inequívoco com algum princípio estruturalmente central da crença científica. Esse conflito impulsiona novo paradigma e a marcha da Ciência. A *Ciência revolucionária* é o período de tempo em que a crise suscitada pela eminência de novo paradigma subsiste na oportunidade do

⁸ Popper, Karl citado em *Sebenta de Filosofia, O estatuto do Conhecimento Científico, Realidade e Verdade, O Ser Humano e o Sentido da Existência*. Organizada por Paulo Antunes

⁹ Kūhn, Thomas: *crítico do positivismo, acredita que as ciências se desenvolvem após crises, as crises dos paradigmas, que a pesquisa científica é orientada não apenas por teorias, mas também por paradigmas e que estes são formados por leis, conceitos, modelos, valores, analogias, princípios metafísicos.*

crescimento, no risco do caos, da claudicação.

Não isenta do engano, da alteração do observado, da manipulação (consciente ou inconsciente) dos resultados, a Ciência não é tão objectiva nem rigorosa como se supunha.

Profundamente impregnada do factor humano torna-se, como todos os outros saberes, altamente subjectiva. É nesta Ciência que surgem o Princípio da Incerteza, a Teoria da Relatividade (referindo-se à força da gravidade e à estrutura em macro escala do Universo) e a Mecânica Quântica (focando fenómenos que ocorrem em escalas extremamente reduzidas).

São estes grandes feitos intelectuais da primeira metade do séc. XX.

A revolução científica de Max Planck e Einstein veio demonstrar que não se pode observar a Natureza sem a perturbar... O objecto a estudar é uma construção,...

- Teorias aparentemente contraditórias como a teoria corpuscular e a ondulatória, ambas para explicar o fenómeno luminoso, puderam coexistir com o mesmo rigor científico.
- Pela Teoria Quântica o filósofo é obrigado a reencontrar-se com a impossibilidade de separar do objecto do conhecimento os próprios processos que o apreendem, o que o obriga a pôr, sem cessar, sob uma forma nova, o problema das relações entre o objecto e o sujeito.¹⁰
- Heisenberg mostrou que é impossível imaginar um dispositivo experimental que permita determinar ao mesmo tempo, com uma precisão perfeita a posição e a velocidade de uma partícula. Quanto mais o observador se empenhar a medir com exactidão uma destas duas grandezas, mais a outra grandeza se alterará.
O modo como se irá processar esta alteração é impossível de prever. O que caracteriza o conhecimento é o obrigar-nos a considerar o universo do exterior como se fosse um espectáculo que nos é dado observar e ao qual poderemos ser estranhos.

¹⁰ Lavelle, L., (1883-1951). *Filósofo francês ligado à Philosophie de l'Ésprit. Dois pólos do seu pensamento são a absoluta irreducibilidade do Eu e a presença do Ser.*

O conhecimento produz-se num mundo de que fazemos parte e que é sempre alterado por ele. (Lavelle, L.)

Einstein, Max Planck e Heisenberg mostraram-nos que qualquer descrição da Natureza contem uma qualquer incerteza essencial e irremovível.

Assim, por exemplo, quanto mais rigorosamente se tentar mudar a posição de uma partícula fundamental (ex. um electrão) tanto menos certeza teremos da sua velocidade.

A Teoria da Relatividade e a Teoria Quântica, são incompatíveis e ainda não foi encontrada uma nova teoria que concilie estas duas numa teoria unificada, completa, que descreva o Universo como um todo,...

Mostram-nos afinal o que sempre se soube: a Ciência é um modo de descrever a realidade. Confina-se, por conseguinte, nos limites das observações.

Mas a Ciência não tem o monopólio interpretativo do Mundo, a interpretação do Mundo não é monista mas pluralista. A análise filosófica, que fundamenta o que fica referido, pressupõe que não há um facto e um observador mas a reunião de ambos numa observação.

*“O Paradigma da investigação qualitativa, assenta no pressuposto epistemológico¹¹ naturalístico – fenomenológico e postula a existência de múltiplas realidades sociais, construídas pelos indivíduos e abordáveis pela via da Ciência., da convivência e da empatia , como todo o fenómeno social (...)
a realidade é múltipla e a “verdade” das coisas é a mais sofisticada construção, a mais informada, em relação à qual é reunido consenso numa determinada época”¹²*

¹¹ *Epistemologia: encarada como Filosofia da Ciência ou Teoria do Conhecimento aceita-se hoje como o conjunto dos métodos, regras, padrões que permitem construir o conhecimento.*

¹² *Mc Millan e Schumacher (1989) cit. Por Cristina Vieira*

2.2. Um novo paradigma em aberto

Ao longo da história da Ciência os paradigmas¹³ que a foram orientando evoluíram de forma a identificarem-se com as ideias e valores de cada época.

Assim, como exemplo:

- A *maieutica socrática* (através do diálogo, Sócrates procurava que os seus interlocutores “descobrissem” as suas verdades: a identificação do *útil* com o *bem*; a necessidade de *praticar o bem*, tendo em vista a *salvação da alma*; a importância de cada um se conhecer a si mesmo,...)
- A *dedução aristotélica* (valorizando o raciocínio dedutivo foi o principal sistematizador do pensamento humano,...)
- A *lógica formal* (com relações circulares entre premissas e conclusões e os seus modos de formular novas questões, foi paradigma dominante na Idade média).
- A *indução* (da observação de um certo número de fenómenos e do seu estudo experimental, conclui a lei que os “rege”)
- O *empirismo do séc. XVI* (as ideias nascem da associação mecânica das sensações e o conhecimento deriva exclusivamente da experiência; estas são, entre outras, “verdades” do empirismo)
- O *cartesianismo do séc. XVII* (que deu nova expressão ao dedutivismo baseado na certeza primordial de Descartes “penso logo existo”)
- O *racionalismo e empirismo no séc. XVIII* fazem nascer um novo paradigma, o do primado da razão e das suas luzes, o iluminismo¹⁴, que vai marcar a modernidade; até ao séc. XIX dominam a vida científica sufocando outras constelações de procedimentos que se iam esboçando como alternativas na construção do conhecimento científico.

¹³ Paradigma: modelo, arquétipo, protótipo (do dicionário). Segundo Kuhn “é aquilo que os membros de uma comunidade partilham e, inversamente, uma comunidade científica consiste em homens que partilham um paradigma”, Isto é o conjunto de crenças, valores, técnicas, etc. compartilhados pelos membros de uma dada comunidade científica.

¹⁴ Iluminismo: movimento cultural que imperava na Europa nos séculos XVII e XVIII cujos valores supremos, a razão e a liberdade individual deveriam dissipar o erro, a ignorância, a estupidez e a má-fé.

Quando um determinado paradigma se mostra insuficiente para resolver as questões e curiosidades de determinada época, entra em crise.

Nas palavras de Kuhn(1970) *“a sucessiva transição de um paradigma para outro, por meio de uma revolução, é o padrão habitual de desenvolvimento de uma ciência moderna”*

Quando se trata de investigar outro ser humano (ou uma realidade humana) e se queremos definir a “verdade” tão objectivamente como o pretendem a filosofia e a epistemologia logico-positivistas¹⁵, deparamo-nos, efectivamente, com perplexidades e becos sem saída.

Se já nem na investigação da realidade física se considera que a relação entre o investigador e o objecto da investigação se baseia num processo em que aquele é activo (manipulador e controlador), e este é passivo e manipulável, por maioria de razão isso também acontecerá quando o objecto a ser investigado é outro ser humano.

“o filósofo é obrigado a reencontrar-se com a impossibilidade de separar do objecto do conhecimento os próprios processos que o apreendem o que obriga a pôr sem cessar sob uma nova forma, o problema das relações entre o objecto e o sujeito.
(Lavelle, L.)

Neste caso, o investigado tem um papel activo já que construiu subjectivamente a sua realidade. Este facto determina a necessidade do estabelecimento de alguma interacção e empatia na relação investigador – objecto.

Se a realidade é múltipla, múltiplas são também as observações dos diversos observadores, porque subjectivas, e assim não é possível esperar, numa investigação baseada num paradigma naturalista¹⁶, objectividade nem generalização de resultados. Este tipo de investigação engloba o próprio sujeito que observa.

Defende-se ainda que o objecto da investigação participando na investigação, é ele próprio também investigador e, nessa medida, é possível compreender melhor o significado que atribui ao real.

¹⁵ *A Filosofia e a Epistemologia logico-positivistas consideram a realidade como única (independente dos sentimentos e crenças dos indivíduos).*

¹⁶ *Naturalismo: Concepção filosófica que defende a Natureza como a única realidade existente excluindo toda a realidade espiritual quer metafísica quer religiosa. Monismo, mais metodológico que ontológico patente no empirismo inglês, no positivismo de A. Comte (1798-1857) e no pragmatismo de Dewey (1859-1952) que exclui toda a realidade espiritual, metafísica, religiosa.*

“é como se existissem dois investigadores: um que é externo e que foi quem teve a ideia de realizar o estudo, outro a que podemos chamar investigador interno, que é o próprio investigado” (C. Vieira 1995)

Muitos são os autores actuais que, relativamente a este assunto, aceitam a evidência, isto é, que a ciência tem os seus alicerces na subjectividade da experiência humana, já que lhe está subjacente uma influência teórica, intrinsecamente subjectiva.

C. Vieira cita vários autores (Kockelmans e Kisiel, 1990; Merriam e Simpson, 1989; Bernstein, 1983; Rorty, 1982 ; Howe e Eisenhart, 1993) que defendem o envolvimento do investigador (com os seus princípios teóricos e valores) com a realidade estudada, para que esta seja interpretada mais profundamente e assim melhor compreendida.

Conclui-se, deste modo, que muitos cientistas consideram que a realidade, embora independente do sujeito, só é abordável por processos que recorram à subjectividade, não sendo possível desligarmo-nos da nossa própria experiência para obtermos uma visão objectiva daquilo que vivenciamos.

O estabelecimento de relações de empatia e interacção com os sujeitos a estudar, permitirá melhorar o contexto em que decorre a investigação, a qualidade e quantidade de informação recolhida, a interpretação dessa informação e consequentemente a compreensão do investigado.

O que, eventualmente, se perde em objectividade e generalização de resultados, ganha-se (e muito) na amplitude e profundidade da compreensão dos fenómenos humanos. Entre o sujeito e o objecto estabelece-se uma relação horizontal, dialéctica, transaccional, subjectiva.

Mas ainda assim e para manter saudável a dúvida, refere C. Vieira citando Bogdan e Biklen (1982),

“apesar de se enfatizar o subjectivo, não se nega, necessariamente, a existência de uma realidade exterior que , envolvendo os seres humanos, é capaz de resistir a qualquer acção a ela dirigida”

(?)

2.3. Do Estatuto do Ser¹⁷

Nada escapa ao "ser"; o "ser" está sempre aí, tudo é... "ser"; o "não ser" não existe (por definição).

A pergunta fundamental, a primeira pergunta, a pergunta de qualquer investigação é sempre uma pergunta sobre o "ser. Por outro lado, o "ser" só se revela se sobre ele inquirirmos. E a questão é sobre a essência, o verdadeiro, a substância, o sentido,...

A interrogação sobre o "ser" tem ocupado o pensamento filosófico de todos os tempos. O homem pergunta-se sobre o "seu ser" de todas as maneiras por todos os prismas, num esforço dialéctico revelador desse ser que, no entanto, sempre se escapa misterioso e maravilhoso, aguçando curiosidades.

Renovando constantemente energias de vontade e alegria perante a esperança da revelação total que, afinal, é sempre e só mais uma parte imanente¹⁸ do ser que somos e nos transcende¹⁹...

Podemos talvez dizer com Wüñdt ²⁰ que o soma é uma forma do Ser, ser. Assim também a psique é uma forma do Ser, ser. Por outras palavras ser soma e ser psique são revelações do Ser.

A história da Filosofia mostra que a interacção dos dois princípios do "ser", corpo-alma (soma – psique), tem vindo a ser objecto de uma reflexão constante.

As correntes dualistas ²¹ de Anaxágora²², Platão²³ e Aristóteles²⁴ consideram

¹⁷ O problema do ser foi proposto por Parménides e os atonistas. Parménides - filósofo grego (c. 540 a 450 A.C) fundador da Ontologia, foi o que primeiro propôs a distinção entre mundo sensível e mundo inteligível.

¹⁸ Imanência: significa que faz parte da mesma natureza. Baseia-se na doutrina filosófica imanentismo, que nega toda a realidade exterior ao pretender que os fenómenos nos são conhecidos apenas como modificações do sujeito.

¹⁹ Transcendência: designa tudo aquilo que está para além do limite. Em Gnoseologia significa que o objecto do conhecimento não está no sujeito. Em Ontologia a transcendência leva à superação do mundo e relaciona-se com o fundamento, o sentido e a causa dos seres.

²⁰ Wüñdt (1832-1920) psicólogo e filósofo alemão, formado em Medicina, é considerado o fundador da Psicologia Científica e o precursor da Psicologia Genética e da Psicologia dos Povos.

²¹ Teorias que fazem derivar a realidade de dois princípios últimos irreductíveis, fundamentalmente opostos: bem/mal, espírito/matéria, luz/trevas, Deus/demónio, ideia/sensível, alma/corpo.

²² Anaxágoras (c. 500 a 428 A.C) - filósofo grego. Para resolver o problema do Ser confere ao espírito um papel determinante na ordem universal.

psique e soma como entidades separadas assumindo em Aristóteles *uma unidade estreita, uma unidade substancial* na qual a alma dá forma ao corpo (hilemorfismo²⁵).

Se o dualismo platônico penetrou a filosofia antiga e a medieval, reservando ao corpo um lugar de segunda, de interdição, de prisão da alma, de sujeição, este não deixou, no entanto, de reivindicar a sua posição em várias tendências: no Epicurismo, em credos religiosos (relacionando o êxtase místico com o transe sexual e prazer sensorial), em hábitos culturais (danças ritualizando o sagrado do corpo) e

“novos espaços se abriam, ainda que ocultamente, para o dizer (o corpo) como espaço de criação e de fruição da liberdade e do desejo” (João André, 2002).

Como também refere João André, para Descartes²⁶ (a quem é atribuída a segunda paternidade do nosso dualismo) o corpo e a alma são duas substâncias diferentes mas com influência recíproca (interaccionismo).

Mas mesmo aqui o corpo, *“reduzido à mera extensão analisada a partir do paradigma da máquina, irrompe (...) corpo expressivo e vivido (...) espaço vital das paixões.*

(as paixões) de tal maneira são boas e úteis a esta vida que a nossa alma não teria motivo para querer estar unida ao seu corpo por um só momento se as não pudesse sentir (...) (nelas está) toda a doçura e toda a felicidade da vida.²⁷

²³ Platão (c. 428 a 347 A.C.) - filósofo grego. Distinguiu o mundo inteligível e o mundo sensível afirmando o primado do primeiro sobre o segundo. O Judaísmo, Cristianismo e Islamismo são religiões baseadas nas categorias filosóficas do platonismo.

²⁴ Aristóteles (384-322 A.C.) filósofo grego, discípulo de Platão. Orientou o pensamento europeu durante dois milénios

²⁵ Hilemorfismo : doutrina filosófica Aristotélica segundo a qual a estrutura ontológica dos corpos é constituída por dois princípios radicais de ser: a matéria primordial e a forma substancial.

²⁶ René Descartes (1596-1650), filósofo e matemático francês, celebrou-se com o seu “Discurso do Método” onde procura deduzir todas as verdades do saber humano.

²⁷ Descartes em João André, 2002.

Com Leibnitz²⁸ corpo e espírito são separados, não exercem influências recíprocas mas, as actividades corporais e mentais estariam em correlação perfeita (paralelismo).

As ideias platónicas e neo-platónicas de um dualismo categórico, os monismos²⁹ idealistas do Séc. XIX (Berkeley e Hegel: a alma espiritual é a única realidade) e os monismos materialistas dos séc. XVII a XIX (Hobbes , Haeckel,...: o corpo material é a única realidade) não têm hoje adeptos.

Em Damásio, o corpo (o seu metabolismo, os instintos, os impulsos,...) pode constituir o quadro de referências (o tema básico das representações mentais) para os processos que experienciamos como sendo mente. Já Espinosa³⁰ referia que *o corpo só pelas leis da Natureza pode muitas coisas que causam espanto à própria mente.*

E na nossa época em que o corpo está na ordem do dia – corpo exposto, falado, manipulado, divinizado, corpo – arte, artes do corpo – de que corpo se está a tratar?

De um Corpo Sujeito (que sente, se sente e é sentido, que cria) ou de um Corpo Objecto (fabricado representado, passivo)?

De um corpo intensivo e vibrátil (que se envolve numa linguagem, que inventa um gesto, um espaço e se partilha fantasmático e apaixonado) ou de um Corpo lubrificado, aperfeiçoado, Corpo-espectáculo?

Corpo que se tornou uma espécie de prótese de um eu eternamente em busca de uma encarnação provisória para assegurar uma traça significativa de si? ³¹

Um corpo diabolizado, um Ser em perturbação psicossomática?

²⁸ Leibnitz (1646-1716) filósofo e matemático alemão acalentou o sonho de inventar uma linguagem simbólica universal. Elaborou a teoria das Mónadas para explicar a natureza das coisas

²⁹ Monismo: doutrina filosófica que afirma haver uma só substância, um só ser. Opõe-se ao dualismo que defende a existência de dois tipos de substância no ser. O monismo espiritual leva ao panteísmo e o monismo materialista ao ateísmo.

³⁰ Bento Espinosa (1632-1677): filósofo judeu de origem portuguesa. Autor da bem estruturada teoria panteísta que influenciou o Idealismo Alemão e a Revolução Francesa

³¹ David de Breton, em João André, 2002.

2.4. Da psicossomática

A unidade do homem, mesmo que vista sob ângulos filosóficos diferentes, é mais ou menos geralmente admitida e foi certamente esta unidade fundamental, psique/soma, uma das condições prévias ao nascimento da Medicina Psicossomática.

Desde a década de quarenta, com Alexander, que se têm vindo a desenvolver premissas metodológicas inovadoras no paradigma da Psicossomática, em termos de causalidade circular, que ajudam os clínicos a compreender melhor os seus doentes.

Teorias da psicossomática

Inicialmente a Psicanálise considerava a doença psicossomática como a expressão simbólica de um conflito psíquico, quer dizer que os sintomas corporais funcionais teriam um sentido simbólico relacionado com o funcionamento do inconsciente.

Por outro lado os processos somáticos com lesão orgânica desprovidos de sentido simbólico, resultariam da insuficiência da elaboração psíquica (neurose actual).

Decorrentes destes princípios surgiram várias teorias sobre somatização e psicossomática das quais destaco:

➤ Escola de Chicago³²

Franz Alexander na década de quarenta, investigou perfis de personalidades específicos na origem de doenças psicossomáticas particulares apoiando-se na tipologia psicanalítica do carácter. Isola sete doenças psicossomáticas, as “Chicago seven”: úlcera gastro – duodenal, recto – colite hemorrágica, asma, hipertensão arterial, poliartrite reumatóide, hipertiroidismo e eczema.

Elaborou um sistema coerente que coloca em paralelo conflitos específicos, no sentido psicanalítico do termo e certas modificações fisiológicas (mediadas pelo sistema neuro - vegetativo).

Para este autor existiriam dois tipos de doenças psicossomáticas, um resultante do bloqueio da expressão de tendências hostis (luta - fuga), o outro resultante da

³² Cit por Natalie Dumet (2002)

inibição da expressão de tendências de dependência e apoio.

Os trabalhos posteriores de Hans Selye sobre o síndrome geral de adaptação e a reacção inespecífica aos stresses vieram fornecer um notável contributo experimental e teórico para o desenvolvimento da Escola Psicossomática de Chicago, ao permitir-lhe o apoio em conhecimentos neurofisiológicos e endocrinológicos sólidos (Matos, C.)

➤ **Dumbar**

Ainda na década de quarenta, Dumbar define os perfis psicopatológicos tentando estabelecer a ligação entre perfil de personalidade e doença psicossomática. Para esta autora são os doentes que “são psicossomáticos” e não as doenças como defendia Alexander.

➤ **Escola de Paris**

A partir da década de sessenta Marty e colaboradores desenvolvem uma teoria de estrutura psicossomática para explicar o desenvolvimento da doença somática. A observação de doentes psicossomáticos (considerados desprovidos de inconsciente e hiperadaptados ao meio) leva estes investigadores a inferir a problemática do *idêntico* e do *mesmo*, por *fixação narcísica* e *fusão sujeito-objecto*, e induziu à formulação da teoria do pensamento operatório³³ (mais tarde via operatória), da depressão essencial e pobreza de fantasia. Na raiz estaria uma perda precoce, anterior à constituição do objecto libidinal, portanto antes dos seis meses de idade.

Baseando-se na primeira tópica de Freud presumiam que a insuficiente organização mental revelaria uma regressão do “eu” com repercussão, sobretudo, no pré-consciente (lugar da circulação das representações, das conexões associativas).

Na ausência de fantasma, por falta elaboração mental, o sintoma não teria um sentido. Neste modelo a desorganização somática é precedida de desorganização psíquica, resultando esta última de acontecimento (s) externo (s) ou interno (s) stressante (s) precoce (s) e avassalador (es).

³³ *Trata-se de um pensamento concreto organizado à volta do factual; a linguagem é pobre e estereotipada; predomina o racional e o lógico; exclui o afecto; situa a problemática num período precoce; resume a incapacidade de integrar as tensões pulsionais pelo fantasma e sonho.*

Debruçaram-se também sobre o desenvolvimento da pessoa sob o ângulo do dualismo pulsão de vida/pulsão de morte no sentido da deflação da libido e da inflação do instinto de morte.

Todavia esta configuração psicopatológica não é a regra do funcionamento psíquico destes doentes. Por outro lado a supressão -ou melhor a inexistência- do fantasma ou fantasia inconsciente limita-se à zona da falha.³⁴

➤ **Nemiath e Sifneos**

Desenvolveram (1970-1973) a teoria do funcionamento alexitimico.

Sinalizaram nos doentes psicossomáticos a existência de uma hipossimbolização dos afectos e dos conflitos pessoais, capacidade limitada de sentido crítico, pobreza de fantasias, contacto esquizóide e linguagem desvitalizada (correlativo do pensamento operatório de Marty).

Definiram uma agenesia a nível da evolução do pensamento normal e do pensamento simbólico.

O fenómeno psicossomático, desprovido de sentido, seria então uma verdadeira desorganização da vida mental (diferente do fenómeno neurótico).

➤ **C. Dejours** ³⁵

A partir da década de oitenta introduz um terceiro vértice para pensar o funcionamento psicossomático: a inter-subjectividade. Formula o que chamou de 3ª tópica ou tópica de clivagem, apoiando-se nos últimos trabalhos de Freud sobre a perversão.

Para este autor o ser humano é um corpo biológico (que impõe o seu determinismo) e um corpo erótico (fonte da sua liberdade) desempenhando a inter-subjectividade um papel transformador do primeiro no segundo.

Neste sentido as relações precoces da criança com os objectos parentais e todas as que se lhes seguem ao longo da existência seriam determinantes no despoletar dos investimentos erótico - afectivos necessários à transformação da ordem biológica em ordem erótica.

³⁴ Comunicação oral Coimbra de Matos (2002)

³⁵ Cit por Natalie Dumet (2002)

Explica que a somatização aconteceria ao falhar a articulação entre os dois corpos.

Na perspectiva da terceira tópica, que definiu, o inconsciente estaria clivado em inconsciente sexual (lugar de representações recalcadas) e inconsciente sem pensamento (lugar daquilo que não pôde ser representado), este último o responsável por um determinado tipo de organização (a organização repressiva dos caracteriopatas) e por sintomatologia variada (violência, passagem ao acto, perversão, somatização, etc.).

As experiências corporais primitivas com os pais, sobretudo com a mãe, se deficientes (por excesso, defeito ou desarmonia), estariam na base da susceptibilidade às perturbações somáticas e psicossomáticas da infância e da adultez.

C. Dejours acentua que *l'intégralité du corps du sujet est engagée dans la dynamique intersubjective dans l'expression signifiante de son être et de son désir*.

Neste sentido, quando o agir expressivo não se pode realizar é o agir compulsivo que surge.

➤ **Mc Dougal** ³⁶

Invoca (1996) um problema de economia transaccional primitiva nos pacientes psicossomáticos.

Estes pacientes teriam representações maternas de dois tipos: alguém que recusa o contacto físico ou alguém demasiado próximo e solicitante.

➤ **Roussillon**

No seguimento das hipóteses Winnicottianas acentua (1999) a ideia de que um traumatismo primário, um desprazer intenso, ligados à falta de resposta adequada do objecto materno, estariam na origem dos padecimentos psicossomáticos. A perturbação psicossomática representaria uma solução “bio – logique”, uma activação alucinatória dos traços mnésicos do traumatismo corporal precoce, evitando o retorno desse estado não simbolizado na mente.³⁷

³⁶ Cit por Natalie Dumet (2002)

³⁷ Idem

➤ **Sami Ali**

Este autor percorre caminhos inovadores ao enunciar as perturbações da imagem corporal ao nível do “corpo táctil” e do “corpo visual” e, por consequência, do espaço imaginário.

Na sua concepção é a função do imaginário que organiza o aparelho psíquico e determina a saúde ou a doença do indivíduo.

Para Sami Ali a somatização corresponde a um *refoulement réussi de l'imaginaire* tendo como resultado uma formação caracterial particular, “o banal” ou patologia da adaptação.

2.5. Do organismo

2.5.1 Sistemas da Rede PNIE

Besedowsky³⁸ propõe a “Integração dos sistemas (*imunológico, neurológico e endócrino*) através de um padrão de comunicação em rede com múltiplas interações possíveis a que chama Rede Imunoneuroendócrina”.

Conceptualizar a integração dos Sistemas da Rede Psiconeuroimunoendócrina (PNIE), é apreender a essência, o inteligível, o significado da mesma.

Como todo o conceito, por definição, necessita de uma linguagem que, começando por ser uma instância, depois é acção e por fim qualidade.

A linguagem do conceito de Rede PNIE é um modelo de sintaxe molecular. Sinais moleculares, comuns aos sistemas imunitários, nervoso e endócrino, modulam a circulação da actividade entre eles.

Que símbolos, que gramática, está presente nesta linguagem?

Estamos a falar de catecolaminas, de hormonas, de neuropeptídeos, de glucocorticóides, de citoquinas, etc., que interagindo em regulação cruzada modulam respostas às solicitações do meio interno e externo (stressores) tendo em vista a sobrevivência do organismo.

Esta comunicação, em rede, referida por Besedowsky ³⁹faz-se através de vias que se agrupam em três eixos principais:

1º Eixo - representado pelo Sistema Nervoso Autónomo (SNA) que age sobre o Sistema Imunológico (SI) através das catecolaminas .

2º Eixo - representado pelo hipotálamo, hipófise, suprarenal e tem por mediadores factores hipotalâmicos (CRF) e hipofisiários (ACTH) e os glucocorticóides do córtex SR. Outros mediadores deste eixo incluem β endorfinas, metencefalinas, prolactina e a hormona do crescimento.

³⁸ Cit. por O. Sílvia (1999)

³⁹ *Idem*

3º Eixo - representa o SI que age sobre o Sistema Nervoso Central (SNC) e sobre o Sistema Endócrino (SE). É um eixo em sentido oposto aos dois anteriores; é mediado, sobretudo, por citocinas.

As citocinas (interleucinas, interferões, factores de crescimento celular e factores de necrose tumoral), em particular, têm um papel decisivo na apreensão da essência do conceito de Rede PNIE. São um grupo heterogéneo de polipeptídeos curiosamente semelhantes aos peptídeos endócrinos e diferenciam-se destes pela origem e mecanismos de acção (actuam por difusão nas células vizinhas e sobre as células que as produzem).

As células do SI têm capacidade para produzir peptídeos e hormonas e expressar receptores do eixo hipotálamo - hipofisiário.

Também as células do Sistema Neuroendócrino possuem a capacidade de produzir citocinas e de expressar receptores classicamente atribuídos ao Sistema Imunitário.⁴⁰

As citocinas, mediadores da comunicação do SI, modulam as respostas imunes (celulares e humorais); estão, envolvidas na “regulação homeostática; funcionam como mediadores na comunicação entre o Sistema Imunitário, o Sistema Nervoso Central e Periférico e o Sistema Endócrino; são sintetizadas em diferentes locais do organismo para além do Sistema Imunitário”.⁴¹

O SI é visto actualmente como um componente integrado numa rede (em comunicação bi-direcional entre sistemas) cuja finalidade é manter a homeostase e o que faz é percepcionar, discriminar, conhecer, eliminar, memorizar,...

Pensar o SI como “órgão receptor sensorial”, consciência biológica que distingue o self do não self (eliminando o que lhe é estranho), que se envolve numa comunicação à distância (através de mensageiros químicos), preservando “memórias” de acontecimentos passados, é aproximarmo-nos num “flash”, num “insigt” da essência fenoménica que subjaz à Rede PNIE.

⁴⁰ Del-Rey e col. (1992).

⁴¹ O. Silvia (1999)

Por seu lado o SNC, “*público cativo das actividades teatrais do corpo*”(Damásio, A., 1995) reflecte acontecimentos do meio (interno e externo), avalia-os e responde, organizando um comportamento.

Assim, e relativamente à comunicação mente – corpo:

- A complexa rede PNIE pode ser o seu esteio;
- As moléculas moduladoras, a sua linguagem;
- O SI, a consciência de si;

O conhecimento biológico dar-se-ia, desta forma, através da actividade psico-imunológica como a fé o pode fazer a nível espiritual.

2.5.2 Stresse

O stress, relação particular entre o indivíduo e o meio (situação de crise, de oportunidade e risco, luta corpo a corpo), perturba a rede PNIE que deve acomodar-se, produzindo o conjunto de alterações que influenciam a homeostasia do organismo (no sentido de a manter ou de criar ruptura).

As teorias ligadas ao conceito de Stresse foram uma mais valia importante já que propiciaram um primeiro modelo compreensivo que permite a exploração das regulações diencefálicas, do sistema nervoso autónomo, do sistema neuro endócrino e imunológico e delinearão uma base fisiológica e neuro-fisiológica para o estudo da Psicossomática que terá

“(...) muito a ver com os processos de auto-regulação dos sistemas reguladores dos afectos” (Cardoso R. M., 1998)

O sistema regulador dos afectos é a relação de intimidade partilhada com o objecto: primeiro extrínseco com o objecto externo, depois intrínseco com o objecto interno (representação objectal investida de /pelo afecto.⁴²

Stresse é um neologismo que significa pressão, *tensão*. Etimologicamente vem do latim

stringen → *esticar, deformar*

strictus → *esticado, tenso, estreito, apertado*

No francês antigo utilizava-se a palavra *estrece* com o sentido de *aperto, opressão*.

Ainda hoje se recorre a uma lei empírica formulada por Robert Hooke (1635-1678) (a magnitude de uma força externa -stress- produz quantidade proporcional de deformação -strain-) que explica razoavelmente os efeitos, observados à escala macroscópica, de forças que interagem.

Assim a física utiliza os conceitos de elasticidade, de limite elástico, de módulo de elasticidade dos corpos, sendo que os mais rígidos têm uma relação stress/strain

⁴² Comunicação oral, Coimbra de Matos (2002)

alta e por isso são menos susceptíveis de deformação mas, uma vez deformados, opõem maior dificuldade em recuperar a forma original e, reciprocamente, os mais flexíveis.

O limite elástico, diferente de corpo para corpo, é a medida da sua resistência à deformação permanente, será a “quantidade” máxima de stresse que suporta.

Existe uma óbvia concordância e coerência entre os significados etimológico, físico e médico do stresse: dobrar, forçar, encurvar/adaptar, preparar, lutar ou fugir; são utilizados para ilustrar funções adaptativas do organismo às exigências circundantes (quer se trate de acontecimentos situacionais quer de acidentes de vida)

Segundo o conceito que a física nos emprestou (o encontro entre o corpo e uma força que o sujeita), stresse é a resultante do encontro particular, exigente, entre a pessoa e o mundo.

esse encontro é um combate, uma luta corpo a corpo entre a pessoa que tenho vindo a ser, a minha individualidade, sempre em construção, (elasticidade do corpo) e o meio, quer interno quer externo, que me sujeita a novas exigências, desafios, obstáculos, ameaças (magnitude da força) (Cardoso, R. M. 1998)

Assim, digamos que estamos em stresse e não que temos stresse; o que podemos ter são as consequências de um encontro stressante. Quando superado adequadamente, esse encontro foi organizador de crescimento e identidade e, portanto, garante de maturidade e saúde.

“o stresse é isto, a potência da oportunidade mas também a eminência do risco”. (Cardoso, R. M. 1998)

Estamos em stresse desde sempre, ele é uma invariante da condição humana.

Do chinês temos uma sagaz compreensão. A palavra chinesa *crise* (a que melhor define o conceito ocidental de stresse) é constituída por dois símbolos separados significando um, risco e o outro, oportunidade.

Selye, médico de origem austro-húngara e nacionalidade canadiana, foi quem, pela primeira vez enunciou os conceitos de Stresse e de Síndrome Geral de Adaptação.

Stresse é a expressão do conjunto de sinais de um organismo que se *esforça*

totalmente para se adaptar a qualquer adversidade; Síndrome Geral de Adaptação é uma resposta não específica do organismo por ser considerado um ajustamento independente do factor que o provocou.

Destacam-se três características da resposta de stress:

- Pode ser provocada por estímulos desagradáveis e por estímulos agradáveis
- Apresenta sempre as mesmas características, variando apenas no grau em que se manifesta, o que depende, por sua vez, do grau de exigência do estímulo causador de stresse.
- O organismo gasta todas as suas energias na resposta ao agente stressor.

O Síndrome Geral de Adaptação, reacção de defesa do organismo contra agentes externos diversos, ocorre em três etapas:

- *Reacção de alarme* (defensiva- aguda)
Resposta de ansiedade perante a ameaça, recordando Cannon e o seu mecanismo de luta - fuga. Podem ser observadas duas fases:
 - Fase de choque – declínio da resistência
 - Fase de contrachoque – mobilização dos mecanismos de defesa
- *Estádio de resistência* (adaptação-duradoura)
Diminuição da resistência. Expressa outro conceito fundamental de Cannon, e já referido por Claude Bénéard, o de homeostase. Segundo este conceito o organismo em desequilíbrio procurará restabelecer o seu equilíbrio interno.
Como exemplo: os operários que laboram em fábricas muito ruidosas, após algum tempo, suportam níveis de ruído muito elevados sem aparente dificuldade.
- *Estádio de exaustão* (descompensação)
Colapso da adaptação, exaustão,... morte (no caso da tensão permanecer intensa e o organismo exaurir os seus recursos).

O edifício conceptual de Selye apresenta alguma fragilidade por não contemplar as diferenças individuais. Por um lado não considera o papel do indivíduo na determinação da sua própria resposta ao stresse, por outro lado ignora a responsabilidade do indivíduo no desencadear das suas próprias situações de stresse.

Estas críticas não pretendem menosprezar a relevância das conclusões dos trabalhos de Selye.

Realmente este médico, recuperando os ensinamentos de Hipócrates - a doença não é só pathos (sofrimento) mas também ponos (trabalho árduo), na luta do corpo para restabelecer a normalidade (Selye, 1978; Rosch, 1998.) inaugurou um novo paradigma: situou o *locus* do transtorno ao nível do organismo no seu todo (Cardoso, 1998; Rosch, 1998).

Richard Lazarus, psicólogo norte-americano elege o stresse como contexto para o estudo das emoções. Pretende confirmar a sua suspeita de que a resposta de stresse nos humanos depende da mediação cognitiva. As suas experiências procuram criar stresse psicológico em laboratório e permitem-lhe concluir que a forma como uma pessoa avalia um agente de stresse ambiental influi consideravelmente na *quantidade e qualidade* emocional do stresse experienciado.

Segundo Lazarus o que importa passa a ser a pessoa em situação de stresse (não tanto a pessoa com sintomas de stresse) criando, assim, o conceito de Causalidade Circular.

Em 1974 Lazarus e Averill, apresentaram um modelo conceptual de stresse. É um modelo orientado para os processos:

- Interpretação do significado de determinada relação com o ambiente (avaliação cognitiva)
- Estratégias para lidar com as exigências contidas nessa mesma relação (coping)

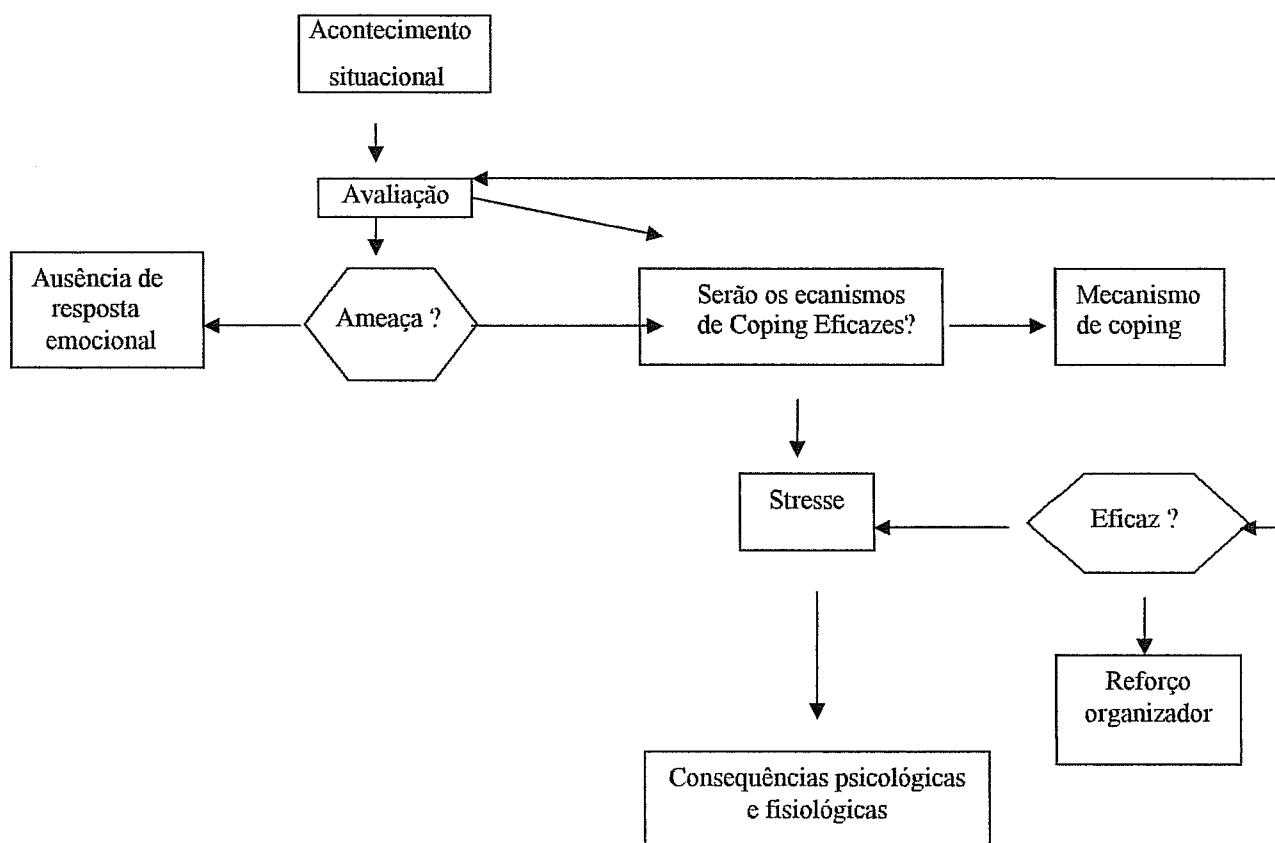


Fig. 1 Esquema do modelo conceptual de Lazarus e Avarill

O stresse sendo um encontro pessoal, depende daquilo que cada um traz de si mesmo para a transacção, por isso não existem experiências de stresse iguais de pessoa para pessoa.

A Avaliação cognitiva e coping são aspectos centrais do Modelo Transaccional de Stresse de Lazarus.

➤ *Sobre a avaliação cognitiva*

Qualquer encontro significativo com o ambiente é continuamente analisado pela pessoa, de imediato, em curto-circuito emotivo-cognitivo.

Numa primeira avaliação o indivíduo ajuíza acerca do significado desse encontro para o seu bem-estar presente ou futuro e classifica-o como desafio, ameaça ou dano em conformidade com a quase simultânea avaliação (a 2ª), dos recursos que possui para enfrentar a situação.

➤ *Sobre o Coping*

Coping é o conjunto de esforços (resposta-reacção directa ou indirecta, consciente ou inconsciente, objectiva ou subjectiva do organismo) desenvolvidos pela pessoa para lidar com as exigências dos agentes de stresse.

Os mecanismos de Coping, de natureza emocional e somática, traduzem as tentativas para superar, tolerar, ou minimizar os conflitos com o ambiente ou consigo próprio, envolvendo a totalidade do organismo.

Podem ser adequados ou não adequados.

As variáveis individuais consubstanciam a vulnerabilidade e a resistência de uma pessoa ao stresse e denominam-se de mediadores do processo de stresse.

São a personalidade (controlo, auto - estima, auto - eficácia, robustez de carácter, sentido interno de coerência,...) estilos de coping, suporte social, grupos de suporte...

Do ponto de vista conceptual o stresse está sobretudo ligado à saúde e não à doença.

Ganha-se saúde no eficaz confronto com as inevitáveis vivências de stresse e perde-se saúde nos encontros que se tornam tóxicos, que não resultaram em recriação, crescimento ou aprendizagem. Neste caso o stresse predispõe à doença.

Substracto fisiológico da Resposta Inespecífica do Stresse:

- Aumento: de adrenalina e noradrenalina, da frequência cardíaca, da pressão sanguínea, da glicemia, do ritmo respiratório
- Desvio do sangue da pele para os músculos e cérebro
- Retenção de água

Mas também

- Inibição: da função digestiva, do eixo reprodutor, do crescimento
- Imunosupressão
- Supressão da resposta inflamatória e da dor

No entanto, esta resposta inespecífica é também variável, dependendo da constituição genética e vulnerabilidade psicológica de cada pessoa.

Este tipo de resposta fisiológica obriga a falar de uma psicofisiologia: as perturbações da saúde resultariam então da associação de vulnerabilidade física e psicológica com os stressantes experimentados (em luta corpo-a-corpo).

Os sistemas implicados no stress são o nervoso, o endócrino e o imunológico.

No distresse, respostas agidas por copings activos (emocionais, catabólicos do tipo descontrolo fuga/luta) são preteridas em favor de outras mais do género retirada conservadora (agidas por copings passivos em que a angústia é o afecto predominante assim como o estado anabólico do tipo não expressão, perda, playing death reaction helplessness/luto).

As respostas do tipo retirada conservadora (coping passivo) são também as mais características do funcionamento psicossomático. (E as mais frequentes na sociedade actual?).

“incapazes e impedidos de resolver física e mentalmente o dilema da luta ou da fuga, vivemos um estádio suspenso de alerta constante e crónico (...) e o que não explode, implode em descargas viscero-vasculares” (Cardoso, R. M., 1998)

2. 6. Da Pessoa

Gerado no ambiente aquoso a vida biológica, vai-se “animando” na existência, transformando-se, tornando-se Pessoa, esta Pessoa.

Centremo-nos na Pessoa, no que a torna esta individualidade. Identidade feita um corpo. Um corpo agido pela sua existência.

Corpo que, mais do que a soma das suas partes, é uma unidade (mais do que uma totalidade). Uma unidade vital, expressiva, que afecta e é afectada (de afeições e afecções), uma unidade antropogénica, um meu semelhante, um companheiro na viagem da vida. Uma unidade relacional.

Se é certo que “a cabeça manda no corpo”, é ainda mais verdade que o corpo é o quadro de referência, o tema básico, indispensável aos processos neurais, representações cerebrais, que experimentamos como sendo mente. Há, então, grande colaboração entre a mente e o corpo.

“ a actividade, mental, desde os seus aspectos mais simples aos mais sublimes, requer, efectivamente, um cérebro e um corpo intimamente relacionados”

(Cardoso, R.M.1998.)

Costumamos situar a mente (a razão) nas regiões de “alto nível” do cérebro e a emoção, também no cérebro, mas na região de “baixo nível”.

A verdade é que os sistemas de que as emoções e os sentimentos dependem, de forma crítica, incluem não só o sistema límbico (região de baixo nível) como também alguns córtexes pré-frontais (região de alto nível) e outros sectores cerebrais que reconhecem e integram os sinais emitidos pelo ambiente interno e externo.

“os sentimentos são, assim, o resultado de uma curiosa organização fisiológica que transforma o cérebro no público cativo das actividades teatrais do corpo”

(Damásio, A., 1995).

Por outro lado, as emoções e os sentimentos, sendo poderosas manifestações dos impulsos e dos instintos e estando representadas a vários níveis neurais (alto nível,

baixo nível, sectores intermédios,...) permitem-nos mentalizar e cuidar do corpo. No fundo emoções e sentimentos são tanto do domínio cognitivo como do visceral...

A emoção, provavelmente a primeira manifestação mental do soma, a raiz mais somática da mente, envolve dois processos em constante interacção com o meio interno e com o meio externo: da cognição (avaliação) ao soma (autonómico e endócrino) e vice-versa. (Cardoso, R. M. 1998.)

As alterações que caracterizam a emoção são, efectivamente:

- Neurobiológicas
- Experienciais
- Expressivas

As emoções e os sentimentos, permitem-nos vislumbrar o que se vai passando na nossa carne no momento em que as imagens desse estado se justapõem às imagens de outros objectos e situações (os estados mentais são estados psicológicos do corpo na sua globalidade).

Como surgem em primeiro lugar no desenvolvimento individual, são quadro de referência para o que vem a seguir, ou seja, para o modo de funcionamento do cérebro, para o modo como pensamos, decidimos, aprendemos e memorizamos.

Pelas explicações de Damásio (1995) percebemos como as sensações corporais, associadas a uma dada opção de resposta constituem o sinal reflexo, automático, dos perigos/benefícios das opções.

Estes “marcadores somáticos” transportando importante informação do nosso corpo, facilitam o nosso discernimento na tomada de decisão.

De outra maneira, podemos dizer que a percepção do meio ocorre no cérebro mas a subsequente reacção do corpo acompanha-a de imediato e torna-se na informação do que essa percepção significa.

De início, na essência do processo, está uma avaliação-activação que é uma mensagem simples de orientação, sem sensação emocional, sem palavras, sem consciência, subtil ou intensa.

Essa avaliação-ativação tem tonalidade hedónica e energia suficiente para criar um estado mental e uma acção.

se *boa* implicará *aproximação*;

se *má* implicará *retirada*

Posteriormente, ocorre a diferenciação destes estados primários que, sob o controlo da experiência, durante o processo de educação e socialização, se transformam em emoções secundárias ou categoriais (alegria, tristeza, ira, surpresa, medo).



Fig.1 Expressões faciais

Suspensão

As expressões faciais na comunicação

Rozenzweig⁴³ refere que o mundo das emoções inclui uma ampla gama de sentimentos e comportamentos e que o rosto humano constitui uma fonte de informação, facilmente disponível, relativamente às formas do nosso corpo manifestar emoções. A este respeito, cita opiniões de vários autores como Darwin, Paul Ekman, Kraut e Johnston, Russel e Fridlund entre muitos outros.

Assim e resumindo:

- Darwin⁴⁴ refere o facto de que tanto as expressões faciais do homem como as de outros animais, para além do facto de estarem relacionadas com estados emocionais característicos, terem também natureza universal.
- Ekman e col.⁴⁵ defendem que há manifestações características para o enfado, a tristeza, a felicidade, o medo, a repugnância, a surpresa, o desdém, comuns a pessoas de diferentes culturas.
- A hipótese da natureza universal das expressões faciais foi, no entanto, posta em causa por alguns antropólogos que defendem que os contextos culturais controlam e impõem regras.
- Kraut e Johnston⁴⁶ referem o papel social das expressões faciais.
- Russel⁴⁷ descreve situações que atestam a influência cultural na interpretação de estados emocionais a partir das expressões faciais.
- Fridlund⁴⁸ refere que a expressão facial é um acessório da comunicação verbal.

⁴³ Rosenzweig, M. R., Leiman, A.L. e Breedlove, S.M. *Psicología Biológica: una introducción a la Neurociencia Conductual, Cognitiva y Clínica*, Ariel Neurociencia. 2001.

⁴⁴ Darwin, C. *The Expression of the Emotions in Man and Animals*. London: J. Murray. 1872

⁴⁵ Ekman, P., Levenson, R. W., and Fiesen, W. V. *Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions*. Science. 1973.

⁴⁶ Kraut, R. E. and Johnston, R. E. *Social and emotional messages of smiling: An ethological approach*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1979.

⁴⁷ Russel, J. A. *Is there universal recognition of emotion from facial expressions? A review of the cross-cultural studies*. *Psychological Bulletin*, 1994.

⁴⁸ Fridlund, A. J. *Human facial expression: an evolutionary view*. San Diego: Academic Press, 1994.

Os “marcadores somáticos” (memórias somáticas), criados provavelmente durante estes processos, caracterizam-se por padrões de activação/perfis fisiológicos específicos e resultam da actividade das representações mentais.

Gravados no corpo pela história pessoal, respostas circunstanciais aprendidas e memorizadas, os marcadores somáticos são postos ao serviço do indivíduo para que ele, automaticamente, compreenda qual a opção mais vantajosa naquela situação.

Os “marcadores somáticos” estão sob o controlo de um sistema interno de preferências que, em última análise, é um conjunto de imagens e está preparado para evitar a dor e proporcionar prazer.

Os “marcadores somáticos”, embora profundamente programados na infância, mantêm a capacidade de mudança e aprendizagem pela vida fora.

Suspensão

As memórias

Aprendemos, memorizamos e esquecemos neurobiologicamente. Sabemos que o processo de memorização se desenrola em três fases: Aquisição, armazenamento e recordação ou activação.

Aprender e memorizar, neurologicamente, significa criar representações neurais e padronizá-las.

O nosso organismo tem conhecimento inato e conhecimento adquirido. Ambos são circuitos neuronais, ambos são armazenados como padrões de disparo neural, disposicionais, codificados em sinapses. Estas representações posicionais são imagens, no entanto aquilo que memorizamos, não são filmes ou fotografias, mas padrões de disparo neural. São o nosso depósito dos conhecimentos inatos e dos que foram adquiridos pela experiência.

O conhecimento inato, regulado pela expressão génica, baseia-se em disposições neurais situadas nos níveis baixos do nosso cérebro. São os comandos da regulação biológica necessários à sobrevivência. São instintos, impulsos, metabolismos...

O conhecimento adquirido baseia-se em representações disposicionais situadas a nível dos córtexes de alto nível e nalguns núcleos de baixo nível consequência da “conversa” que

se estabelece nas “regiões interpostas” (regiões cerebrais situadas entre as regiões cerebrais de entrada - órgãos sensoriais) de forma sincronizada, dando a impressão de que tudo acontece no mesmo lugar.

Os modelos mentais mais não são do que representações/generalizações resultantes da repetição de experiências. (Damásio, A., 1995).

Perscrutar o meio, prever o que dele virá e antecipar rapidamente uma resposta é o papel da mente que usa modelos para avaliar e classificar rapidamente uma situação, enviezando a percepção e potenciando a rapidez da resposta.

A memória explícita, declarada, inclui a semântica (factual) e a episódica (autobiográfica) e requer processos conscientes para fixação e evocação. A memória explícita é acompanhada pela sensação subjectiva de lembrança, de self e de tempo.

Antecipar é componente fundamental da memória implícita. A memória implícita, não declarada, processual, é desprovida de sensação de evocação, de self ou tempo - apenas afecta.

As fundações do sentir subjectivo de nós próprios incorporam os elementos básicos da memória implícita. Está disponível desde a vida mais precoce e não requer processos conscientes de reactivação. O modelo mental da vinculação vive de memórias implícitas.⁴⁹

O esquecimento (incapacidade de reter, activar ou encontrar informação) é o mecanismo que viabiliza todo o processo de memorização, é o resultado de um processo selectivo dos vários tipos de memória.

Nalgumas pessoas a informação aprendida durante o período de vinculação precoce, “existe no cérebro mas não existe na mente” constituindo um inconsciente orgânico corporal fora do nível da razão e da consciência.

O recalamento, o esquecimento do psicossomático, não será mais do que o resultado de uma comunicação interrompida precocemente entre a mente e o corpo, procedimento adaptativo que visou a diminuição do sofrimento básico resultante de uma relação desajustada mas indispensável à sobrevivência.

Aqui chegados, quero crer que as mensagens do nosso passado programaram uma linguagem “encarnada” e modelaram um design cerebral (feito nas experiências

⁴⁹ Comunicação oral Rui Mota Cardoso (1992)

relacionais), aquele que produziu o estilo pessoal mais adequado ao garante da sobrevivência e à qualidade da vivência.

A interpretação das situações, a atribuição de um sentido, de um significado, tendo uma base neural, resulta de uma disposição especial que visa a redução de estados desagradáveis do corpo para atingir estados homeostáticos e também estados de prazer (*o ganho de prazer é o luxo que nos catapulta da sobrevivência para a vivência*)⁵⁰

Nesta fase, ciente do corpo emocional que somos, sinto-me mais preparada para voltar à pessoa que me procura e deter-me na sua essência, na essência dos fenómenos patológicos que podem justificar o seu sofrimento, as suas estratégias de defesa, o seu potencial de luta e de vida.

“a alma respira através do corpo e o sofrimento, quer comece no corpo ou numa imagem mental acontece na carne” (Damásio, A.,1995)

É objecto da psicossomática:

O corpo, ponto de partida e ponto de chegada; realidade mensurável; narrativa intencional que se revela no fenómeno psicossomático.

⁵⁰ Comunicação oral Coimbra de Matos (2002)

2.7. Do toxicodependente

Um dia aconteceu o “Encontro”: aquela pessoa (aquela genética, personalidade, aquele jeito de se relacionar, aquela vulnerabilidade, aquele potencial, ...), naquele lugar (aquele pátio, aquele bairro, aquela escola), aquela substância (aquela droga), naquele momento, naquele contexto (aqueles amigos, aquela idade, aquela família).

Foi um prazer especial! Um prazer imediato automático, não elaborado, simples e fácil, uma autoridade. Não precisou de uma mediação sensorial, de nenhuma negociação, não envolveu qualquer esforço. Apresentou-se assim intenso, poderoso e total. Nada de intelectualizações, de afectos lamechas, de emoções ambivalentes e angustiantes. Deixa uma saudade inefável, o gosto da potência despertada e outros encontros acontecem.

Uma relação nasce e uma memória fica (na sensibilização, tolerância, e dependência bioquímicas) num tempo que pára marcando a sua presença na carne: no olhar banal, no rosto apagado, na postura mole dos dias, nas palavras agitadas, no impacto de uma linguagem sem sentido.

Suspensão

Memórias de um morfinómano

“Há um mês e meio que não me desaparefusava do leito!

A intoxicação agravara-se-me, encartuxando o corpo numa mandria feita de fofidões; empapando-me a alma e o espírito num indiferentismo oriental pela vida que me cercava, como se a essência da vida fosse apenas a morfina; como se a morfina se sintetizasse numa picada, o ar, a luz, todas as necessidades e aspirações e alegrias e prazeres e vícios! Há três semanas que não me barbeava.

A medida que, escanhoando o rosto, o desenterro daquela máscara de pêlos – aumenta o meu pânico ante o espelho...

As faces descarnadas, escaveirando-se sob uma palidez amarelenta; a aridez dos lábios; e sobre tudo os olhos – o olhar - ! Não são os meus olhos – aqueles olhos alvalados que me fitam, com tristeza, no cristal do espelho! A pupila azul perdeu

*brilho, luz, intensidão, agudeza – meio sumida sob a pálpebra arroxeadada que descai,
numa crónica sonolência...*

As pernas vergam-se-me. Ensaio-as cirandando pela casa – aos tropeções!

Espreito a rua – através das vidraças...

O dia está enevoado, pegajoso de humidade – de um tom plúmbeo que pesa na alma.

O momento de partida aproxima-se...

Eu já dera a primeira injeção de morfina – e longe estava ainda a hora da seguinte...

Mas se me vou curar – que importa um excesso, um abuso – O último?

É como que um prémio antecipado à minha coragem – à coragem que não existe!

*Com artimanhas desvio a atenção da família – pico-me pela segunda vez e em dose
dobrada – num adeus sôfrego, febril, emocionado, à autonomia do meu morfinismo..."*

Reinaldo Ferreira, 1933 ⁵¹

O prazer, aquela uterina sensação de plenitude, é agora uma longínqua lembrança, cada vez menos nítida; substituindo-se a qualquer outro, este prazer tirano, autofágico, foi-se consumindo também a ele próprio.

O toxicodependente suspenso num limbo desafectado, desmemoriado, já não se transforma magicamente na essência do prazer mas realiza uma existência compulsiva, um comportamento desligado mente-corpo, automatizado.

Sem referências, sem território, sem memórias e sem futuro, ... Parou!

⁵¹ Reinaldo Ferreira (1897-1935), conhecido por "Repórter X", foi folhetinista, novelista, repórter, produtor cinematográfico e jornalista. Iniciou-se na morfina por volta de 1926, em Paris. Em 1932, a viver no Porto, foi internado para uma cura de desintoxicação. Poucos meses depois publicou o livro "Memórias de um ex - morfinómano". Depois, voltou à morfina. Sobre ele escreveu Luís Miguel Queirós: "Os 38 anos da sua breve passagem pelo mundo foram vividos à beira do delírio, com a morfina a ajudar".

2.8. Da toxicodependência

Desde o último século que as investigações se multiplicam em várias direcções, não só no sentido de compreender melhor o fenómeno da adicção como, também, de pôr em marcha abordagens terapêuticas mais eficazes.

Ao longo da história desta área da investigação, as explicações para a toxicodependência têm sido diversas podendo sintetizar-se em três tendências principais: a moral, a hedónica e a patológica.

A *tendência moral* baseia-se na premissa da culpa do indivíduo (o pecador) que, tendo sido tentado pelo prazer da droga (pecado) não teve força moral (a culpa) suficiente para se controlar ficando preso nas malhas do círculo vicioso:

Pecado <-> Culpa .

No extremo oposto à da moral a *tendência hedonista* mantém-se, muito difundida como explicação e causa da toxicodependência, num outro círculo vicioso:

Prazer <-> Consumo

A *tendência patológica* surge no fim do séc. XIX. Os seus proponentes defendem que o toxicodependente precisa mais de tratamento do que de castigo e, muitas vezes, também fica preso num círculo vicioso:

Doença <-> Tratamento

Como foi referido por Isabel Prado e Castro em comunicação oral são vários os factores que intervêm no processo de início de consumo e constituição da dependência a drogas. O abuso de substâncias psicoactivas e dependência às mesmas enceta uma série de novas interacções a nível do processo biológico, do processo de aprendizagem e condicionamento, das expressões psicodinâmicas, das constelações psicopatológicas, das dinâmicas familiares e sociais, etc.

Os factores ambientais e sociais influenciam a experiência inicial às drogas e determinam o desenvolvimento do seu abuso e dependência. Assim as crenças e expectativas acerca dos seus efeitos, as leis, a disponibilidade do produto, a

vulnerabilidade individual (biológica e social) e a psicopatologia, constituem influências poderosas nos padrões de uso de substâncias psicoactivas.

Relativamente à vulnerabilidade biológica a bibliografia refere factores genéticos: o alelo A1 do gene que codifica a dopamina tipo 2 é apontado como mais comum em pessoas com história de alcoolismo crónico e o alelo A2 parece estar associado a pessoas dependentes da cocaína.

Nos factores ambientais sugere-se como determinantes a negligência, os maus-tratos e a modelagem parental.

Os fenómenos de condicionamento e aprendizagem são referidos também como facilitadores do desenvolvimento de um poderoso reforço do comportamento de abuso. Neste sentido os efeitos das drogas, sobretudo o relaxamento e a euforia, constituindo reforços positivos (aliviando estados emocionais desagradáveis como a dor, a ansiedade e a depressão e/ou facilitando a integração social) são motores de consumo ocasional ou compulsivo das drogas.

O síndrome de abstinência e o reforço negativo não são actualmente tidos como importantes na génese da dependência e na recaída de cocaína, anfetaminas e heroína.

A simultaneidade dos efeitos positivos e negativos torna muitas vezes académica a sua separação. Provavelmente ao alívio do síndrome de privação segue-se o alívio dos estados de humor e os estados de euforia.

2.8.1. Uma abordagem biológica

A adição é, nesta perspectiva, uma doença cerebral crónica que, desenvolvendo-se em situações contextuais criticamente importantes, resulta de alterações no funcionamento dos neurónios, dos circuitos nervosos, da actividade metabólica, dos receptores e da expressão génica.

Parece também que esse substrato neurobiológico é comum às diversas adições e os circuitos implicados são os da recompensa. Este facto tem consequências decisivas no “ser toxicodependente”.

Suspensão

Acerca do Substrato neuroanatômico dos circuitos da recompensa

O substrato neuroanatômico e neurotransmissor é o Sistema Mesotelencefálico da dopamina que se projecta para o núcleo accubens (N.Ac.) através do hipotálamo, em direcção ao prosencéfalo, sobretudo em direcção às estruturas límbicas do prosencéfalo.

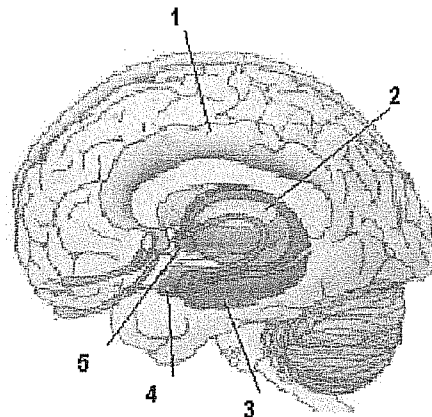
É no sistema mesolímbico (em particular no N.Ac.) que as substâncias de abuso desencadeiam os seus principais efeitos: recompensa e reforço; antecipação e expectativa do consumo. Este sistema integra neurónios Gabaérgicos, glutaminérgicos e dopaminérgicos.

O sistema límbico (constituído por um grupo variado de núcleos cerebrais) é tanto cortical como sub-cortical.

A circunvolução cingulada, o neocortex cerebral, a amígdala, o bulbo olfactivo, o hipotálamo, os corpos mamilares são algumas das diversas estruturas que integram o sistema límbico.

O sistema límbico, em função das relações que estabelece com os córtexes pré-frontais, tem também funções importantes relativamente às emoções à aprendizagem e à memória.

A figura que se segue esquematiza a posição relativa de algumas das estruturas que constituem o sistema límbico



Sistema límbico. (Adaptada de Psicologia Biológica- Pag. 58)

1- circunvolução cingulada; 2- Tálamo; 3- Hipocampo; 4- Amígdala; 5- Corpúsculo mamilar;

É através do hipotálamo que o sistema límbico controla muitas funções do organismo nomeadamente as funções vegetativas.

No hemisfério direito do cérebro humano existe também uma outra estrutura, o complexo de córtexes somatosensoriais. A danificação desta estrutura, para além de comprometer o raciocínio, a tomada de decisão, as emoções e os sentimentos, destrói também os processos de sinalização básica do corpo.

O córtex cingulado anterior, estrutura do Sistema límbico, é outra região muito significativa do cérebro humano, aquela onde os sistemas são responsáveis não só pelas emoções e sentimentos como também pela atenção e memória de trabalho; interagem de forma tão íntima que constituem a fonte de energia tanto para a acção externa (movimento) como para a acção interna (pensamento, raciocínio).

As drogas afectam os circuitos que integram neurónios Gabaérgicos, glutaminérgicos e dopaminérgicos como referido na *Suspensão*.

As moléculas das drogas (como transmissores), propagando-se por todo o organismo, encontram-se com moléculas receptoras específicas e “encaixam” desencadeando uma séria de fenómenos que, regra geral, se traduzem por um fluxo de iões através da membrana pós-sináptica.

Quando a união substância exógena/receptor se rompe o fluxo iónico interrompe-se e o receptor, regra geral, retoma a sua forma inicial.

Quando uma droga se une a determinado receptor, significa que existe uma qualquer substância endógena que é o seu ligando natural.

As drogas afectam os acontecimentos pré-sinápticos. Por exemplo, as anfetaminas, facilitam a libertação de neurotransmissores catecolaminérgicos ao mesmo tempo que inibem a sua reabsorção, o que intensifica significativamente a sua acção sináptica.

As drogas afectam também os acontecimentos pós-sinápticos, bloqueando os receptores pós-sinápticos ou prolongando a interacção transmissor/receptor.

Estimulando a transmissão mediada pela DA, elevam os seus níveis por aumento da sua libertação nas sinapses (caso das anfetaminas) ou por bloqueio da recaptção neuronal (caso da cocaína e das anfetaminas) ou ainda por um mecanismo indirecto (caso dos opiáceos).

Os aferentes do núcleo accumbens, mediados pelos receptores dopaminérgicos, assinalam variações nos estímulos de recompensa enquanto que os efeitos mediados pelos neurónios glutaminérgicos (provenientes da amígdala), servem a recompensa condicionada.

Os aferentes do córtex pré-frontal integram a informação da memória recente nas respostas comportamentais (Kalivas e Nakamura, 1999)⁵²

As descobertas atrás descritas estão na base das teorias explicativas da adição, tanto as de reforço negativo como as de reforço positivo.

Estudos que incluem a provocação farmacológica e estudos imagiológicos demonstraram que:

- O número de receptores diminui nos consumidores abusivos de cocaína
- O número de receptores alterado parece estar na base dos fenómenos de tolerância, dependência e sensibilização
- Uma redução substancial da actividade metabólica cerebral associa-se ao uso agudo de morfina, buprenorfina e cocaína.

⁵² Cit por Macedo, T. (2000).

Embora esteja identificado um substrato comum a todas as drogas, já é possível descrever para cada uma particularidades neuroanatômicas, biológicas, a nível dos neurotransmissores e também dos sistemas de 2º, 3º, 4º, mensageiros intracelulares envolvidos quer na intoxicação aguda quer no síndrome de privação (Self and Neslter, 1995)⁵³.

As questões da toxicod dependência dizem respeito não só ao consumo de drogas como também às patologias a ela associadas e ainda ao facto das taxas de recaídas serem muito elevadas, seja qual for o método usado para tratar estes doentes.

Muitas são as opiniões dos especialistas que se têm debruçado sobre os problemas relacionados com o consumo reiterado de drogas mas que não colhem adesão unânime dos seus pares na investigação.

“o anseio por drogas é caracterizado tanto pelo desejo de experimentar os efeitos positivos, hedônicos da droga, como pelo desejo de evitar os sintomas adversos da desabituação”

(Markou e col, 1993)⁵⁴

“a motivação para a manutenção do uso compulsivo de drogas requer processos de reforço negativo”

“segundo a perspectiva motivacional, a toxicod dependência pode ser comparada ao desenvolvimento de um afecto negativo” (Koob e col, 1989-1997)⁵⁵

Demasiadas evidências têm demonstrado a insuficiência/ineficácia destas explicações; efectivamente os modelos de reforço negativo não explicam a reincidência no uso compulsivo de drogas após o término do período de desabituação por indivíduos que fizeram curas de desintoxicação.

Os modelos de reforço positivo, não explicam, nem no sentido fisiológico nem no psicológico, a toxicod dependência.

⁵³ Cit por Macedo, T. (2000).

⁵⁴ Idem

⁵⁵ Idem

Dews, afirmava ser suposto que:

“há muita coisa que pode reforçar e muita coisa que pode ser mantida pelo reforço, o que é ótimo desde que não cheguemos a supor que ao demonstrar que uma ocorrência é reforçadora, demonstremos algo mais do que o facto desta ser reforçadora”

R. A. Wise (1992) insiste em que a única propriedade partilhada por todas as drogas de adição é a “intensa recompensa” que proporcionam.

A experiência diz-nos que pode não haver uma relação causa-efeito linear entre “a força motivacional das drogas e as suas consequências hedonistas” (Robinson T.E. e Berridge, K.C., 1993).

Evidências inequívocas apontam para que o anseio de consumo por parte dos toxicod dependentes não diminui quando se instala o fenómeno da tolerância.

A experiência revela também que ao aumento sistemático das doses de consumo, que ocorre à medida que a toxicod dependência se desenvolve, não corresponde um aumento sistemático do prazer experimentado, antes pelo contrário.

Relativamente aos efeitos subjectivos da adição Harry e col. (1999) referem que “mesmo um decréscimo de 50% em certos efeitos subjectivos da cocaína pelo ABT-431, não alterava a auto-administração da cocaína”; este decréscimo, embora baixando os níveis de “excitado” e “estimulado” aumentava os de “eu quero cocaína” (Terry e Berridge, 2001).

Ainda relativamente aos efeitos subjectivos da adição Lamb e col (1991) concluíram que “os efeitos reforçantes da morfina podem ocorrer na ausência dos efeitos subjectivos assumidos e assim, não parece existir uma relação causal com o gostar de drogas ou com a euforia”.

Baseados nestas evidências, Terry E. Robinson e Kurt C. Berridge (1993) propõem uma teoria, a “Teoria da Toxicod dependência da Incentivo- Sensibilização”.

Resume-se de seguida um conjunto de ideias que fundamentam esta teoria:

- As drogas viciantes partilham a capacidade de produzir neuro-adaptações persistentes no substrato neural do circuito de recompensa, adaptações que tornam estas regiões hipersensíveis, ou seja “sensibilizadas” (as drogas vão-se tornando gradualmente mais atractivas

e progressivamente mais capazes de controlar o comportamento do indivíduo)

- As drogas viciantes alteram a estrutura do cérebro (por interferência nos processos bioquímicos e nos padrões de conexão sináptica) promovendo adaptações de longo curso nos sistemas neurais; a persistência da sensibilização neural deixa o viciado susceptível de recaída mesmo muito depois da interrupção do uso da droga.
- Os sistemas cerebrais envolvidos e modificados são os responsáveis pelo processo de motivação, de incentivo e de recompensa (sistema dopaminérgico mesotelencefálico e projecções dopaminérgicas para o NAc e os circuitos mesolímbicos). Este substrato sobrepõe-se àquele que medeia os efeitos activantes psicomotores das drogas.
- Através da aprendizagem associativa, o incentivo intensificado e focalizado em estímulos ambientais relativos a drogas, conduz a mais padrões de comportamento compulsivo.
- Há provas de existência de sensibilização cruzada entre o etanol e outras drogas de abuso, entre o stresse e o etanol.
- A susceptibilidade à sensibilização depende de factores genéticos, factores hormonais, de factores experienciais e ainda, modulado pela aprendizagem é “contexto-específico”.
- Os sistemas cerebrais sensibilizados não medeiam os efeitos das drogas agradáveis ou eufóricos mas a sub-componente da recompensa designada por “necessidade”.

A “Teoria da Toxicodpendência da Incentivo- Sensibilização” supõe, em alternativa às teorias hedónicas, que os sistemas sensibilizados pelas drogas viciantes são os implicados na necessidade e não os do prazer subjectivo, havendo uma dissociação entre “o gostar” e a “necessidade”.

Desta forma as drogas tornam-se patologicamente queridas e ansiadas; na procura da droga pode estar ausente a consciência dessa própria necessidade.

No entanto toda esta maquinaria celular pouco nos diz sobre a atmosfera de “ganza”, o gosto do risco, a necessidade de evasão, a entrega da liberdade, sobre “as

dores sem corpo”, as rupturas afectivas, as tensões sociais, a criatividade do psiquismo ..., ainda que tudo isto module o funcionamento biológico de forma única em cada indivíduo.

Desta feita talvez possamos concluir que as dependências psíquica e física são duas vertentes de um mesmo estado resultante, simultaneamente, da memorização e da sobre-regulação biológica.

2.8.2. Uma abordagem psicodinâmica

As formulações psicodinâmicas vêm no uso reiterado de drogas a auto-medicação (o escudo contra o sofrimento) dos predispostos à toxicod dependência para o alívio de afectos dolorosos (culpa, raiva, ansiedade) e procura compulsiva de prazer automático associados aos déficits do ego. Postulam que os consumidores de drogas sofrem de particular psicopatologia subjacente (desregulação afectivo-depressiva e/ou perturbação do controlo dos impulsos) manifestando debilidade egóica, falhas de identificação, pobreza simbólica e do imaginário e apego ao concreto; terão dificuldade no crescimento cognitivo – emocional.

Teorias psicodinâmicas assinalam que estas dificuldades advêm de uma resposta materna não sincrónica (não deu sentido ou respondeu inadequadamente às suas necessidades enquanto bebé). Neste ponto de vista a intolerância à frustração não é mais do que “fome de objecto”, responsável pela motivação para o uso inicial de drogas e depois para a dependência e tendência à recaída.

Os toxicodependentes, pelo “pó”, tentando regular as suas carências básicas, desregulariam o complexo funcionamento dos neurotransmissores instalando déficits na autoregulação interactiva fisiológica e psíquica que, em última análise, é responsáveis pela dialéctica, incapacidade básica/capacidade de resolução de conflitos. Aceita-se que esta “função reguladora é constitucional (...) ⁵⁶ o seu domínio é da ordem da homeostasia (...) e nela mergulha a intersubjectividade, a homeostasia relacional responsável pela identificação primária e capacidade de rêverie” (Vieira, Carlos, 2001).

Quando a relação com o outro é difícil, as drogas seriam uma solução para acalmar a culpabilidade ou angústia neuróticas para colocar à distância o objecto, para mascarar ou justificar o delírio psicótico. Constituiriam um ecrã entre o Eu e o mundo; modificando o humor e as percepções, suspenderiam o tempo e o pensamento.

O valor das abordagens psicodinâmicas está nos contributos para a compreensão dos funcionamentos psíquicos de cada toxicodependente.

⁵⁶ Groststein (1999) citado por Carlos Vieira (2001).

2.8.3. Uma abordagem cognitiva

As ciências cognitivas focalizando-se nos processos cognitivos, nos acontecimentos de vida e nas estruturas subjacentes (biológicas), tentam explicar a perda de controlo em relação a determinado comportamento.

Como na psicanálise, trata-se de uma abordagem individual mas, desta vez, centrada nas cognições: “o organismo trata a informação em função de esquemas adquiridos, os quais, com a ajuda dos processos cognitivos, transformam a informação em acontecimentos cognitivos (pensamentos, imagens mentais) que interagem com os comportamentos motores” (Blackburn, Cottraux, 1988)⁵⁷

As poucas aptidões de solução de problemas e a baixa tolerância à frustração são características muito referidas nos toxicodependentes, neste modelo.

De facto estas pessoas, quando frustradas em relação às suas expectativas e/ou confrontadas com determinadas situações de vida, frequentemente:

- exageram/sobrevalorizam as perdas resultantes dos obstáculos e suas consequências (sensibilidade exagerada ao desprazer);
- culpam sistematicamente os outros, considerando-os responsáveis pelos seus desaires;
- experienciam raiva excessiva e desejo de punir os outros;
- não procuram estratégias alternativas de resolução de problemas.
- tendem a tomar decisões de forma impulsiva;
- ruminam acerca dos seus problemas sem dar passos para os resolver.

Nesta perspectiva o consumo de droga também seria a auto-medicação para a ansiedade e/ou depressão decorrentes dos afectos despertados.

Resultado da disfunção no controlo dos impulsos, tanto a compulsividade como a impulsividade estariam implicadas no “ser” destes indivíduos.

O aspecto compulsivo/impulsivo envolve a interacção entre sistemas biológicos e psicológicos. Atribui-se grande importância ao complexo Sistema Serotoninérgico como “lugar biológico” destas perturbações.

⁵⁷ Cit. por Morel, A., Hervé, F., Fontaine, B. (1998)

Os compulsivos são ruminativos e tendem a comportamentos estereotipados, repetitivos, como redutores da ansiedade. Fazem uma excessiva avaliação dos possíveis danos sobrevalorizando sugestões internas.

Os impulsivos são voláteis e tendem a comportamentos de acting-out, como redutores da ansiedade. Fazem uma insuficiente avaliação dos possíveis danos sobrevalorizando as sugestões externas.

Os comportamentos compulsivo e impulsivo característicos destes pacientes, podem ser vistos como opostos polares de um contínuo de controlo do próprio e dos outros. Ocorrem na Perturbação de Personalidade Limite (protótipo da perda de controlo dos impulsos) e na Neurose Obsessivo-Compulsiva (protótipo do hiper-controlo) e em associação (acting-out compensado com super controlo, em estilo adaptativo).

Os modelos cognitivos assentam, sobretudo, na reestruturação cognitiva e perspectivam-se no desenvolvimento do auto-controlo. A abordagem terapêutica consiste em restringir o campo do impulso enfraquecendo as crenças que o alimentam, mostrando ao doente diferentes formas de controlar e modificar o seu comportamento. É um modelo útil ao ajudar o toxicodependente a adequar a sua forma de agir.

2.8.4. Uma abordagem psicossomática

Um toxicodependente, à custa de se intoxicar cronicamente, modifica de forma definitiva, as relações que o seu corpo estabelece com o seu cérebro.

A relação do indivíduo com a droga modifica o design cerebral e revela-se nos neurónios, no comportamento, na emoção, no modo de ser do indivíduo que se tornou toxicodependente.

Essa experiência e as outras que com ela coexistem são memorizadas em circuitos neuronais que adquirem um padrão de descarga particular, constituindo memórias toxicodependentes (que são emoções no corpo) gravadas pela história relacional indivíduo – droga e, provavelmente, não desgraváveis; semelhante ao processo da memória implícita que actua na motivação inconsciente e no modelo mental da vinculação, este padrão de descarga particular contribui para o “traço de personalidade” toxicodependente (se este existir...)

Por outro lado a acção particular das drogas no sistema de recompensa (sistema sediado nas regiões do cérebro que regulam a sobrevivência) põe em perigo a vida desta pessoa que se torna incapaz de perceber as mensagens do seu corpo. Além disso, como é referido por Coimbra de Matos (2002), as drogas provocam uma redução no funcionamento da mente propriamente dita ou seja, da função construtiva de metáforas, deixando apenas uma protome que tão-só faz o processamento das informações, funcionando como um aparelho de previsão -função primária da vida mental. A construção de metáforas precede a construção de alternativas, essenciais ao processo de crescimento.

É nesta encruzilhada que se elabora a consciência de si; as drogas que aí actuam manipulam as emoções e os afectos, “órgão” garante da capacidade de estabelecer relações satisfatórias com o outro, com o tempo e com o mundo.

A toxicodependência é, talvez e para além de tudo, um tipo de funcionamento, uma forma de organizar a economia psíquica recriando os equilíbrios ameaçados nas interacções corpo – outros – mundo.

3. O objecto epistémico e o método

3.1. Investigar

Para Coimbra de Matos investigar é colocar questões e explorar hipóteses ou o mistério do outro e o inconsciente do próprio não existissem... Assim toda a investigação tem um objectivo de estudo, o objecto epistémico e o fenómeno; todo o investigador se interroga sobre a essência, sobre o que não é evidente e suscita interrogações.

Os estudos qualitativos, pondo a sua ênfase nos processos e nos significados atribuídos aos fenómenos pelos indivíduos que os vivenciam, são adequados para investigar a penetrante complexidade do fenómeno pessoa, do fenómeno psicossomático, da toxicodependência.

O objectivo fundamental das investigações qualitativas é a reconstrução das categorias específicas utilizadas pelos sujeitos para conceptualizar as suas próprias experiências e a visão que têm do mundo⁵⁸

Eventualmente alguns aspectos poderão ser apreendidos quantitativamente mas importa, essencialmente, saber de qualidades, de ritmos, de harmonias, de identidades.

Impõe-se um método clínico e universal (que possa servir à compreensão dos fenómenos por outros) fundamentado na realidade humana, no “mundo do viver”.

O mundo do viver é aquele em que, segundo Husserl⁵⁹, “vivemos intuitivamente com as suas realidades assim como aconteceu na simples experiência”.

É o mundo das Vivências, de Popper.

Neste mundo situamo-nos numa atitude ingênua (não premeditada) e marcamo-nos na experiência do viver, no vivenciar. Mas, este mundo nutre-se no mundo material (o das determinações físicas e químicas) e perspectiva-se num outro, o mundo da existência especificamente humana (livremente projectada), constituído

⁵⁸ Goetz, Judith & Margaret Le Compte. 1984. *Ethnography and Qualitative Design in Educational Research*. NY: Academic Press. (pp. 107 – 119)

⁵⁹ Edmund Husserl (1859-1938) criou o movimento filosófico denominado de fenomenologia, que desenvolveu na sua obra “*Ideas relativas a uma fenomenologia pura y una filosofia fenomenológica*” (1913). Citado, entre outros, por Sergio Fernández no artigo “*Fenomenología de Husserl: Aprender a ver*” por Helenilda Cavalcanti no artigo “*LA FENOMENOLOGÍA DE HUSSERL*”.

pelas coisas estéticas, éticas, religiosas (de religar, isto é, religação entre os humanos),...

A este mundo chamou Teillard Chardin⁶⁰ de noosfera.

E a noosfera, muito rica e densa em mitos, lendas, deuses, linguagens, símbolos, noções, ideias,.... cerca-nos como uma atmosfera.

*“cada poema inventa o mundo, cada romance, cada filme cria um universo (...)
a noosfera estende-se, espessa-se (...) em expansão como o está o universo
físico” (Morin, E., 1991)*

Pôr-me na perspectiva da pessoa que me consulta é ancorar-me nas suas referências, no seu território, na sua narrativa de vida.

As referências ancoram-se e são prévias à perspectiva, ao movimento intencional da consciência-de (Lopes, G., 1993). As referências são os rituais históricos (sociais, culturais) os preconceitos, os medos, as crenças compartilhadas, coisas indizíveis, a não ser pela alegoria e pela fábula,... (Cardoso, R. M., 1998).

O território é o lugar promovido no discurso e no imaginário (...) garante universal da particularidade do indivíduo (...) que o liga à história, ao grupo, ao igual (Cardoso, R. M., 1998).

A narrativa de vida é o discurso, de mim para mim e para os outros, onde o passado busca sentido para a construção do seu tema central, a identidade.

Na perspectiva dos estudos qualitativos, o investigador não se coloca de fora, mas participa intimamente no processo de conhecer os significados fenomênicos.

É um trabalho orientado para a descoberta de teorias, pela lógica empírico-indutiva (Mc Millan e Schumacher⁶¹) que é de natureza essencialmente divergente.

Características em que, de forma muito geral, assenta um processo de investigação qualitativa:

⁶⁰ Teillard Chardin: teólogo, paleontólogo e sacerdote jesuíta francês (1881-1955).

⁶¹ Citados por Cristina Vieira (1989).

- Não estruturação, à priori, das diversas fases processuais: reflexão *sumária, por tópicos*, sobre a questão primeira, a que vai desencadear todo o processo; colocação das questões; recolha e selecção de informação; registo dos dados seleccionados; análise e interpretação dos dados registados; síntese da informação captada.
- As fases acontecem em ciclos que se sobrepõem (Spradley)⁶²
- Os investigadores partem do princípio de que conhecem muito pouco sobre a pessoa em causa, procurando evitar ideias pré-concebidas ou teorias orientadoras.

Como toda a investigação começa com uma questão: O que é, porque é, como é, para que é, este fenómeno psicossomático nesta pessoa e nesta circunstância?

*Eu sou eu e a minha circunstância (Ortega e Gasset)*⁶³

As hipóteses vão sendo formuladas à medida que se vai revelando o fenómeno em estudo que emerge lentamente, na relação tecida entre quem investiga e quem está a ser objecto de investigação. São, por isso, consideradas hipóteses emergentes (Spindle, 1963)⁶⁴ e este é, por assim dizer, um processo de descoberta.

A necessária revisão bibliográfica, que permitirá conhecer estratégias e modelos já utilizados noutros estudos, decorre, naturalmente, à medida que as hipóteses vão sendo formuladas.

Os planos de acção dependem, essencialmente, do decorrer dos acontecimentos.

O “estudo de caso” é um método clínico de investigação qualitativa que permite ao cientista o estudo aprofundado de um único caso, quer se trate “*de um indivíduo, de um grupo, de um programa, de um conceito*” (Mc Millan e Schumacher)⁶⁵

⁶² Cit por Cristina Vieira(1989)

⁶³ Cit. em comunicação oral, C. Matos (2002).

⁶⁴ Cit de Schimahara por Cristina Vieira,(1989).

⁶⁵ Cit. por Cristina Vieira (1989).

Como refere Cristina Vieira este tipo de investigação tem cariz ideográfico uma vez que visa a compreensão em profundidade de casos particulares.

Neste tipo de trabalho, o investigador recolhe dados acerca da “*situação presente das experiências passadas, do ambiente e da forma como estes factores se relacionam entre si*” (Ary e col.)⁶⁶

A partir das perspectivas da pessoa doente, enquanto participante no processo de investigação de si própria, e no seu contexto, o investigador tenta conhecê-la e compreendê-la profundamente. Os objectivos deste tipo de estudos, mais do que os seus resultados, visam a análise dos processos.

Jaspers,⁶⁷ procurando um método apropriado às ciências do espírito (capaz de esbater fronteiras entre a psicologia e a psicopatologia tal como entre a fisiologia e a fisiopatologia não há fronteiras precisas) introduziu a fenomenologia nas ciências médicas.

*“Percepções, representações, juízos, sentimentos, pulsões, consciência do eu,
são formas dos fenómenos psíquicos;
os conteúdos caracterizam o modo de existência em que para nós estão presentes.*

*Na descrição da vida psíquica concreta é, na verdade, ineludível a captação dos
conteúdos apresentados pelos indivíduos mas, fenomenologicamente, interessam-
nos as formas (...)”*

A fenomenologia empenha-se no estudo de fenómenos subjectivos típicos da vida psíquica, encontra-se com eles na sua essência; suspende-os, intui-os, procura-lhes o significado e, variando imaginariamente as suas características, procura obter a essência ideal.

Em fenomenologia não há distinção radical entre o consciente e o inconsciente desde que haja significado dado pela “intencionnalité”.

⁶⁶ *Idem.*

⁶⁷ *Karl Jaspers, filho de um banqueiro protestante, nasceu na Alemanha em 1883. Médico, dedicou-se à psiquiatria. É um dos principais pensadores contemporâneos de orientação existencialista. Foi o criador da Psicopatologia Geral cujo objectivo principal é “investigar as condições e as causas de que dependem as relações (entre as vivências) e os modos como se expressa o vivenciar patológico...”*

G. Lopes citando Kierkegaard⁶⁸ defende que a subjectividade é plena de significância, é a verdade e esta não é externa ao que observa, ao investigador, mas antes faz parte dele; a relação é inerente ao processo de conhecer e é também a essência do fenómeno psíquico; conhecer um fenómeno é chegar ao seu significado, aquele que justifica o sujeito que o produz e que está “fusionado” no acto de conhecer quem conhece (o cognoscente). *Neste sentido, tanto o sujeito como o objecto da investigação são sujeitos cognoscentes (esta assumption é indispensável à investigação psicanalítica)*⁶⁹

A fenomenologia procura chegar “às próprias coisas”, utilizando um caminho contrário ao da análise.

- Primeiro suspende a coisa “em si “ enquanto doação “para mim”. Desta forma isola o fenómeno.
- Depois usa a imaginação fazendo variar as características do fenómeno. Encontra “o próprio da coisa”

É claro que para praticar este caminho o investigador deve colocar-se em relação empática com o objecto da investigação (identificação projectiva ao serviço do Eu).

Quando acontece a compreensão do fenómeno este surge subitamente como uma “visão para o seu interior”, é o “saber de experiência feito” (*Camões*).

O objecto que desta feita aparece à consciência do investigador é o objecto enquanto constituição “em mim, por mim e para mim”.

⁶⁸ Sören Aabye Kierkegaard (1813-1855). Nasceu em Copenhaga. Teve uma educação austera, luterana, e doutorou-se em Teologia. “A verdade é subjectividade: ninguém se pode por no meu lugar” é uma frase que lhe é atribuída. É considerado o “pai” do Existencialismo.

⁶⁹ Comunicação oral Coimbra de Matos (2002)

3.2. De investigador a terapeuta

“ El Método Clínico, incorporando proposiciones teóricas de la fenomenología, el psicoanálisis y la psicología genética desarrolla una metodología basada en el estudio prolongado y exhaustivo de casos individuales, planteando el carácter único del psiquismo de cada individuo (Allport, 1939)

Utiliza el exámen individual para (...) descubrir los conflictos del sujeto y la forma particular de resolverlos (...) la observación sistemática del comportamiento, la entrevista clínica -como técnica fundamental- (...) como técnicas auxiliares a los tests, (...) Plantea una profunda crítica al método estadístico, relegándolo a la categoría de método auxiliar, válido para señalar las tendencias generales de la conducta, pero ineficaz para conceptualizar diagnósticamente acerca del sujeto-en-situación.”⁷⁰

O investigador qualitativo, recorrendo a combinações de várias técnicas de recolha de dados, passará a dispor de “lentes” diferentes o que lhe permitirá uma percepção mais holística do fenómeno que se propôs estudar.

Mas não são só os instrumentos exteriores que importa variar. O investigador deverá desenvolver também versatilidade de raciocínio e de relação terapêutica se quiser descobrir a essência do fenómeno que estuda.

Dialogar interiormente e comunicar com o outro na justa medida para chegar à essência são os desafios mais importantes, no meu ponto de vista, para prosseguir estes objectivos.

A questão, neste ponto, não está em acumularmos muitos aspectos do fenómeno mas captarmos o que, no mesmo, não varia ao fazermos variar as suas qualidades.

O método do “grande detective”, em que o médico “escuta” atentamente o seu doente, observa-o com todo o cuidado, e examina conscienciosamente cada área “não deixando nenhuma pedra sem ser revolvida”⁷¹ centra-se sobretudo na sua segurança e autoridade científica.

⁷⁰ Alejandro Ávila Espada (1978) *Psicodiagnóstico Vincular*.

⁷¹ Balint cit. por Pendleton e colaboradores em “A Consulta, Uma Abordagem à Aprendizagem e Ensino”

Provavelmente por este método muitos aspectos são considerados; o que não é certo é que o mesmo conduza o médico e o doente à essência do fenómeno e à terapia.

Como consulto? O que quero conseguir com a minha consulta? Que estratégias utilizar? Foi eficaz?

“a unidade essencial da prática médica, é a ocasião em que, na intimidade de um consultório, ou do quarto de um doente, uma pessoa que está doente, ou que acredita que o está, procura o conselho de um médico em quem confia. Isto é uma consulta e tudo o resto na prática da Medicina deriva dela”.⁷²

Aceita-se que um médico aplique “esquemas” ou “protocolos” conforme o “caso clínico” escotomizando a pessoa-doente não curando de saber a significação daquele específico modo de estar, daquela pessoa particular?

O médico só poderá “receitar e actuar” quando compreender a significação, para si, do fenómeno “curar” e do fenómeno “relacionar-se”.

Tornar-se médico é transformar-se durante o processo do conhecimento e transformar o que é levado ao conhecer.

Na particular relação de confiança, o fenómeno que quero compreender aparece à minha consciência como constituído “em mim, por mim e para mim” e nessa medida o que prescrevo, prescrevendo-me, é o que interessa nesse momento à *pessoa* em crise; o que deve fortalecer a oportunidade para a vida, para a saúde e que deve diminuir o risco de claudicação.

O investigador vai, nesta perspectiva, despojado (de técnicas, de teorias e de experiência) mas com disponibilidade relacional, constituir com o outro uma existência. Descobrir aí a “atitude natural”, espontânea, dominada pelo pensamento mágico-arcaico e aproximar-se das vivências da *pessoa* na experiência-com.

Nas primeiras relações procura indícios que esbocem *essa pessoa...*; depois, no que se tornou existente, focaliza, contempla o que se mostra à luz do conhecer, o que se manifesta com sentido, como doação “para si”.

⁷² *Idem*

Através da imaginação pode fazer variar as características do fenómeno mudando a perspetividade, ancorando-se noutras referências. Nesta atitude, abre-se à impregnação desse “*sentir por dentro, intelectual*” que chama intuição; obrigando a cena a revelar-se (um estado de alma um fenómeno...) e a pessoa a “ver-se” doente, o investigador assume-se médico (com técnicas, teorias e experiência).

Segundo Coimbra de Matos na investigação psicanalítica o analisando ao mesmo tempo que experiencia na relação terapêutica a sua forma internalizada e infantil de se relacionar (transferência), observa-se e desenvolve a sua capacidade de auto-análise; pode então tornar-se capaz de um novo estilo de relação com o analista. Este, por seu lado, na contratransferência que se desenha, desenvolve também a sua auto-análise tornando-se mais capaz de ser o receptor responsivo, catalizador do desenvolvimento e da função psicanalítica do analisando. Nesta investigação, que se inscreve na relação actual, real e colaborante entre analista e analisando, estabelece-se uma aliança de trabalho para a realização de uma tarefa: a reconstrução do passado vivido e a libertação das energias contidas para a retoma do crescimento pessoal. Os instrumentos deste trabalho são a transferência e a nova relação. A transferência põe em cena a totalidade histórica da relação de objecto do analisando, o seu drama afectivo, o seu círculo vicioso, as suas defesas. Na nova relação o analista responde isolando o fenómeno (estilo neurótico da relação), procurando desmoronar a resistência à energia pulsional para que esta siga livre curso atendendo aos parâmetros do princípio do prazer e do princípio da realidade. Desfeitos os equívocos do passado, reparada a sua ferida narcísica e restaurado o self, pode desidealizar e desculpar o objecto do passado retirando a sua sombra dos objectos actuais. Desta feita, independente e criativo, pode expandir-se, sonhar e desejar; pode redescobrir a alteridade e a complementaridade no par; pode realizar o seu projecto pessoal com o outro.

*É dessa realidade que nos toca e que tocamos que transformamos e nos transforma, que construímos noções e conceitos: modelos operacionais. São essas representações os nossos verdadeiros objectos de conhecimento*⁷³

Na relação acontecemos e nela conhecemos o que aconteceu.

⁷³ Comunicação oral, Coimbra de Matos (2002).

Com psicossomáticos o método é empático, “aquático”, uma sincronia rítmica existencial, (como uma “mãe...”). Uma empatia que é um transfer metaforizante e que necessariamente passa pelo corpo.

Já terapeuta é capaz de ajudar o doente a saber o que é “a sua cena”, ajudá-lo a chegar a um acordo, a uma relação, abrindo um espaço-tempo-ritmo para o doente, para o seu pedido.

O doente pode, desta forma, saber o que pede, o que sente, o que deseja, o que teme porque o terapeuta o interpretou, o sentiu e traduziu os complexos afectivo-cognitivos em palavras. O terapeuta criou oportunidade de partilhar uma compreensão que é também um afecto.⁷⁴

Coimbra de Matos (1985) explica como, por um lado a ressonância e a resposta interna contratransferenciais (quando adequadas) e por outro a identificação concordante e a complementar, fornecem preciosos dados para a compreensão do analisando e seu sistema relacional. E porque, como defende, só existem conjuntos afectivo-cognitivos, é na relação, e esta está prenhe de afectos, que conhecimento/reconhecimento o outro.

Como um clima, uma música, uma pintura que se esboça, percepciono a pessoa, sou por ela afectado e intuo a essência do seu sofrimento e potencial de vida.

A clínica da toxicod dependência é de inter-acções e funda-se num encontro e numa prática geradas num espaço e num tempo que é o da relação pessoa a pessoa na consulta, em gabinete, num CAT.

⁷⁴ *Comunicação oral, Cardoso R. M. (1999)*

4. Intuir o fenómeno: a toxicodependência

É imperativo trabalhar em vários registos clínicos e conceber um modelo transdisciplinar que descompartmente, sem as englobar, as abordagens biológicas sociais e psicológicas.

Este modelo, visa organizar o diálogo interdisciplinar e torná-lo permanente para permitir às práticas teorizarem-se.

Encetam-se neste capítulo caminhos do conhecimento que pretendo contribuir para iluminar a complexidade deste fenómeno.

4.1 O adoecer psicossomático

Na perturbação psicossomática o corpo é, sobretudo, um corpo literal. É um corpo que aprendeu a ocultar os afectos, os sonhos, as memórias,... Um corpo que não opera a vida fantasmática, aquela que é a própria subjectividade e que se manifesta nos afectos, sonhos, humor, jogo, fantasia, fascínio,...

Esta forma de se ser, sobretudo corpo literal, terá tido gestação no mais precoce período relacional, o da vinculação mãe-bebé (ainda intra-uterino e até por volta dos dezoito meses de idade).

Nas primeiras fases do seu desenvolvimento, a organização neurobiológica do bebé consubstancia-se, sobretudo, no edifício cerebral sub-cortical, aquele onde, de forma inata, são regulados a homeostasia e os instintos de sobrevivência. Também aqui se situa a vocação para a vinculação (protecção), para a relação e, talvez por isso, tão intimamente mediada pelo corpo (disposição topográfica, ritmos, sincronias,...)

A figura da página seguinte mostra, esquematicamente, algumas das fases do desenvolvimento intra-uterino do cérebro humano.

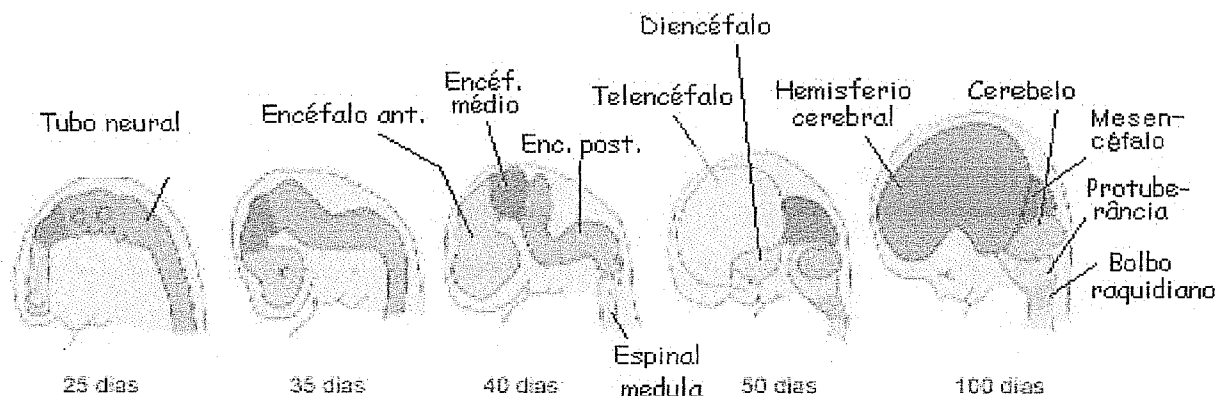


Fig. 2. Desenvolvimento do encéfalo humano, Adaptado de Psicologia Biológica, pag.56

Quer na fase fetal quer na pós-natal as alterações cerebrais, a nível celular, passam por fenómenos que incluem:

- Neurogênese (as células do tubo neural dividem-se originando células filhas),
- Migração celular (as células produzidas encaminham-se para diferentes regiões),
- Diferenciação celular (as células diferenciam-se para formar ou neurónios ou células gliais),
- Sinaptogénese (os neurónios “estendem” os seus axónios e dendrites para formar sinapses entre si),
- Morte celular (muitos neurónios morrem numa fase inicial do seu desenvolvimento),
- Reorganização sináptica (muitas das sinapses iniciais vão desaparecendo, outras vão-se formando).

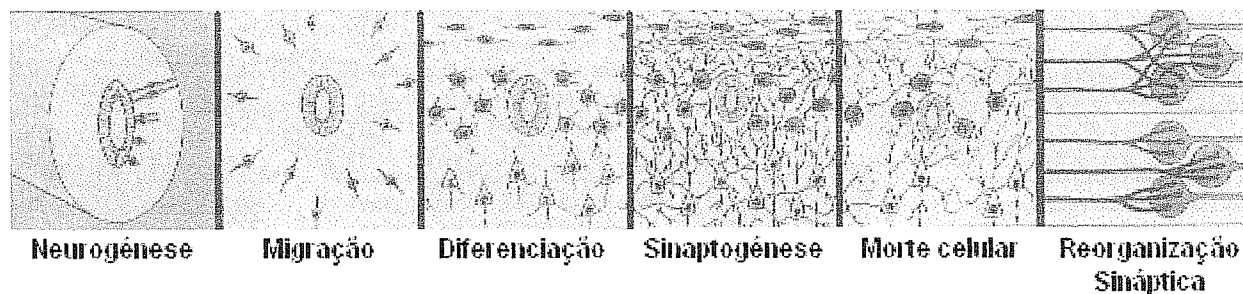


Fig 3. Fases do desenvolvimento neural . Adaptado de Psicologia Biológica, pag. 220

Se nos animais mais simples as vias e sinapses neuronais se formam segundo um plano genético inato, que especifica as relações precisas entre axónios, em animais mais complexos, entre os quais nos situamos, os genes não exercem um controlo rígido; um grande número de factores extrínsecos (neurotróficos, nutricionais e experienciais) é determinante na gestão das conexões neuronais.

A experiência afecta o crescimento e o desenvolvimento neuronal; apontam-se três possíveis mecanismos para explicar este facto:

1. Indução e modelação da formação de sinapses.
2. Manutenção de sinapses já formadas.
3. Determinação de quais os neurónios e sinapses que devem sobreviver e quais devem ser eliminados.

O cérebro vai mudando durante toda a vida; notavelmente plástico e em estado de fluxo constante, possui a misteriosa propriedade de se remodelar a si mesmo, continuamente, reorganizando a relação entre as suas partes de tal maneira que, normalmente melhora o seu desempenho.

Ao nascer o cérebro do bebé contém biliões de células nervosas, “tantas quantas as estrelas do Cosmos!”. O padrão de ligação entre elas, longe de estar estabilizado, apresenta grande actividade durante os três primeiros anos, mantendo a vitalidade por toda a vida.

Muito antes do nascimento, por volta das 10 a 12 semanas, já é possível ouvir o “crepitar” das células nervosas a ligarem-se umas às outras numa actividade de conexões intencionais.

Cresce a evidência de que as ondas eléctricas que surgem deste modo vão moldando o cérebro sulcando circuitos neuronais com padrões específicos que, ao longo do tempo, capacitarão o recém-nascido para as competências ultra precoces da representação dos cuidados maternos.

Parece não haver dúvidas de que a actividade eléctrica do cérebro altera a sua estrutura física.

“A Natureza não monta as peças e depois liga o interruptor...” (Nash, J. M., 1997)

O cérebro começa a trabalhar muito antes de estar acabado, é um cérebro em rascunho, um substrato nervoso (a melhor solução) para tornar possível o ver, o ouvir, o falar,...

Depois do nascimento, progressivamente, as experiências com o mundo refinam este primeiro esboço.

Através de um processo que lembra a competição darwiniana, o cérebro elimina as sinapses excedentárias, poupando muitas e criando milhões de outras; através de um processo que lembra o pensamento lamarkiano⁷⁵, as relações com o mundo fazem o órgão...ou seja, moldam o cérebro, padronizam circuitos neuronais, (organizando/programando deste modo, emoções e pensamentos) que, para o pior e para o melhor, são únicos.

Os três primeiros anos são críticos para este processo de moldagem já que, é nesta altura que proliferam, “ selvaticamente ” as sinapses neuronais.

“Sinapses supranumerárias e redundantes nas funções que sustentam, que nos tornam desde sempre pré-competentes para performances mentais e relacionais, cuja estabilização selectiva é estruturada pelas solicitações do ambiente (intra e extra-uterino, pré e pós-natal), organizando-se, deste modo, a ontogénese do psiquismo” (Sá, Eduardo 1997)

Aceita-se então, actualmente, que o cérebro é lugar de mudanças constantes e que a relação entre as mudanças cerebrais e a alteração comportamental é bi-direccional, quer dizer que a experiência também pode alterar a estrutura neural.

⁷⁵ Jean-Baptiste Lamarck, naturalista francês (séc.XVIII-XIX), criou uma teoria sobre a evolução das espécies tendo ficado célebre o seu aforismo “a função faz o órgão”.

O sistema nervoso dos indivíduos em desenvolvimento é mais plástico do que o dos adultos. Traduz-se esta propriedade na comunicação constante dos neurónios entre si dirigindo e limitando reciprocamente o seu destino.

Baseando-se no que se passa nas células vizinhas, nos circuitos em desenvolvimento, os neurónios, assumindo papéis por simpatia, estabelecem as conexões apropriadas para os cumprirem.

Portanto, o S.N., como sistema aberto que é, necessita de input para se organizar, necessita de experiência, de ruído, de stress relacional para se alimentar e desenvolver.

Podemos dizer que, até cerca de dois meses após o parto, os recursos neurológicos do bebé, os seus esquemas mentais, recursos filogenéticos condensados no genoma, marcadamente sub-corticais, traduzem-se numa “comunicação digital” (através de ritmos) e, numa “comunicação analógica” (através do olhar, da expressão gestual, da mímica,...). (Sá, Eduardo, 1997)

É portanto de toda uma comunicação corpórea de que estamos a “falar”.

As regiões sub-corticais, baixas no edifício cerebral, estabelecem relações directas e mútuas com praticamente todos os órgãos do corpo e são sede das nossas competências mais instintivas de sobrevivência e de sinalização de sensações e emoções.

As redes de circuitos neuronais básicos, que encontramos no recém-nascido, são mecanismos pré-organizados, inatos.

Responsáveis pela regulação biológica, são também decisivos para o processo de classificar coisas e fenómenos (bons ou maus) em virtude do seu possível impacto na sobrevivência.

Este sistema básico de preferência, de atribuição de valor, é activado perante entidades novas que classifica em função da proximidade (espácio/temporal) de outra já conhecida.

Assim, a “luz que ilumina uma coisa genuinamente importante, boa ou má, brilha também sobre o que a rodeia” (Damásio, A.,1995).

Alguns aspectos deste sistema de valores são, como já foi referido, inatos (disposição para a vinculação-protecção, resposta ao olhar e à expressão facial, busca

de novidade, instinto para a alimentação, instinto de integridade – ataque/fuga ...) outros, pelo contrário, são adquiridos pela aprendizagem.

Em geral impulsos e instintos determinam comportamentos e induzem estados fisiológicos que visam, essencialmente, a sobrevivência.

Começar no corpo e na relação é também começar nos ritmos, porque existimos ritmicamente, esta é condição essencial à vida, à realidade que constituímos.

A ritmicidade que está presente nos organismos é resultante de dois tipos de influência:

- de natureza endógena (relógio biológico interno)
- de natureza exógena (periodicidade ambiental, hábitos de vida)

O ritmo circadiano humano (na dependência daqueles dois tipos de influência está presente na trigésima semana de gestação do feto e o relógio biológico oscila aparentemente em função de sinais maternos, havendo, nesta fase uma comunicação, sobretudo unidireccional, entre o relógio materno e o feto.

O bebé tem assim, desde muito cedo, competências para identificar o espaço, o tempo e os ritmos da sua existência. Possui neste sentido grande ressonância empática.

Já como bebé a sua existência ainda se assemelha à uterina, como que banhado por um clima de cuidados e afectos (que são essencialmente rítmicos e sensoriais).

O bebé vive “aquaticamente”, sensualmente.

Reconhece a mãe, aquém da comunicação verbal (a mãe segura-o, toca-lhe, manipula-o, aconchega-o, nomeia-o, fala-lhe,...) como se ouvisse uma melodia envolvente.

A experiência do quotidiano oferece ao bebé ritmos:

- o do relaxamento, do repouso, da activação
- o da amamentação
- o do sono e do sonho na alternância REM – NREM
- o dos embalos sincronizados
- o das canções de embalar
- o de um mimo excitante, que na espera, se redobra em prazer quando consumado

- o do palrar ao desafio
- o do sorriso que inunda devagar.

Na zanga, um timbre de voz, um ritmo gestual (rápidos bruscos) são a agressão, que instaura a realidade dos limites.

Numa experiência relacional que é, inicialmente, de mutualidade, o respeito pela espontaneidade do bebé e pela sua onnipotência é, antes de mais, uma disponibilidade para a sincronia rítmica, uma harmonização transmodal.

A mãe satisfaz as primeiras necessidades de existir do bebé como si-próprio, do seu sentimento de bem-estar. A mãe, e depois o pai, sintonizam e manipulam ritmos e sensorialidades oferecendo novidades relacionais ao seu filho.

*No banho de afecto transmodal, o bebé vai constituindo progressivamente a sua unidade pela integração polimodal dos sentidos que cimenta a coesão e a coerência da experiência vivencial.*⁷⁶

Desta forma, devolvendo a sua novidade (afinal ele próprio) resintoniza também os pais.

Nesta experiência do quotidiano uma relação constante, interior, para além do encontro real, oferece ao bebé o sentimento de que é reconhecido e investido pelo seu rosto (único e lindo aos olhos de sua mãe). O sentimento de que existe e tem valor para alguém, de que existe como ser de relação.

Nesta comunicação silenciosa, da intimidade partilhada, nascerá a intencionalidade reconhecida no objecto e em si-próprio (Matos, C., 2003)

Esta relação continente é capaz de dar sentido e de ensinar a pensar e sentir as emoções, os sentimentos e os pensamentos do bebé (as angústias/"perguntas", os afectos/"pedidos" do bebé).

"Mãe, ilumina o meu pensamento e satisfaz as minhas necessidades"

(Matos, C., 2002)

Se for suficientemente boa, esta relação é promotora da essência do narcisismo primário – narcisação pelos objectos vinculares.

⁷⁶ *Comunicação oral, Coimbra de Matos (2002)*

O narcisismo primário é responsável pela coesão e coerência do self, pelo vigor e harmonia do seu aparelho psíquico, pela energia potencial da vontade e alegria de viver.

Mas, como nos vai dizendo Tânia Leão Pedroso, quando a experiência relacional precoce não é suficientemente boa, por exemplo, quando a mãe não consegue reciprocidade na experiência física com o seu bebé a comunicação não se dá, é precária ou paradoxal, um falso self instaura-se sob a égide da submissão, tendo como principal característica a performance adaptativa.

Acontecem dessincronias no desajuste rítmico que são desafectos; é adiada a espontaneidade do bebé e por aí a sua vida onírica, a sua subjectividade, a sua identidade.

Segundo Coimbra de Matos, a falha de resposta adequada, necessária e suficiente do objecto (falha empática)- desinvestimento do bebé pela mãe, por retracção narcísica, luto ou investimento privilegiado lateral ou paralelo - desencadeia no sujeito o sofrimento da não experiência de amor (trauma por ausência); mercê de um mecanismo de defesa passivo, ditado pela ininteligibilidade do evento sofrido, este trauma é recalcado (recalcamento primário) e excluído da consciência pela não representação e não integração mental. Resulta do recalcamento primário uma fissura intra-psíquica que funciona como uma barreira de contacto entre o self corporal e o self mental. Em consequência o corpo fica excluído da vida mental fantasmática por falta de representação inconsciente.

Ainda segundo C. de Matos a não satisfação da necessidade de amor faz abortar o desejo e o fantasma do mesmo (já que sem a experiência da satisfação também não há a memória dela), e não se desenvolve a capacidade de sonhar e amar.

A perda efectiva de amor e a frustração à expectativa amorosa são responsáveis pela falha narcísica precoce que instala um fundo depressivo e a experiência primária recalcada está na origem do núcleo psíquico irritativo dos sujeitos em risco de doença psicossomática.

A resposta comportamental manifesta duas tendências: a submissão e o conformismo (por sujeição à lei do objecto) e a hiper-adaptação ao real. Organizam-se dois pólos psico-patológicos, um que inflecte a resposta ao stresse sobre o soma e

outro que leva à incapacidade de desfrutar das alternâncias da vida (paz/luta, frustração/êxtase,...)

Winnicott⁷⁷ postula para estes futuros adultos, uma não comunicação activa (comunica-se não se comunicando), um retraimento, como que uma reacção à comunicação falsa ou submissa.

Desta forma um falso self, pseudo adaptativo, organiza-se e o verdadeiro self aborta.

O resultado é um corpo desafectado não libidinizado, não erótico, sem realce.

Assim constituído, é um corpo que se estranha, que se desconhece (alteração da tonicidade e inconsciência da mesma, descontrolo dos esfíncteres, dificuldades de lateralização, inconsciência do ritmo corporal próprio,...). Esta pessoa, “sem-si”, aplica regras externas num espaço-tempo que não é o seu (arranja truques para se situar e orientar; a vida exterior organiza-lhe o tempo... os ritmos externos são os seus...). Porque desconhece a sua lógica corporal, submete-se às exigências pulsionais dos outros ou às do seu corpo (exteriormente, como algo não seu) ou tenta livrar-se delas...

A mente é rasa também; pouco criativa, sem devaneio. O pensamento é operatório, literal e o discurso factual, não metafórico, banal.

“não reconhecido, não reconhece (...) não tendo sido verdadeiramente objecto de alguém, não investe nenhum objecto, tem objectivos mas não tem objecto; daí o seu pragmatismo e neutralidade emocional” (Cardoso R. M., 1999)

As relações de intimidade são de pseudo-intimidade, monótonas, brancas, sem espessura afectiva, sem paixão nem zanga, sem imaginação e feitas à custa de esforço adaptativo.

As relações objectais que estabelece são por isso pouco investidas, em impasse afectivo e relacional- não ama nem odeia.

Falhou a integração psicossomática. Coimbra de Matos fala em retirada conservadora (inibição da fantasia, do desejo e da busca de prazer e de objecto, actividades de prazer relacional), retirada esquizo – depressiva com hiper-adaptação (por submissão à realidade externa, autoridade materna, numa dependência de

⁷⁷ Donald W. Winnicott, pediatra inglês (séc. XIX-XX). Sob a influência de Freud e de Melanie Klein, aliou a observação da criança à reflexão analítica. Defendeu que o bom desenvolvimento infantil é, sobretudo, obra de uma mãe suficientemente boa.

cuidados) para conservação de energia, uma reversão da reacção habitual ao stresse (ataque/fuga ou alarme/defesa).

O indivíduo submerso em impressões sensoriais, emoções desligadas, actos sem finalidade, com pouco espaço para o desejo próprio, para a fantasia e para o afecto, vive a fazer coisas sem entusiasmo numa pseudo -vitalidade não criativa. Vive num estado de desconforto interno, de insatisfação, hipersensibilidade à frustração, irritabilidade e tendência a agir e à descarga (acting- out, se no mundo, acting-in se nos órgãos internos).

As manifestações clínicas aparecem, neste sentido, como descargas querendo ser respostas ao confronto sentido como inútil porque situado num conflito sem saída.

O impasse, ambivalência, resulta de uma desregulação do reconhecimento de “si” e do “não si” (também a nível imunitário) e gera situações sem saída onde a pessoa fica incapaz de fugir ou de atacar, fica incapaz de agir e de não agir.⁷⁸

São consequências: a queda da libido que diminui as defesas gerais; o traço caracterial masoquista que gera condutas indefesas; a vergonha, a inferioridade e a culpa que inibindo a acção e a relação, favorecem a aceitação de condições de incomodidade e de prejuízo; a idealização/desculpabilização do objecto, com desqualificação/culpabilização do próprio que são factores de inibição, submissão e adiamento ou desistência do acesso ao êxito e ao prazer. (Matos. C., 2002).

Estas condições geram situações de risco e uma vida de menor satisfação, de esforço e desgaste.

Por exemplo, o asmático em situação de confronto com o diferente (antigéneo, pessoa, situação,...), vivencia um conflito que é um impasse (impossibilidade de fugir ou de atacar); o indivíduo faz uma crise de asma que é a saída da não saída, é uma descarga.

⁷⁸ Comunicação oral, M. Pedro (2001).

O dilema situa-se a um nível abrangente, em que a alternativa se transforma no seu contrário, originando um círculo vicioso de mensagens paradoxais que imobilizam a pessoa; é que o outro ou é completamente igual (familiar) ou é completamente diferente e impossível a relação.

O impasse é o esteio organizativo das doenças frequentemente designadas por psicossomáticas, que são afinal o resultado de uma desistência biológica.

*“ o desencadeante, recente ou remoto, da doença psicossomática manifesta, é uma perda afectiva que não é reconhecida, desenvolvendo-se apenas a reacção biológica de retirada da luta pela sobrevivência
 (...) uma depressão biológica
 (...) uma espécie de hibernação com fraca capacidade de resposta aos estímulos agressivos; então a adaptação biológica falha e a doença instala-se”
 (Matos, C., 2003)*

A toxicodependência, entendida como patologia psicossomática, apresenta-se como uma hiper-adaptação pragmática com limitação ao mínimo da energia psíquica e relacional. (Matos, C., 2001).

Segundo Carlos Vieira (2001) os consumos impulsivos/compulsivos (repetitivos) visam a conservação libertando o indivíduo, momentaneamente, de tensões e conflitos. O impulso a repetir visa o retorno ao estado anterior, visa restaurá-lo. Quando se fixa instaura-se o fenómeno da compulsividade. Cria-se uma linha fechada que ignora toda a diferença e perde toda a perspectiva de vectorização e crescimento. Este funcionamento não é sensível à razão, não aprende com a experiência e está virado para o reagir.

O mesmo autor defende também que quando a abstinência se impõe, uma descarga acontece. Smadja (1998) insiste que o comportamento pode ter uma função de descarga de uma excitação não simbolizada, referindo a este propósito que “o pensamento operatório é um pensamento motor”.

Os toxicodependentes, muitas vezes, em vez de ansiedade manifestam agitação psicomotora “mechem-se, agitam-se, têm claustrofobia, (...) reduzem a ansiedade por meios comportamentais e pelo recurso maciço à heroína”.

A descarga/escape pode não servir para resolver o conflito mas, antes, pode ser a via da não desorganização, a via para que tudo possa continuar na mesma. Nesta situação o retorno ao mesmo (recaída) está para lá do prazer, realiza-se em virtude da tensão/desprazer/conflito e é revelador do fracasso da objectalização.

4. 2. Uma vinculação perigosa

O substrato neural da adição é, como já foi referido, o lugar das regulações biológicas para a sobrevivência.

Sede de instintos e de impulsos, importante na modelação das emoções e dos sentimentos, é o local das nossas memórias mais primitivas, o local onde a natureza escreve a sua utopia de prazer.

A acção das drogas nestes locais promove uma “mentira” fisiológica mortal que é também uma mentira relacional. Confundindo receptores e trocas iónicas subverte o modo como o corpo é representado no cérebro; despojado do seu valor para a mente, o corpo separa-se desta.

Segundo Coimbra de Matos o corpo e as suas funções desorganizam-se (analogicamente fica psicótico é a somatopsicose). Forma-se uma protamente apenas operacional que não sonha (na falha da construção de uma verdadeira mente, que constrói relações mentais com profundidade afectiva a três dimensões). Os estímulos afunilam-se, os sentidos não valem nada e os raciocínios também não. O toxicodependente não tem fome, nem apetite sexual, não se sente doente, não se defende dos perigos, não luta por nada... excepto pela disponibilidade da droga.

É um sistema que se fecha, que se incomunica, como que convencido que se basta a si mesmo. Apesar do corpo “continuar a falar”, as dificuldades de percepção diacrínica levam à “despreocupação cerebral” (resta uma percepção protopática - grosseira, não discriminada)⁷⁹, ficando em risco a sua integridade e sobrevivência.

Esta incomunicação situa-se ao nível orgânico e também ao nível social. O toxicodependente homogeniza as suas relações e limita o seu mundo.

Segundo João Curto (2001), privando-se da diversidade experiencial e suspendendo o fluir da cronologia da sua própria história, o toxicodependente adquire uma existência acrónica (sem tempo), ucrónica (em tempo nenhum) e também atópica (sem lugar) e utópica (em lugar nenhum) constituindo-se um ser intersticial, sem profundidade, sem subjectividade, banal.

⁷⁹ Comunicação oral Coimbra de Matos (2002)

Independentemente do que foi o indivíduo antes do encontro com a droga, é um facto que esta nova relação o vincula profundamente, como se repetisse a sua gestação numa outra matriz gerativa, “ a mãe droga”.

Desde os primeiros tempos, durante o “ período fetal” de conhecimento e intimidade com a substância, vai-se estabelecendo a sensibilização, a tolerância e a dependência.

Na relação precoce, a “mãe droga” invasiva e dominadora, impõe ritmos, orienta a organização do espaço e do tempo manipulando a espontaneidade e subjectividade do indivíduo. É toda uma experiência sensual e motora que preserva a união à droga.

Já na senda da toxicodependência, como vítima, revela-se o traço identificativo, a constelação sindromática que caracteriza a patologia da adição como a sujeição aos comportamentos de procura e consumo de drogas.

São vários os autores que referem que os toxicodependentes ainda que constituindo um grupo heterogéneo de indivíduos, são semelhantes nas dificuldades de relação interpessoal, nas perturbações do pensamento e funcionamento do ego, na actividade ideo-verbal reduzida, etc.

Se por um lado, e segundo Coimbra de Matos, podemos encontrar, desenvolvimentos psicopatológicos prévios à toxicodependência que espelham por exemplo, uma organização essencialmente narcísica (morte do sujeito social e auto-idealização), ou depressiva (perda da relação amorosa uma vez esgotado o compromisso neurótico), ou psicótica (restituição imaginária da relação objectal), ou psicossomática (hiper-adaptação pragmática),... por outro lado o consumo reiterado de drogas é entendido como agente causal ou co-responsável do emergir de perturbações da personalidade (borderline, narcísica, anti-social, alexitímica), distúrbios afectivos, doenças psicóticas, neuroses,...

Numa perspectiva sistémica Khartzian e Treece (1985) afirmam conclusivamente que *“os efeitos das drogas usadas e os estados emocionais e defensivos do dependente vão-se interpenetrando inextrincavelmente e influenciando mutuamente”*.

É que, como defende Amaral Dias, os toxicodependentes apresentam de facto uma grande variedade de estruturas de personalidade que regridem para um “ponto comum” por influência do consumo das drogas, não havendo, necessariamente, personalidade (s) e/ou psicopatologia (s) predisponentes/desencadeantes.

Tomando a proposta de Taylor sobre o traço alexitímico de muitos toxicodependentes, pode-se ainda assim desenvolver uma reflexão sobre a forma como se gerou o processo das relações de objecto nos predispostos à adição.

Neste pressuposto e segundo Coimbra de Matos, a alexitimia é apenas aparente; a vinculação infantil de tipo funcional (real/imaginária - concebida) a existir, seria resultado de uma “imaturidade afectiva”, uma “atimia da evolução” decorrente de insuficientes cuidados maternos básicos (constantes, consistentes, reconfortantes). Uma mãe desligada, incapaz de despertar o sonho, o desejo e a esperança no seu filho, deixaria o sujeito com a sensação de relação vazia, à mercê das suas tensões internas (falta da função de para-excitação da mãe) e com os processos de desenvolvimento dos afectos e da mente, atrofiados. Assim desprovido não desenvolve um verdadeiro Super-Eu e um Ideal-de-Eu.

Nestas circunstâncias estes indivíduos têm quase apenas sentimentos de “conforto/desconforto, apatia/elação, vazio/plenitude, dor/prazer”; a representação que fazem de si mesmos é de impotência e desvalorização; muitos sofrem de humor depressivo, desesperança e falta de entusiasmo, mas não desenvolvem uma verdadeira depressão (porque não chegaram a sentir ou a conhecer ser-amado); muitos desesperam-se na procura de objectos de apego. É que a “tensão ansiosa” (angústia sem nome), a raiva e o medo, associados à sensação de “falta-de-algo” (que não sabe o que é, mas que será afinal a falta de afecto do objecto), leva à busca incessante do alívio destas emoções/sensações desagradáveis; como faz notar, o toxicómano regride o seu investinte aos parâmetros da oralidade e a relação fantasmática que estabelece com a droga securiza-o e preenche um qualquer vazio existencial. (Matos, C., 2000)

Uma série de factos observados na clínica justificam esta proposta explicativa: a fraca capacidade de auto-cuidados e de auto-alívio de tensões internas, a dependência de cuidados externos (substâncias, pessoas), a fuga às relações inter-pessoais (poderão senti-las invasivas, desinteressantes, stressantes) que, quando se estabelecem, são frequentemente de uma dependência extrema,....

Escotomizado e anestesiado em consequência da acção tóxica das drogas, o sujeito não é suficientemente afrontado pela realidade e as relações de objecto que

estabelece são pouco individualizadas e pouco fecundas; distanciando-se o mais possível de si mesmo, elimina desta forma, também, a relação com o outro o que exclui esta possibilidade de conflito psíquico.

A realidade existencial do adicto, tal como os seus conflitos, é-lhe, frequentemente, exterior (ao gosto dos psicossomáticos). Neste sentido silencia-se numa ilusão de apaziguamento que adia o confronto com qualquer impasse possível.

Digamos que a droga pode promover um eficaz funcionamento psicossomatizante adiando a uns, o sofrimento, a outros, apagando as chamadas da mudança e/ou da revolta e conformando-os às exigências sociais.

Não fosse o incómodo das condutas delinquentes associadas, e talvez a sociedade (afinal também ela factor predisponente), não fosse tão castigadora destes indivíduos.

Segundo Mendes Pedro a toxicodependência é uma patologia de objecto único onde o conflito narcísico encontra solução na droga auto-administrada com a qual o sujeito faz corpo e que lhe garante uma identidade de superfície, relações impessoais apaziguadoras e a exclusão da subjectividade.

“...resulta a perda de interesse por tudo o que diz respeito ao imaginário, ao inconsciente à interioridade”⁸⁰

As pessoas drogam-se para se acalmar e/ou energizar, para sentir os efeitos das substâncias e/ou para os combater. No limite deste processo instala-se a patologia do círculo vicioso. O quadro sindromático que se encontra e que permite caracterizar a doença numa unidade fundamental é, segundo Mendes Pedro, uma *“relação negativa com o imaginário, com os sonhos e com os ritmos biológicos, prisioneiros de uma situação de círculo vicioso”*.

Segundo Amaral Dias, (1997) o consumo de drogas instaura um regime farmacotímico (a regulação dos afectos e dos comportamentos fica por conta da dose diária de heroína com um ritmo próprio e controlável e, aparentemente, independente da relação com outros ou com as emoções próprias) a partir do qual a *“regressão se opera e o comportamento e o afecto se empobrecem”* dando lugar a carências ao nível das identificações e conseqüente falha na estruturação dos mecanismos de defesa.

⁸⁰J. Bergeret e M. Fain, citados por Mendes Pedro (2001).

Esta situação de impasse específica dos estados aditivos cessa, ainda segundo Mendes Pedro, quando surge patologia psicológica e/ou orgânica (como é consentâneo com a epistemologia psicossomática).

O toxicodependente priva-se de uma parte essencial do real que é o território onde acontece a comunicação interpessoal (passam a existir apenas as ruas, os bairros, os lugares e os sujeitos da transacção); priva-se também das referências que lhe dão o lugar de pertença e o posicionam na relação com os outros, com o mundo e consigo próprio.

Limitadas as experiências enquanto pessoa (sem território, sem referências, sem narrativas, sem ritmos relacionais, sem conflitos) e alterado o metabolismo inerente ao corpo, fica carente de afectos e de unidade.

Vivendo virtualmente, sem dar por isso, consubstancia a sua volatilidade no depauperamento físico, na diminuição da actividade mental, no estreitamento da consciência,...

A memória empobrecida e a privação da imaginação, constroem uma individualidade sem pessoa; a tentativa de condensação num só, do passado do presente e do futuro, ultrapassando o próprio tempo (como também o quer a civilização moderna) cria a ilusão do “viver intensamente” (que está na moda).

Por outro lado são muitos os autores a referir que os toxicodependentes experimentam as emoções de uma forma indiferenciada, generalizada e por via somática (não sendo possível discriminar entre sentimentos depressivos e ansiosos), são alexitímicos.

Segundo Taylor (1997) a alexitimia, embora possa ser considerada característica universal, presente em graus variados, nos seres humanos, manifesta-se nos toxicodependentes em fase de abstinência duradoura sugerindo tratar-se também de um traço estrutural de personalidade. Este autor defende por outro lado que, como os toxicodependentes têm defesas imaturas e inadaptadas, a alexitimia constituiria uma resposta situacional (defesa contra esta inadequação) em relação a emoções desagradáveis.

Pela minha experiência com toxicodependentes é de facto frequente encontrar nestes indivíduos a formatação do banal; seres acerca dos quais tudo se mostra pura e simplesmente o que é, sem haver nada por trás, sem dinâmica projectiva, sem

imaginário pessoal (quando muito o veiculado pelos mass - media) que dá origem ao “enigma da subjectividade sem sujeito”; o seu contrário é o onírico. A consciência onírica refere-se aos sonhos nocturnos, ao afecto, à fantasia, à alucinação, ao jogo, ao humor, à transferência,... e no toxicodependente, a droga, assumindo ilusória e estereotipadamente todas estas responsabilidades, produz o fantasma e faz definir o “órgão” onírico, garantindo-lhe um funcionamento caracterial.

Por outro lado as drogas intoxicam os circuitos nervosos, alteram a rede PNIE , interferem na sua funcionalidade e objectivos. Consequentemente, estabelecem-se profundas modificações metabólicas, hormonais, iónicas, etc. o que, ao nível do grau de activação, promove um estado dormente (que não é vigília nem sono) que apaga a possibilidade de sonhar, a conservação da energia, a recuperação física e psíquica e a consolidação da memória. De uma forma geral, a acção das drogas produz alterações dos neurotransmissores a nível sináptico agindo sobre o sono e as suas fases.

Após a abstinência, muitas vezes, a perturbação do sono mantém-se por meses ou anos, dependendo a sua restauração de muitos factores; uns relacionados com a droga e os seus estragos orgânicos, outros dependentes da capacidade de voltar a investir na sua existência e agarrar as oportunidades da vida.

Mas as alterações do sono e a privação do onírico, não são generalizáveis a todos os toxicómanos. É na relação com a substância, com as circunstâncias temporais e contextuais que se cozinha a toxicodependência de cada adicto.

Nuns, a aniquilação do onírico foi mais eficaz do que noutros e a entrega à droga mais ou menos total.

As características de quem se droga jogam uma cartada importante e diria, decisiva, no prognóstico da doença.

Tanto no uso das substâncias, como durante os períodos de abstinência, há uma redução do sono REM, em especial na primeira metade da noite.

Afastado o sonho, imaturo o Eu (insuficientemente robustecido no confronto ao real), em constante recuo para a identificação com o grupo e muito solitário (incapaz de relações privilegiadas), o toxicodependente desenvolve uma identidade de superfície, como já foi referido.

Efectivamente, sucumbindo à relação tirânica com a droga, fica incapaz de a trair com qualquer outro tipo de ligação.

A partir de certa altura tudo lhe é indiferente e nem nos consumos encontra já prazer.

Um viver maquinal, organizado pelas necessidades de consumo da droga, ditadas por um poder que identifica no seu corpo e ao qual se abandona, regula um estado grosseiro de se estar: bem ou mal.

Sami-Ali faz a analogia com as sociedades modernas dizendo que o seu mal-estar resulta do “domínio interno por um poder anónimo que reproduz à escala do indivíduo, as forças adaptativas que conduzem ao conformismo; é a sujeição consentida a um modelo cultural que engloba o pensamento e a sensibilidade, transformando-o numa autoridade tanto mais eficaz quanto impessoal que deriva de um super-ego corporal e que permite ao próprio corpo definir o seu comportamento “normal” e as suas referências espaço-temporais”.

Pela teoria do incentivo – sensibilização reconhecemos que nos toxicómanos é sobretudo a necessidade que gera os comportamentos compulsivos (inscritos biologicamente no círculo vicioso dos circuitos de recompensa) estabelecendo-se um impasse orgânico.

Pela teoria psicossomática reconhecemos nestes doentes o círculo vicioso instalado ao nível dos ritmos biológicos e o impasse do imaginário.

“A toxicomania é, efectivamente uma patologia de impasses”⁸¹

Quando o germen do conflito se insinua, e se impõe à recordação, é imediatamente neutralizado pela droga ou pelo soporífero; é que a angústia que se solta não é tolerada.

A droga é um eficaz recalador de impasses.

⁸¹Comunicação oral, Mendes Pedro (2001)

Atingindo globalmente o corpo real e o corpo fantasmático, instaura uma instância superegóica que reduz o doente toxicodependente a uma marioneta sem dono, cada vez mais sem si, com um poder anônimo que sincroniza a arquitectura dos seus ritmos biológicos, dos ritmos diários, do sono – vigília, da temperatura, a organização do tempo e do espaço,...

Seguem-se três analogias a justificar as intimidades entre a toxicodependência e a psicossomática:

1ª analogia:

A droga aparece como sincronizadora de ritmos, de afectos, do onírico e inscreve o viciado num cenário, o do grupo de amigos toxicodependentes, o mundo das drogas.

Tal como Coimbra de Matos se refere à psicossomática, podemos dizer que, abordar a toxicodependência é *“abrir esta problemática à mentalização, descongelar a mente e levá-la ao desenvolvimento e expressão imaginária e simbólica”* e, a partir daí, reconhecer os ritmos, o espaço/tempo que modulam a relação droga – indivíduo compreendendo a sua função na economia energética do adicto. O indivíduo passa a ser dois. Aquele que era (e que fica esquecido numa suspensão histórica) e aquele que nasce nesta relação. Este último opera a via da fantasmática que a droga estimula mas, como é uma imaginação em sistema fechado, enreda-se nos impasses da toxicodependência.

2ª analogia

Tal como acontece nas relações de objecto nos primeiros 18 meses de vida (que formam os primeiros núcleos da experiência afectivo - cognitiva), a relação com a droga nos primeiros tempos da toxicodependência, dá lugar a uma *“identificação adesiva”*.

Como diz Winnicott sobre a relação mãe – bebé, podemos pensar a absoluta dependência do indivíduo à droga, como uma ruptura entre *“o dentro”* e *“o fora”*, confundindo-se o viciado com a substância viciante; deste modo constrói um mundo mágico e simbólico que cada vez mais distingue do mundo exterior e anterior.

Um mundo isolado da realidade consensual, um mundo delirante⁸². Constitui-se, assim, uma necessidade secundária a esta “vinculação” que desencadeia no toxicodependente comportamentos específicos (procura compulsiva de droga, craving, interesse por tudo o que se relaciona com o mundo da droga, o “vale tudo” para a conseguir...). A não satisfação desta necessidade provoca uma angústia de perda que, a concretizar-se, estabelece um síndrome depressivo. *“A pulsão visa o encontro e é este que dá prazer”* (Matos, C.); para o toxicodependente a única pulsão é a que visa ir ao encontro da droga, único prazer reconhecível. *“Porque há uma restrição reversa do campo da experiência- concreta e mental”*⁸³

Na opinião de Coimbra de Matos a “relação adesiva” com o tóxico conduz à negação e à denegação alucinatória de uma realidade frustrante porque tão ambicionada como considerada inacessível.

3ª analogia

Numa vertente próxima, a droga pode funcionar como a melhor força recalçadora de conflitos insolúveis, reforçando qualquer tendência prévia, nesse sentido. Digamos que podemos entendê-la como um instrumento eficaz de acesso ao funcionamento caracterial *“na sua vertente do recalçamento eficiente, sem retorno do recalçado”*⁸⁴

A força de adaptação a que se impõe esta pessoa aliena a sua consciência trágica (a subjectividade, a vida onírica), desliga-a de si e dos outros; eclipsa a angústia mas instaura-se o banal.

*“O sentido do banal objectiva-se, coisifica-se, fechando-se sobre si próprio.
 (...) uma baixa considerável do nível energético, (revela-se) supérfluo ao funcionamento superior; alia-se a esta descida uma falta de tensão entre os diferentes sistemas- consciente, pré-consciente e inconsciente- que se encontram num estado de equilíbrio próximo do repouso absoluto”.*

(Sami-Ali, 2002)

⁸² Comunicação oral, Coimbra de Matos (2002).

⁸³ *Idem*

⁸⁴ *Idem*

4.3 Uma adolescência,... uma sociedade

“Mas o homem, em geral, não é feito para ficar sempre na infância (...) (A criança) “torna-se surda à voz que a torna dócil; é selvagem; desconhece o seu guia, já não quer ser governada (...) é aqui o segundo nascimento (...) nós nascemos, por assim dizer, por duas vezes: uma para existir e a outra para viver; uma para a espécie e outra para o sexo” (J.J.Rousseau, Émile, 1762)

A maioria dos toxicodependentes que tenho atendido iniciam o consumo de substâncias estupefacientes no início da adolescência e estes consumos modificam necessariamente as vivências deste período fecundo e decisivo da sua existência.

É que as drogas pelas suas características facilitam comportamentos (pela desinibição, energia e tranquilidade com que iludem), aqueles de que se nutre o adolescer. Talvez por isto e, independentemente do que foi até aí, este jovem, ao tornar-se toxicodependente adia o período da adolescência, pára o seu desenvolvimento.

Quando resolve abandonar os consumos e encetar o caminho interrompido, tem imensa dificuldade, pela frustração que lhe provoca a sensação de já conhecido e gasto, um período que deveria ser de luta, prazer, atrevimento e novidade.

Suspensão

Acerca da adolescência

O processo de adolescer é único e subjectivo; enquanto movimento de crescimento e mudança começou nas narrativas do passado remoto dos genes e das relações primeiras; a adolescência, potência e limitação de um programa em devir, é fase de oportunidades fulcrais de moldagem para um ser mais coerente com o seu desejo, energia e novidade. A adolescência é, então, inquietação e desafio; é ousar e lutar pelo que se acredita e se quer ser; mas é também curiosidade, gosto do risco, aventura e transgressão.

O adolescente, habitualmente transborda de energia e criatividade e apresenta-se rebelde, provocador e instável.

Como diz Coimbra de Matos *adolescer é crescer e a “adolescência é progresso e não regresso, evolução e não involução... é desapego da infância que se acompanha da revisão da relação.”*

A mudança é a essência, o instrumento e objectivo do adolescente. Muda o corpo, a relação com ele e a relação deste com outros corpos e gera-se o confronto entre o corpo real e o corpo desejado. Com a maturidade genital o equilíbrio psicoafectivo e físico adquirido durante a infância vê-se profundamente alterado. É que é preciso afirmar a identidade sexual.

No *adolescer normal* é com alegria e triunfo que o púbere assiste ao seu desenvolvimento sexual corpóreo.

Concomitante a estas alterações muda também o mundo interno: novas sensações, outras relações, dúvidas, fantasias e expectativas; *desidealizam-se* a figura infantil, os pais,... Em conflito dinâmico (Id, Eu e Super Eu) entre a estima do objecto e a estima de si próprio, o Eu centraliza o poder decisório.

Na mudança de objecto de amor e de objectivos o adolescente inaugura um período fecundo onde “tudo pode ser ganho ou tudo pode ser perdido” é, neste sentido um período de crise (oportunidade e risco).

Como vai dizendo C. de Matos, a fantasia na adolescência mobiliza e intensifica o dinamismo psíquico e é através dela que o adolescente busca e remodela a sua identidade, desinveste o antigo e investe o novo. Neste estágio do desenvolvimento, a fantasia terá, segundo Coimbra de Matos, a tripla função de “restituição do afecto à relação, reconquista de vivências perdidas e não integradas (...) prospecção e renovação da relação objectal”.

A imaginação criadora é assim uma função activa dirigida para o futuro no sentido de modificar o mundo e o seu modo de estar nele.

A experiência cultural surge como extensão directa do brincar.

Na adolescência os brinquedos são os assuntos mundiais: os adolescentes brincam com a política, aos pais e às mães, aos jogos, às guerras – e fazem-no de facto, envolvendo-se em riscos reais; se são delinquentes brincam aos ladrões sendo ladrões; se não brincam, poderão ser toxicodependentes, suicidas, etc.

A novidade do seu corpo, do imaginário, da relação com o outro, da capacidade de reagir e agir e da responsabilidade pelos próprios actos, contribuem decisivamente para a autonomia e individuação.

Ele quer construir o seu mundo e até um novo mundo e para isso sonha, sonha em voz alta consciente e livremente. *“Do adolescente que existe em nós, dos catorze aos oitenta anos, depende o progresso da humanidade”* (Matos, C., 2002).

Agita-se o adolescente, tremem os pais e rodopia o mundo ao seu redor.

O adolescente questiona os valores, os interesses, as vontades, as atitudes, os comportamentos, o estilo de relação (barafusta contra a autoridade paterna e outras)...; os amigos ganham um valor insubstituível (olham-se, identificam-se e apoiam-se uns aos outros) constituindo a comunidade fora da família.

Abre-se o mundo e jogam-se escolhas e com elas o preço da perda e o entusiasmo do ganho.

Confirma-se a certeza de que não se pode ter tudo e que para ganhar se perde sempre alguma coisa; surge o confronto com o sentimento de perda, os medos, as inseguranças, as frustrações do desejo...

As mudanças na adolescência obrigam a uma nova comunicação e a um novo diálogo que talvez seja, antes de tudo, a aceitação do adolescente (da sua incerteza, da sua arrogância...) e o respeito pela sua palavra.

Dos conflitos da adolescência, se resolvidos no sentido do crescimento, resulta um ser sexuado, uma pessoa social, um ser de relação para a relação com o outro.

Noutra linha, a da psicopatologia da adolescência, *“os comportamentos negativos são sinal de uma impossibilidade em metabolizar, no plano psíquico, as mudanças que se lhes impõe”* (Vieira A. S., 1991).

Se por razão de traumatismos, separações ou relações objectais patológicas, não for de qualidade a autonomização dos primeiros passos infantis, fica frequentemente prejudicado o adolescer. Refira-se a título de exemplo:

a depreciação e desdém da auto-imagem, das fantasias e desejos sexuais da criança, origem da inferioridade falonarcísica, causa de denegrimiento do self, de passividade do eu, e condição do carácter narcísico e depressivo da personalidade;

uma infância excessivamente dependente e idealizada criando uma espécie de nicho ecológico, também resulta em dificuldades na adolescência; o indivíduo tem menos capacidade de investimento no novo, no diferente e actual e dificilmente se liberta (típico do neurótico).

Quando os pais não desempenham as funções securizantes e nutritivas, a autonomia do indivíduo fica prejudicada e o seu desejo de independência é sobretudo um desejo de encontrar uma melhor dependência extra familiar (Matos C., 2002).

Dar nas vistas é uma forma de vencer a timidez; quando se está triste faz-se de conta que se está alegre, quando se tem medo é-se corajoso; a melhor maneira de esconder um afecto é pô-lo à prova disfarçado...

Eduardo Sá⁸⁵ falando-nos do Luís, um adolescente em risco, cita-o: *“Quando descobrimos que estamos sós, verdadeiramente sozinhos, o mais frequente é entrarmos em pânico. Atiramo-nos para o extremo oposto misturamo-nos em grupos- clubes, equipas, sociedades, categorias. De repente começamos a vestir exactamente como os outros: é a melhor maneira de ser invisível (...) deve-se estar “dentro”(...) do grupo (...) salvos pelo número. Eu não sou eu,(...) Sou um blusão negro numa Honda. Faço parte (...) estamos safos (...) só não consigo perceber por que é que as pessoas embirram tanto connosco (...) até parece que a única forma de agradarmos aos nossos pais é sermos exactamente como eles”*.

Neste rapaz a homogeneidade grupal, ao conferir uma pseudo-coesividade ao self adolescente, oferece um continente uniforme e rígido, projectando ela mesma para fora, aquela parte de si que não pode então ser tolerada (Amaral Dias, 1986); o rapaz do blusão negro numa Honda, escancara cada vez menos o seu orgulho e cada vez mais o seu cinismo.

São as representações de um mundo confuso que se esgota num esforço de parecer independente, positivo e eficaz.

“Compreende-se assim que frequentemente o uso de drogas ou outros tipos de comportamentos não tenha significação patológica em si mas devem ser entendidos em primeiro lugar como uma forma de se dirigir ao outro, em particular ao seu meio” (Morel, A., Hervé, F., Fontaine, B., 1998)

Outra necessidade fundamental do ser humano que a adolescência introduz é a unidade entre os semelhantes reunidos em sociedade, *“esta sociabilidade tem necessidade de um palco, o da moda, o do espectáculo, o da sedução, mas também o da aprendizagem do conflito, o da representação, o da negociação,...” (Morel, A., Hervé, F., Fontaine, B., 1998)*

⁸⁵ Sá, Eduardo. 1997. *a maternidade e o bebé. Fim de Século.*

A sociedade ocidental introduz dois paradoxos que dificultam o processo de crescimento e separação/apego e afiliação, a saber:

- Primeiro paradoxo

Uma estrutura sociopolítica cada vez mais complexa, limitante e acelerada, mudou o estilo relacional entre pais e filhos; enfraquecendo os interditos e aumentando as exigências individuais, o que favorece a expressão de inquietações narcísicas e a necessidade de dependência, diminui as ocasiões de conflito e de oposição.

A comunicação instantânea, o drama a invadir em representações assépticas, o processamento acelerado da informação,... impõem-nos um sentido do eminente aliado, paradoxalmente, à relativa falta de ameaça. Este estado de coisas dificulta um conflitar adequado. (Mota Cardoso, 1995)
Evitar os conflitos favorece uma pseudo mutualidade familiar; a problemática do conflito é substituída pela problemática da ligação. A espontaneidade assim quartada, uniformizando os indivíduos, estigmatiza bem fundo a dependência e a submissão ao mais forte.

- Segundo paradoxo

Ao mesmo tempo que estimula os movimentos de autonomia e de liberdade (promovendo a maturação sexual que é também afectiva), esta sociedade dificulta o acesso a um espaço-tempo próprios, extingue os rituais iniciáticos (exames escolares, serviço militar, primeiras relações sexuais, ...), e atrasa a passagem à idade adulta.

Este paradoxo é gerador de conflitos de espaço, regras, concepções de vida, autoridade,... (conflitos de gerações) porque a reivindicação de uma condição de adulto é espartilhada no estatuto de dependência em que o sujeito se encontra.

- Terceiro paradoxo

O campo de investigação de crianças e adolescentes é, simultaneamente, cada vez mais real e virtual. As TIC (tecnologias da Informação e

Comunicação) abrindo universos de extraordinária criatividade induzem o adolescente a procurar aí referências para o seu próprio caminho. Tirando o indivíduo da experiência do real (aprendizagem que se faz no prazer do acto e a palavra também é acto,...) defende-o do risco, do confronto vital e assim do necessário stresse da vida.

Com Eric From acredito que esta é uma sociedade que acena o sonho da independência, da liberdade e da autodeterminação, ao mesmo tempo que limita os indivíduos a um espaço, tempo e ritmos apertados, pré-estabelecidos, a que eles, para sobreviverem, devem adaptar-se.

“ A experimentação de novas sensações fortes, de novos prazeres e de comportamentos atribuídos à idade adulta (beber, fumar, conduzir, etc.) são assim comportamentos de risco não só inevitáveis mas geralmente dinâmicos e criadores de conhecimento de si, portanto, de identidade” (Morel, A., Hervé, F., Fontaine, B., 1998)

Os comportamentos de experimentação tornam-se de risco sobretudo em adolescentes vulneráveis (feridas afectivas, traumatismos de infância, alcoolismo do pai, depressão crónica da mãe, ...) O consumo de drogas, pode ser visto pela óptica da experimentação de novas sensações. No entanto, se perder a dimensão ordálica, relacionando-se com a lei do menor esforço, com o medo, com apaziguamento mágico do sofrimento, está muito ao jeito da nossa sociedade de consumo que se esqueceu, pela velocidade com que vive, das memórias de alegria e força que a expressividade lenta da imaginação e o prazer de vencer obstáculos, oferece aos criativos e afectuosos seres humanos.

É que, só os confrontos efectivos com a realidade permitem desenvolver a capacidade de integrar as experiências de “ganhar e perder”, de “prazer e frustração”, de “sonho e medo”, essenciais ao processo de amadurecimento.

A dependência a drogas, adormecendo estes confrontos, aborta o processo geral de crescimento sem o qual a vida, como um fruto verde que se arrancou prematuramente à seiva e ao sol, dificilmente realiza a doçura do seu paladar e perfume.

A toxicodependência é, neste sentido, doença psicossomática, a droga o seu agente etiopatogénico e o toxicodependente um doente em impasse(s).

Talvez agora esteja mais próxima da essência do fenómeno psicossomático do toxicómano, o que me aparece à consciência como

“aquilo por que tudo faz sentido”

5. CUIDAR UM TOXICÓMANO

A toxicodependência é a caricatura de inúmeras alienações modernas; nela o indivíduo é completamente solicitado a fornecer a sua corporalidade, a sua estrutura de personalidade, a sua narrativa de vida; mas a toxicodependência torna-se também o suporte da sua emancipação. Desta forma quando se instala, a adição toma posse da intimidade social, psíquica e biológica do indivíduo que não sai dela sem um profundo rearranjo da sua identidade e das relações com os outros.

As drogas podem surgir, neste contexto, como vias fáceis e eficazes de transformação mágica da realidade, do próprio e do meio envolvente. Assim transformado na fantasiosa relação com a substância e com os pares, tem a ilusão de que se transformou noutra e que mudou o mundo; simula, instantaneamente o seu adolecer, sem nele entrar.

Consequentemente as abordagens terapêuticas desenvolvem-se, necessariamente, em três dimensões: social, biológica e psicológica

Pela heterogeneidade desta realidade clínica, a reflexão e acção em matéria de toxicodependência, regem-se pelos princípios da pluralidade, da transdisciplinaridade (não significando uma intervenção global confusa e niveladora do pensamento), da interactividade (e como fenómeno dinâmico garante esperança à sua abordagem) e da reversibilidade (a maioria dos factos ganha feição de causa ou efeito, alternadamente).

“A droga e a toxicodependência são campos minados de paradoxos e de contradições: multiplicidade de produtos e consumos, diversidade de intervenientes e discursos, inconsistência dos conhecimentos, oposição dos modelos, incerteza das políticas,...” (Morel, A., Hervé, F., Fontaine, B., 1998)

Seja como for, o tratamento da toxicodependência visa, antes de tudo,

“favorecer uma mudança e uma dinâmica pessoal que não se pode realizar sem o suporte de uma relação e sem partir do concreto da situação do indivíduo” (Idem)

É na aliança terapêutica com cada toxicodependente (e sua relação particular com a substância e com o mundo) que se determinam os eixos e modalidades do tratamento.

A negação da dependência e a incompreensão do sofrimento dela decorrente, são responsáveis por uma grande parte do insucesso terapêutico, e por inúmeros dramas humanos. É que mais do que dependência da substância, o que acontece é dependência da experiência vivida e os processos são por isso complexos, multifactoriais e circulares.

“O toxicodependente vai fazendo a sua própria evolução e o sucesso é mais determinado por essa maturação do que pela qualidade técnica do último recurso utilizado...” (Costa, N. Félix, 1998).

Também os objectivos terapêuticos são variados e muitas vezes não consensuais: Os nossos objectivos... Os objectivos deles...Os objectivos da família...Os objectivos da sociedade...Os objectivos agora e amanhã...Os objectivos em conflito!

Ainda assim podemos definir:

Como objectivos globais do tratamento do toxicodependente:

- ⇒ restaurar suficientemente a sua liberdade de pensamento e de acção
- ⇒ compreender e modificar os factores que presidiram à utilização das drogas

Como objectivos intermédios promover:

- ⇒ a desabituação das drogas
- ⇒ a integração social
- ⇒ a escalada do crescimento pessoal
- ⇒ comportamentos protectores
- ⇒ a modificação dos hábitos de risco
- ⇒ a prevenção e tratamento de doenças infecciosas e/ou outras doenças concomitantes...

De qualquer forma, eles procuram-nos! Procuram-nos e estão a dar-se uma oportunidade, habitualmente porque se encontram numa qualquer situação que reconhecem de limite, no que respeita à manutenção dos consumos.

Quando nos procuram esta pode ser uma oportunidade deveras significativa, terapêutica; a nossa esperança é a sua esperança.

São, entre outros, pressupostos para o estabelecimento de uma relação de confiança: a disponibilidade do toxicodependente, o reconhecimento do interesse verdadeiro e respeito, por parte do terapeuta, a firmeza e transparência, a responsabilidade e o afecto na relação terapêutica.

O processo terapêutico é longo e multifásico: é determinante ter consciência deste facto e, conseqüentemente, da importância de:

- partilhar a definição de metas claras a curto, médio e longo prazo.
- responsabilizar o doente sempre e só na medida em que pode ser responsabilizado.
- analisar e valorizar conjuntamente avanços e recuos.
- ter presente a origem e conseqüências multifactoriais do problema

As perspectivas focadas ao longo deste trabalho, parece validarem as propostas de abordagem terapêutica que passam pela recuperação e reconhecimento do corpo (das suas funções e dos seus limites) e pela harmonização dos ritmos biológicos e por técnicas que visem o reforço do investimento narcísico primário.

O toxicodependente poderá escapar do conflito da sua dependência, se se desvincular das drogas, definitivamente, reconhecendo outras pulsões na vida, outros encontros, e se for capaz de acolher com liberdade e realismo a sua existência.

Na relação terapêutica, reinstaurar a dialéctica do outro, como alteridade, favorece a reconstrução da sua capacidade para criar elos satisfatórios e mantê-los.

Na relação de transferência, ao retomar o processo de desenvolvimento suspenso ou abortado pela carência afectiva objectal, restaurando o narcisismo primário, pode facilitar a transformação da arrogância em orgulho e este em respeito por si próprio e pelo outro, alicerces da auto-estima e recuperação do bem-estar.

Reencontrado com o seu Eu adiado, suspenso lá atrás na adolescência, confronta-se com os conflitos temporariamente suprimidos.

E assim, em stresse, em crise, oportunidade e risco jogam-se para a vida.

De recaída em recaída vamos observando, ele e eu, mudanças, progressão, crescimento...

A par e passo, constitui-se em mim, por mim e para mim, o seu silêncio e a sua palavra, o seu imobilismo e potencial, o seu afecto. Aí nos detemos os dois.

Com Coimbra de Matos quero crer que

“as réstias de luz e as perspectivas de saída do imbróglio vêm da inovação; e esta nasce da solidão... saiba o homem partir só para a aventura da vida (...) estar só é também ser diferente; e aceitar a diferença no âmbito da semelhança com os outros; (...) e então o encontro com o outro será um pacto de solidariedade (...) (e) o homem (ser) criador na relação “genital”, (pós-edipiana), com o seu semelhante”.

6. Conclusão

A Psicossomática é outra vez a pergunta primordial sobre o *Ser* que somos, sobre essa unidade que nos inquieta.

Este consenso de unidade não foi no entanto capaz de gerar metodologias adequadas para apreender e explicar os factos. Nenhum método até hoje conseguiu proporcionar uma imagem dos processos patológicos que integre todos os dados somáticos e psíquicos.

A procura da psicossomática é enorme e fundamental para a compreensão do estado actual da humanidade nas suas angústias e desafios; para prevenir doenças, para curar doentes e ajudar o homem na luta pela sobrevivência que queremos seja mais uma luta e conquista de vivências genuinamente humanas.

A Psicossomática é uma inevitabilidade para aqueles que, de olhos bem abertos, *escutam* o seu e o coração do mundo e peregrinam a vida com coragem, questionando e questionando-se em cada contemplação activa nas paragens de descanso.

Procura o indizível e inefável desse todo que é maior do que a soma das partes, não descoberto pelas buscas psicogénicas, nem organogénicas, nem bio-psico-sociais; provavelmente, nem mesmo pelas mais sábias e humildes buscas psicossomáticas que, ainda assim, têm o mérito de, porque determinadas na multideterminação patogénica, se afastarem das ratoeiras simplistas e enganosas que o *Ser* prepara.

A Psicossomática foi e é uma intuição, uma atitude práxica do clínico (seja bruxa, curandeiro, médico ou psicólogo); é a intuição e a atitude de quem só pode aceitar a pessoa como unidade soma/psique; para quem a multifactoridade é mais do que evidente; de quem percebe o adoecer enquanto perturbação ou desequilíbrio do *Ser* total; de quem vê a doença como

“um drama existencial, uma afecção (afeição) mórbida, resultante de uma relação agente/sujeito alargada a todos os níveis de inter-relação, do molecular ao celular, do tecidual ao orgânico, do organismo à constituição deste, à individualidade, à Pessoa, díade, família, trabalho, comunidade, cultura e finalmente Biosfera.”

(Cardoso, R.M., 1998)

Mas a Psicossomática é também um novo paradigma, um paradigma nascente, um olhar novo, um olhar de novo para uma velha questão.

Paradigma enquanto definidor do nível de organização hierárquica dos sistemas naturais, para nele determinar o locus do transtorno, o seu contexto causal e o tipo de resposta/defesa do indivíduo-alvo.

Novo porque determina esse locus na Pessoa e na sua unidade.

Paradigma nascente porque procura outras formas de fazer Ciência, outros métodos e instrumentos de pensamento e de abordagem científica que permitam maior abrangência na compreensão do transtorno ao situá-lo na pessoa, *Ser total*

A *velha questão* é aquela que se detém sobre a convivência íntima soma/psique que nos *entra pelos olhos dentro* e que se mantém inexpugnável à vontade do homem em perscrutar-lhe os recantos, as dimensões, em desvendar-lhe os paladares e os segredos... A velha questão é a luta constante da vida que remonta ao dealbar da história da humanidade e da medicina.

“nossa individualidade inacabada, sensível aos acontecimentos e encontros, a querer-se Ser –em – devir, enquanto Ser –em – stresse que, por isso, sofre”(Cardoso R.M.,1998)

O *olhar novo*, um *olhar – de – novo* para ali, onde está a *Pessoa*, parece-me ser o que de verdadeiramente inovador tem a Psicossomática; é que este olhar está impregnado de subjectividade; é um olhar ousado que procura o encontro e que, se deixa conhecer e conhece no olhar do outro, aceitando o desafio daquela relação particular (instrumento da transformação que desde sempre deu asas aos homens e luz à sua ignorância/sabedoria).

Um olhar de novo porque é um olhar “corpóreo” para um outro corpo. É no corpo que somos que acontecemos e sentimos quem somos.

“O corpo sabe antes do pensamento saber. O pensamento vem a correr atrás, mas, nas verdadeiras situações vivenciais, já vem tarde (...)

e quando o pensamento me diz quem sou, embora tarde, faz sentido ou não; e se não, é o sofrimento, o non- sense da não justeza.

(Cardoso, R.M., 1999)

Olhar para aquela pessoa, toda ela a responder de forma singular ao stresse da vida que se exprime num espaço, tempo e ritmo próprios, a revelar a sua crise (oportunidade e risco de ser). Olhar para aquela pessoa situada que se sustenta de narrativas que a individualizam, reais ou imaginárias, saborosas de referências e lugares particulares.

BIBLIOGRAFIA

- Balint, E., Norell, J.S. *Sei Minutos para o Doente, Interações na Consulta de Clínica Geral*. CLIMEPSI Editores.
- Cardoso, R. Mota (1999). *O Stress na Profissão Docente. Como prevenir, como manejar*. Porto Editora.
- Damásio, A. R. (2001). *O erro de Descartes Emoção, Razão e Cérebro Humano*, Publicações Europa América.
- Dumet, Natalie (2002). *Clinique des Troubles Psychosomatiques, Approche psychanalytique*. Dunod, Paris.
- Entralgo, P. L. (2002). *O Que É O Homem ?*. Editorial Notícias, Lisboa.
- Fromm, E. (1993). *El Arte de Amar*, Paidós Studio, Barcelona.
- Guyton, C. Arthur (1976). *Tratado de Fisiologia Médica*, Editora Interamericana.
- Lopes, Guimarães (1993), *Clínica Psicopedagógica Perspectiva da Antropologia Fenomenológica e Existencial*, Edição Hospital Conde de Ferreira.
- Matos, A. C. (2001), *A Depressão*, CLIMEPSI Editores, Lisboa
- Matos, A. C. (2002), *O Desespero*, CLIMEPSI Editores, Lisboa
- Matos, A. C. (2002), *Adolescência*, CLIMEPSI Editores, Lisboa
- Matos, A. C. (2002), *Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica*, CLIMEPSI Editores, Lisboa
- Matos, A. C. (2002), *Mais Amor, Menos Doença, a psicossomática revisitada*, CLIMEPSI Editores, Lisboa
- Morel, A., Hervé, F., Fontaine, B. (1998) *Cuidados ao toxicod dependente*, CLIMEPSI Editores, Lisboa
- Ouakinin, Sílvia R. S.(2000), *Psicoimunologia e SIDA, Factores Psicosociais , Parâmetros Imunológicos e Evolução da Infecção pelo VIH*, Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA.
- Pendleton, D., Schofield, T., Tate,P., Havelock, P. *A Consulta Uma Abordagem à Aprendizagem e Ensino* Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto, 1993
- Rosental, M.M. e Iudin, P.F. (1972). *Dicionário Filosófico*. Editorial Estampa.
- Rosenzweig, M. R., Leiman, A.L. e Breedlove, S.M. (2001). *Psicología Biológica: una introducción a la Neurociencia Conductual, Cognitiva y Clínica*, Ariel Neurociencia.

- Sá, E. (1997). *A maternidade e o bebé*, Fim de Século Edições
- Sami-Ali. (1991). *Pensar Lo Somático El imaginário y la patologia*. Paidós Psicologia Profunda.
- Sami-Ali. Cady, S. Froli, G. Gautier, M., Gorot, J., Pedro A.M., Robert, M., (2001). *Sonho e psicossomática* Dinalivro, Lisboa
- Sami-Ali. (2002). *O Banal..* Dinalivro, Lisboa.
- Soares, I. e col. (2000). *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in) Adaptativas ao Longo da Vida*. Quarteto Editora
- Silvestre, M. Joana P. C. (1998). *O (Jovem) Adulto e a Problemática da Vinculação*, da Tese de Mestrado em Psicologia Clínica do Desenvolvimento.
- Testut, L. e Latarjet, A. (1979). *Tratado de Anatomia Humana*, Tomo II, Savat Editores S.A.
- Vieira, C. M. Coimbra (1998), *Investigação Quantitativa e Investigação Qualitativa: uma abordagem comparativa.. TESE(_Provas de Aptidão Pedagógica e Capacidade Científica)*. Universidade de Coimbra. Departamento de Psicologia e Ciências de Educação

Revistas

- Revista Portuguesa de Psicossomática Vol. Nº 2 Jul/Dez 99. Sociedade Portuguesa de Psicossomática. Medisa Edições e Divulgações Científicas Lda.
- Toxicodependências, Edição SPTT, Ano 4, nº 3, 1998 Ministério da Saúde Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência.
- Toxicodependências Vol. 6 nº3 (2000) Ministério da Saúde Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência.
- Toxicodependências Vol. 7 nº1 (2001) Ministério da Saúde Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência.
- Toxicodependências Vol. 8 nº2 (2002) Ministério da Saúde Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência.
- Toxicodependências Vol. 9 nº1 (2003) Ministério da Saúde Instituto da Droga e da Toxicodependência

Artigos dispersos

- Carvalho, A. Pato, *Como Comunicam as Células Nervosas*, Revista Colóquio/Ciência, F.C. Gulbenkian, Ano 3, Nº 7, 1993
- Nash, J. Madeleine, *Fertile Minds*, Time, February, 10, 1997

Oliveira, C. Resende, *Neurobiologia das Toxicodependências, Opiáceos – Álcool – Toxicodependências*, Separata do Colóquio "Problemática da Droga em Portugal", Publicações Comemorativas do II Centenário da Academia das Ciências de Lisboa, Set.87.

Sousa, A. Vieira, Programa "Coisas da Vida", RDP, Antena Um, 1991.

Teixeira, J. Marques, *Factores Biológicos e Toxicodependência, Revisão de estudos no âmbito da neurobiologia das drogas*, Toxicodependências, Edição SPTT, Ano 4, nº 3, 1998

I Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Psicossomática. (1999) *Colectânea de textos*, Marina Dinis Editora, Lisboa

Consultas na Internet

Cardoso, R.Mota, *Viagem pela Patologia Quotidiana Do Pátio das Cantigas ao Portugal dos Pequenitos*, Sociedade Portuguesa de Psicossomática, WWW.SPPS.pt (disponível em Maio de 2002)

Matos, A. Coimbra, *Psicanálise, Psicossomática e Imunidade*, Sociedade Portuguesa de Psicossomática, WWW.SPPS.pt (disponível em Maio de 2002)

Milheiro, Jaime, *Psicossomática Estrutura: O Facto Psicossomático*, Sociedade Portuguesa de Psicossomática, WWW.SPPS.pt (disponível em Maio de 2002)

Winnicott, D. Woods, *La Psychanalyse*, <http://pages.globetrotter.net/desgros/winni/> (disponível em Junho de 2002)

Winnicott, D. Woods, *Les théoriciens de la relation d'objet :La psychanalyse. Les écoles britanniques.* <http://pages.globetrotter.net/desgros/winni/> (disponível em Julho de 2002)

Genton C., *Les années de jeunesse. La psychanalyse – Jacques Lacan* <http://pages.globetrotter.net/desgros/lacan/1901-1930.html> (disponível em Agosto de 2002)

Gambini, C. (1999) *Binswanger e o Pensamento de Heráclito.A fenomenologia de Husserl*, Curso de Especialização em Psicologia Clínica, Psicoterapia Fenomenológico-existencial <http://www.artnet.com.br/~alshzl/mpfbn.htm> (disponível em Setembro de 2002)

Giordani, M. Curtis, *Iniciação ao Existencialismo*, Livraria Freitas Bastos S. A, S.P, 1976 <http://sites.uol.com.br/existencialismo/jasper.htm> (disponível em Setembro de 2002)

Guimarães, C. A. Fragoso, *Carl Gustav Jung e a Psicologia Analítica, Arquétipos e Inconsciente Colectivo. Tipos Psicológicos e Espiritualidade. Humanismo* <http://www.geocities.com/Vienna/2809/jung.html> (disponível em Setembro de 2002)

Magalhães I. Mª e Maia R. L. Santos. *O desenvolvimento da Ciência em Thomas Kuhn.* <http://www.consciencia.org/contemporanea/kuhnisabel.shtml> (disponível em Setembro de 2002)

Morin Edgar, Grandes Educadores-
http://WW2.see.go.gov.br:81/jornal/novo/grandes_educadores.htm (disponível em Setembro de 2002)

Morin, Edgar, *Les Sept Savoirs nécessaires à l'Éducation du Futur*,
<Http://WWW.geocities.com/combusem/MORIN.HTM> (disponível em Setembro de 2002)

Nuñez, Flavio O. *Acerca de la Psicopatología de Karl Jaspers*, *Psicología y Psicopedagogía* Publicación virtual de la
Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL Año I Nº 3 Setiembre 2000
<www.salvador.edu.ar/ua1-9pub01-3-02.htm> (disponível em Setembro de 2002)

Cordua C. e Rodriguez A. Julio *La Fenomenología De Husserl*
<http://espanol.geocities.com/grupos/cl/fenomenologia.htm> (disponível em Outubro de 2002)

Cavalcanti, Helenilda. *O Pesquisador como Hermeneuta*. (Julho 2002)
<WWW.fundaj.gov.br/tpd/138.html> (disponível em Outubro de 2002)