

Jenny Svanberg



A psicologia do

VÍCIO

Blucher

A PSICOLOGIA
DE TUDO

Jenny Svanberg

A PSICOLOGIA DO VÍCIO

Tradução
Sonia Augusto

Título original: *The Psychology of Addiction*

A psicologia do vício

© 2018 Jenny Svanberg

© 2021 Editora Edgard Blücher Ltda.

All rights reserved. Authorised translation from the English language edition published by Routledge, a member of the Taylor & Francis Group

Publisher Edgard Blücher

Editor Eduardo Blücher

Coordenação editorial Jonas Eliakim

Produção editorial Luana Negraes

Preparação de texto Bárbara Waida

Diagramação Guilherme Henrique

Revisão de texto MPMB

Capa Leandro Cunha

Blucher

Rua Pedroso Alvarenga, 1245, 4º andar

04531-934 – São Paulo – SP – Brasil

Tel.: 55 11 3078-5366

contato@blucher.com.br

www.blucher.com.br

Segundo o Novo Acordo Ortográfico, conforme 5. ed. do *Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa*, Academia Brasileira de Letras, março de 2009.

É proibida a reprodução total ou parcial por quaisquer meios sem autorização escrita da editora.

Todos os direitos reservados pela Editora Edgard Blücher Ltda.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Angélica Ilacqua CRB-8/7057

Svanberg, Jenny

A psicologia do vício / Jenny Svanberg ; tradução de Sonia Augusto. - São Paulo : Blucher, 2021.

144 p. (A Psicologia de Tudo)

Bibliografia

ISBN 978-65-5506-120-8 (impresso)

ISBN 978-65-5506-121-5 (eletrônico)

1. Psicologia 2. Vícios I. Título. II. Série.

21-4753

CDD 179.8

Índice para catálogo sistemático:

1. Psicologia

CONTEÚDO

Agradecimentos	9
Introdução	11
1. Vício: do preconceito à compaixão	19
2. O vício é uma escolha?	35
3. Se as drogas provocam dependência, por que nem todas as pessoas se viciam?	53
4. Você pode ensinar novos truques para um velho cão: vício e recuperação	73
5. Segurança em números: alimentando os fantasmas famintos	95
6. Faça amor, não faça guerra: se a política de drogas entendesse a ciência da compaixão	109
Leituras recomendadas	123
Referências	127

1

VÍCIO: DO PRECONCEITO À COMPAIXÃO

No decorrer dos anos, tem havido muitas tentativas de encontrar uma definição abrangente de vício. Você pode ter ouvido sua descrição como uma dependência pouco saudável de um objeto ou experiência, como drogas, apostas, ou até mesmo um relacionamento. Isso está na nossa linguagem cotidiana: quando dizemos “sou viciado em chocolate”, significa que queremos chocolate demais, que talvez comamos demais, com a implicação de que sabemos que estamos fazendo algo que não é bom para nós. Isso não é diferente das definições formais de vício, em que a característica definidora é o uso compulsivo de uma substância (ou a busca de um comportamento) apesar de um desejo de parar e de se ver diante de consequências negativas crescentes. Isso não tem a ver com a quantidade da coisa – quanto você bebe ou fuma –, mas com seu relacionamento com o comportamento. No caso da dependência de drogas, os manuais de diagnóstico psiquiátrico refletem isso nos critérios para um “transtorno de uso de substância”: você usa mais da substância por mais tempo do que pretende; você quer diminuir ou parar, mas não consegue; você acaba gastando muito tempo

em busca da substância; você anseia por ela; a substância impede que você cumpra suas obrigações com o trabalho, a família ou a escola; você continua usando mesmo quando ela provoca problemas sociais ou interpessoais; você se torna “tolerante” (mais sobre isso adiante); ou você experimenta sintomas de abstinência (APA, 2013).

Esses critérios foram desenvolvidos a partir dos estudos históricos do vício, que incluíam ideias ao redor da “dependência de substâncias”, ainda um diagnóstico dentro das diretrizes europeias (WHO, 1992). Ser fisicamente dependente de uma substância significa que seu corpo está acostumado a ela porque você a usou por um período, então você pode precisar de uma quantidade maior da substância para notar seu efeito, algo conhecido como “ter tolerância” a ela. Se parar de usar, você pode ter sintomas de “abstinência”. Qualquer pessoa que teve uma ressaca depois de beber álcool já experimentou sintomas de abstinência associados ao álcool. Se você foi internado em um hospital para uma cirurgia ou um tratamento e recebeu opiáceos como analgésico, pode ter experimentado sintomas similares aos de um resfriado quando voltou para casa, como resultado dos sintomas físicos de abstinência dos medicamentos opiáceos. Na verdade, se tiver experimentado esses sintomas leves de abstinência depois de receber analgésicos fortes, você pode ter uma ideia do que é sentir a abstinência de heroína, pois o cloridrato de diamorfina, ou heroína para uso médico, é comumente usado em hospitais por ser efetivo para aliviar a dor grave. Isso não parece muito ruim, certo? Então por que toda a confusão a respeito de a heroína provocar tanta dependência? Tolerância, abstinência e dependência podem ser associadas a drogas e a comportamentos específicos, mas não são as características definidoras do vício, nem são as características definidoras do uso repetido de todas as drogas (cocaína e anfetaminas não provocam dependência física da mesma maneira que a heroína e o álcool, por exemplo). A dependência física não é sinônimo de vício. Isso pode ser um alívio para quem estiver lendo este livro e acabou de se diagnosticar com um leve transtorno de uso de álcool depois de uma grande noitada, com mais álcool do que o pretendido e uma ressaca no dia seguinte! Claramente, as expectativas culturais também têm um papel aqui. As consequências prejudiciais do vício em drogas dependem em algum grau de circunstâncias pessoais. Se tiver recursos, você pode ser

capaz de manter um alto padrão de vida apesar de ser viciado em heroína e terá menos probabilidade de enfrentar algumas das consequências em potencial, relacionadas a moradia instável ou acesso a tratamento.

Também é importante esclarecer que o *uso* de drogas não é a mesma coisa que o *vício* em drogas, embora drogas e embriaguez possam ter suas próprias consequências negativas. Você não precisa ser viciado em algo para que isso cause dano para você ou para outras pessoas. Todo o espectro que liga uso de drogas e vício em drogas atrai mais desaprovação social e estigma que outros comportamentos potencialmente viciantes, por sua associação à criminalidade, mas será que o vício em drogas é diferente dos outros comportamentos de dependência? O *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-5; APA, 2013), a “bíblia dos diagnósticos”, estabeleceu critérios para diagnosticar outros comportamentos de dependência, entre eles vício em álcool e em apostas, com uma interrogação quanto ao vício em videogames (mais pesquisas são necessárias), mas excluiu comer, comprar, fazer sexo, trabalhar e comer chocolate compulsivamente. Embora isso possa parecer superficial, você pode ter notado que os critérios dados no primeiro parágrafo para diagnosticar transtornos de uso de substâncias poderiam potencialmente ser adaptados a muitos outros comportamentos. E se você substituir a “droga” ou “usar” por estar totalmente apaixonado por alguém que seus amigos não aprovariam? Você anseia pela companhia do seu amor? Você passa mais tempo com ele do que deveria, à custa de suas outras obrigações? Você perde tempo procurando-o ou seguindo-o nas mídias sociais? Isso causa problemas com seus amigos porque você sabe como eles se sentem? Você para de contar a eles sobre esse novo amor e fica cheio de segredos sobre o que realmente está acontecendo e até mente para as pessoas? Por fim, você começa a ver as razões deles, fica bravo consigo mesmo e envergonhado, termina o relacionamento, mas depois acaba voltando mais vezes do que gostaria? Um relacionamento poder ser uma “condição de recaída crônica”? Os processos subjacentes a qualquer comportamento gratificante são os mesmos e todos têm o potencial de se tornar viciantes. O vício é mais um processo que um ponto final, e pode ser entendido como um hábito extremo que se tornou disfuncional e é difícil de quebrar. As recaídas ou tentativas fracassadas de reduzir ou interromper o comportamento de dependência têm sido vistas

como sua essência central: o professor de psicologia Nick Hether (2017) definiu o vício como “uma falha repetida e contínua de evitar ou reduzir radicalmente um comportamento específico apesar de resoluções anteriores de fazer isso” (p. 11).

Os critérios do DSM-5 são baseados num entendimento biológico do vício e da doença mental, que compreende a adicção (e as dificuldades mentais) como doenças cerebrais com causas biológicas. O National Institute on Drug Abuse, nos EUA, descreve o vício como uma “doença cerebral crônica de recaída”, comparando-a com outras doenças como diabetes e doença cardíaca crônica. Existem alguns problemas com essa visão, que vamos examinar detalhadamente adiante neste capítulo. Por enquanto, é importante indicar que um entendimento biológico da adicção é necessário, mas de modo algum suficiente para dar uma visão geral abrangente de um problema tão complexo com raízes em nossa biologia, nossa psicologia e nossos ambientes sociais. Os modelos psicológicos e sociais de compreensão da adicção a colocam em um contexto de desenvolvimento, enfatizando que ela se desenvolve gradualmente no decorrer do tempo e pode ser mais exatamente entendida como uma adaptação aprendida a ambientes específicos, mas que pode se tornar enraizada e compulsiva. Teorias diferentes se concentram em aspectos diferentes da adicção, como ser uma escolha (Heyman, 2013) e/ou um modo de medicar uma dor psicológica ou física intolerável (Khantzian, 1985). Em sua revisão extremamente completa de 98 teorias e modelos de adicção, o professor Robert West e o dr. Jamie Brown, da University College London, desenvolveram uma “teoria sintética do vício”, baseada em uma teoria multifacetada de motivação, que leva em conta os elementos biológicos, psicológicos e sociais desse problema complexo (West & Brown, 2013). A teoria deles é ampla o bastante para abranger as diversas formas de vício e indica que a dependência está relacionada a outros comportamentos em que o racional perde diante de impulsos ou motivações fortes.

Isso ilustra um modo útil de ver a adicção. Não é algo que você tem ou não tem, mas que existe em um espectro com o comportamento normal. Todos nós temos a possibilidade de nos tornarmos viciados em coisas diferentes em alguns momentos de nossa vida, dependendo do que acontece conosco e das oportunidades que estão disponíveis, e todos temos a

capacidade de superar isso. Não é que alguns de nós tenhamos uma doença e outros não. Existem influências genéticas no modo como a adicção se desenvolve, mas ela não pode ser reduzida apenas a uma vulnerabilidade genética, mesmo que isso ofereça um modo atraente de englobar um problema complexo e confuso. Não podemos entender plenamente o vício a menos que estejamos dispostos a nos colocar no lugar daqueles que foram afetados e, para fazer isso, precisamos considerar o papel do estigma no modo como nossa sociedade enxerga o vício.

ADICÇÃO E ESTIGMA

O que você vê em sua imaginação quando pensa em “viciado”? Estamos imersos nas histórias e nas imagens sobre a adicção que estigmatizam e desumanizam as pessoas que se tornaram dependentes, especialmente de drogas e álcool, e isso não poderia deixar de influenciar o modo como pensamos sobre adicção e sobre aqueles que lutam com isso. Os tabloides retratam as pessoas viciadas como anormais, fracas e manipuladoras, ou glamorosas e trágicas. A implicação é que eles escolheram ser viciados. Eles mentem e roubam para alimentar seus hábitos irresistíveis. Eles são sem-tetos, eles se prostituem, eles venderiam a avó por uma dose. Eles são *diferentes de nós*. Essas mensagens criaram os estereótipos do “viciado” e do “alcoólatra” que são vívidos em nossa consciência social e que nos cegam para a miríade de problemas que alimentam a adicção e, depois, a entrincheiram nas comunidades. Elas também nos cegam para toda a gama do que constitui a dependência. O uso de drogas ilegais traz consigo a desaprovação social de realizar uma atividade que foi considerada criminosa. Contudo, existem graus de desaprovação social, dependendo do histórico e do tipo de adicção, e os maiores estigma e indignação moral são reservados para os grupos que já foram considerados “o outro”, por sua pobreza ou cor de pele diferente. Um exemplo disso vem dos números de prisões e de sentenças de prisão para jovens negros nos Estados Unidos e no Reino Unido por crimes relacionados a drogas (Human Rights Watch, 2009). A probabilidade de esse grupo ser preso e condenado por crimes relacionados a drogas nos EUA é dez vezes maior, apesar de taxas

quase idênticas de uso e tráfico de drogas. No Reino Unido, as pessoas negras e de minorias étnicas têm taxas mais baixas de uso de drogas que os outros grupos, mas têm probabilidade seis vezes maior de serem paradas e revistas em busca de drogas, além de uma probabilidade mais alta de serem acusadas de um crime relativo a drogas em vez de advertidas (Eastwood et al., 2013).

Esse estigma e esse preconceito continuam a ter efeitos de longo alcance. Imagine que você está bebendo cada vez mais e começa a ficar preocupado que isso se torne um problema. As coisas começam a sair do controle. Você pode contar a alguém? O que vão pensar de você? O que você pensa de si mesmo nesse ponto? E se o seu uso de drogas estiver saindo do controle, mas você não se identifica com o estereótipo de um “adicto” ou um “viciado”? Todos os seus amigos usam drogas, e está tudo bem, então por que não estaria bem com você? Você se sentiria bem pedindo ajuda? E se você for internado? E se você ficar com um antecedente criminal? O oposto também é verdade. E se você vir como as pessoas tratam os usuários e os viciados em drogas, mas estiver usando há muito tempo, e estiver tudo bem com você e também com todos os seus amigos? As pessoas olham para você com reprovação e o julgam, então porque não assumir o rótulo de “viciado” e jogá-lo de volta para elas? Você nunca se sentiu tão aceito como quando está com outros “viciados”, então assuma que eles são o seu grupo e que você vai ficar com ele. Se as pessoas são tratadas como “escória mentirosa e ladra”, algumas podem tentar viver segundo essa expectativa, outras podem internalizá-la e se sentir envergonhadas com o preconceito.

O estigma que rodeia o uso de substâncias pode nos cegar para as coisas que levaram a isso ou que mantêm o indivíduo preso, como problemas de saúde mental, experiências de infância difíceis ou traumáticas, pobreza ou privação social. Essa atribuição equivocada tem consequências sérias. Muitas pessoas com adições mais severas têm histórias caracterizadas por traumas que a maioria de nós só pode imaginar, e existem altas taxas de problemas de saúde mental entre aqueles que usam os serviços de adicção (mais sobre isso no Capítulo 3). O estigma pode reforçar a vergonha associada com o uso de substâncias e as histórias de trauma, o que torna as recaídas muito mais prováveis. Isso influencia o modo como as famílias e as sociedades veem o vício e o uso de drogas, e tende a disseminar o pessimismo a respeito da

recuperação. Se a vergonha e a desconexão alimentam o vício, criar mais divisões só pode intensificar o problema. Essencialmente, o estereótipo de um viciado é alguém que é moralmente fraco, que faz escolhas ruins porque tem um caráter ou uma personalidade com falhas, uma visão que data do século XVII ou até antes, quando a perda de controle do uso de substâncias e a embriaguez eram vistos como pecados, e os afligidos eram considerados pecadores.

Você vê o efeito desses estereótipos todas as vezes que a adicção é descrita como “autoinfligida”, ou na catastrófica “guerra contra as drogas”, anunciada pelo presidente estadunidense Richard Nixon em 1972 e adotada pela maioria dos outros países, como resultado da forte pressão dos EUA. Essa política enraizou a adicção e a violência em diversas comunidades de todo o mundo e levou as pessoas com vícios a serem desumanizadas em uma extensão tal que é usada em alguns países para justificar a tortura e a morte (Kine, 2017). Se a adicção é uma falha moral, então as drogas são do mal e os viciados devem ser punidos por seus pecados. Parece muito medieval, não é? E, no entanto, continuamos a proibir as substâncias de um modo que não tem relação com a quantidade de dano que elas causam (Nutt et al., 2010), e trancafiemos os jovens e os adultos, em especial aqueles de minorias étnicas e de grupos socioeconômicos mais baixos, por causa de seu uso das substâncias. Um grande abismo se abriu entre o que sabemos sobre o vício a partir das pesquisas e das experiências pessoais e o modo como o vício é compreendido e tratado na nossa sociedade.

ADICÇÃO, DISCRIMINAÇÃO E POLÍTICA

A ideia de que o vício é uma falha moral veio dos movimentos de temperança, impulsionados pela religião, dos séculos XIX e XX. Considerava-se que o “demônio da bebida” levava à pobreza e ao crime e destruía as famílias. Porém, desde os primeiros dias da legislação para controlar o consumo de substâncias, as políticas voltadas para o vício se concentraram em grupos politicamente considerados “problemáticos” na sociedade e foram usadas de uma maneira discriminatória. Os Gin Acts do início do século XVIII tentaram proibir apenas o gim, considerando-o “a principal causa de

todos os vícios e depravações cometidos entre as pessoas de tipo inferior” (Dillon, 2002, p. 52), e os outros tipos de álcool (os que não tendiam a ser usados pelas pessoas pobres) continuaram a ser legais. A proibição do gim foi rejeitada em 1743, depois de distúrbios e violência social em massa, e o Reino Unido não voltou a proibir o álcool novamente, embora tenha havido algumas tentativas. Os grupos de temperança tiveram mais sucesso em outros países, e a proibição do álcool espalhou-se para partes do mundo que incluíram a Escandinávia, a Rússia e os EUA no início do século XX.

No fim do século XIX, Freud estabeleceu as bases das teorias psico-dinâmicas da adicção, que interpretam o vício como uma defesa inconsciente contra o desamparo ou a impotência: uma forma de regular desejos reprimidos ou necessidades não satisfeitas. Essas ideias se desenvolveram substancialmente desde o próprio Freud, que teorizou que as adições só existiam como substitutas para a “masturbação . . . o hábito principal . . . a ‘adicção primal’” (carta de Freud para Wilhelm Fliess de 22 de dezembro de 1897, extraída de Masson, 1985). Essa teoria não foi apoiada por dados empíricos. Alguns anos antes, Freud também tinha escrito o primeiro estudo conhecido descrevendo os usos da cocaína, depois de estudar seus efeitos em si mesmo e recomendar usos terapêuticos da droga como estimulante, para distúrbios digestivos, para asma, como afrodisíaco e como anestésico local (Shaffer, 1984). Ele estava em boa companhia no final do século XIX. Diversas drogas ainda não tinham entrado para a classe de “substâncias pecaminosas” e, embora o ópio estivesse provocando preocupações, ele era comercializado em remédios como o “Mrs Winslow’s Soothing Syrup”, para acalmar bebês em fase de dentição, até a década de 1930.

Quando a proibição chegou aos Estados Unidos no início do século XX, ela na verdade tinha pouco a ver com drogas e mais a ver com racismo e xenofobia. Como no caso dos Gin Acts no século XVIII, as leis, que criminalizaram algumas drogas em vez de outras, concentraram-se especificamente naquelas percebidas como associadas a grupos específicos. Fumar ópio foi proibido em São Francisco em 1875 por causa da associação entre antros de ópio e imigrantes chineses, enquanto a ingestão de ópio por meio de remédios e de “tinturas” usados pelos estadunidenses brancos de classe média permaneceu legal (Musto, 1999). A cocaína e a maconha tornaram-se alvos por causa de seu uso entre as populações afro-americana

e hispânica, com os primeiros partidários da proibição de drogas ilustrando abertamente o racismo por trás das leis discriminatórias. A proibição de drogas continua até hoje, criminalizando aqueles que usam até mesmo pequenas quantidades de substâncias ilícitas, sem estabelecer uma diferença notável entre o uso e o tráfico de drogas. Nos Estados Unidos, quase um em dez homens afro-americanos com cerca de 30 anos está na prisão, e a guerra às drogas tem sido descrita como o maior fator isolado para as desigualdades raciais no sistema de justiça criminal nos EUA (The Sentencing Project, 2013). O livro *Chasing the Scream*, do escritor e jornalista Johann Hari, oferece um relato vívido da história e das consequências da guerra às drogas. Ele descreve a guerra às drogas como uma busca de

respostas fáceis para medos complexos. . . . O público queria ouvir que esses problemas profundos e complexos – raça, desigualdade, geopolítica – resumem-se a alguns poucos pós e pílulas e, se esses pós e pílulas pudessem ser apagados do mundo, esses problemas desapareceriam. (Hari, 2015, p. 44)

Na verdade, a proibição de drogas contribuiu para que a visão moral da adicção se tornasse dominante, ampliou o estigma enfrentado por grupos específicos de minorias na sociedade e, ao fazer isso, contaminou as tentativas de entender e tratar a adicção com mais compaixão.

DA MORALIDADE À MEDICINA

Durante a primeira metade do século XX, os profissionais da medicina e outros argumentavam que a adicção deveria ser entendida e tratada como uma doença, e foram até mesmo presos por suas tentativas de apoiar os viciados na sociedade dominante (Hari, 2015). Ao mesmo tempo, a luta para reconhecer a adicção como uma doença trouxe um enorme alívio para aqueles que eram estigmatizados e excluídos da sociedade e ofereceu esperança de tratamento e cuidado. Em muitos lugares isso ainda acontece. Essa foi uma mudança crucial de paradigma e ofereceu uma abordagem mais compassiva para ajudar as pessoas. Em vez de serem moralmente doentes

e erradas, as pessoas tinham uma doença médica. Não era culpa delas. Isso aliviou o estigma, em alguma medida, e a culpa pessoal. Isso levou à pesquisa de tratamentos eficientes, resultou na produção de remédios para reduzir sintomas de abstinência, manter a estabilidade e suprimir os desejos, e reduziu dramaticamente o dano associado com o uso caótico de drogas e álcool por meio de abordagens de “redução de danos”, descritas no Capítulo 4. Uma compreensão da “adição como uma doença” cresceu junto com a ideia de “adição como uma fraqueza moral” por algum tempo; o vício inicialmente era visto como uma doença que afetava aqueles de fraca moral, antes de passar a ser uma “vulnerabilidade biológica”. Isso foi espelhado no desenvolvimento do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM), cujas definições de adição evoluíram de um sinal de uma personalidade desordenada em 1952 para o espectro de “transtornos de uso de substância” descrito anteriormente neste capítulo.

Hoje, a definição do vício como uma “doença cerebral crônica de recaída” é sustentada por pesquisas que descobriram que as áreas do cérebro responsáveis por gratificação, julgamento, aprendizagem, memória e autocontrole mudam durante a adição, provavelmente em virtude da toxicidade das substâncias. Uma visão biológica extrema considera a adição como biologicamente determinada com uma base genética – uma “bomba-relógio” para aqueles que têm esses genes específicos. Não há cura, mas como é definida como uma doença, ela requer um tratamento especializado por equipes de adição e centros de reabilitação liderados por especialistas médicos e psiquiátricos, e exige que a abstinência seja a única opção para a recuperação em longo prazo. As prioridades de pesquisa giram ao redor de isolar os genes culpados a fim de desenvolver tratamentos médicos. Porém, como o neurocientista e psicólogo de desenvolvimento Marc Lewis (2015) aponta, *todos* os aprendizados mudam o cérebro, e a adição pode ser mais bem entendida como um hábito disfuncional e compulsivo. Ele e muitos outros argumentam que o modelo de doença se tornou um problema e, na verdade, é um obstáculo à recuperação.

Por que o modelo de doença é tão problemático? No início, ele trouxe alívio e compaixão, e muitas pessoas que lutaram contra o vício em álcool e drogas, em especial, o veem como parte de sua identidade. *Eu tenho uma doença, não sou uma pessoa ruim, não é minha culpa.* Ele ainda

fornece uma explicação às famílias desesperadas que querem entender um comportamento que pode parecer incompreensível. Na extremidade mais severa do espectro da adicção, as mudanças cerebrais causadas por décadas de abuso de drogas e de álcool, além de décadas igualmente tóxicas (se não mais) de desnutrição, pobreza, saúde mental ruim e negligência consigo mesmo, podem se tornar irreversíveis. A recuperação dessa posição extrema é mais longa e mais difícil e provavelmente exigirá apoio de especialistas. Isso não é o sinal de uma doença? Embora os debates intermináveis sobre a classificação da adicção possam parecer academicistas, sem relevância para as experiências pessoais de muitos indivíduos, vale a pena considerar por que alguns aspectos do modelo de doença são prejudiciais. O modo como definimos o vício influencia seu tratamento. Entender as falhas do modelo de doença nos permitirá passar para um modelo mais capacitador e baseado em evidências, que não reduz o comportamento complexo apenas à nossa biologia.

DESAFIANDO O MONOPÓLIO DO MODELO DE DOENÇA

Se a adicção é uma doença, ela é única na questão de que algumas de suas consequências são criminalizadas e de que os que sofrem com ela são punidos de uma maneira que não seria aceitável para nenhuma outra doença física. Os rótulos diagnósticos são úteis para possibilitar a comunicação e o planejamento de tratamentos. Por exemplo, se o único modo de acessar o tratamento é recebendo um diagnóstico médico, você pode ver por que o rótulo vale a pena. Contudo, ver a adicção como uma doença também pode aumentar o estigma. Diagnósticos de problemas mentais e emocionais levam a suposições de que as pessoas que experimentam essas condições são menos previsíveis, menos em controle e menos responsáveis por suas ações (Buchman & Reiner, 2010). E o que isso faz com aqueles que têm a “doença”? Para alguns, como já discutido, isso pode ser um alívio e uma explicação para comportamentos e situações que podem parecer incontroláveis e avassaladores. Isso pode fornecer uma identidade positiva como um “dependente” ou um “alcoólatra”, que oferece uma

conexão com outras pessoas em grupos similares, como os programas de 12 passos semelhantes ao dos Alcoólicos Anônimos (AA). Para outros, isso pode pendurar um rótulo indesejado ao redor de seu pescoço, do qual é difícil se livrar, e reforçar a dicotomia já existente “nós-eles”. Embora a metadona, por exemplo, seja uma parte importante do tratamento de drogas e possa sustentar a estabilidade e reduzir o dano, aqueles que a tomam sob supervisão em uma farmácia, algumas vezes, descrevem sentir-se como “párias . . . cidadãos de segunda classe . . . ela o exclui da sociedade”. O ato de precisar da metadona, um medicamento prescrito, tornou-se estigmatizante por si mesmo.

Esse modelo também distorce nossa compreensão da adicção para a extremidade mais severa do espectro, o que alimenta o pessimismo em relação à recuperação. Cerca de 10% dos 250 milhões de pessoas em todo o mundo que usavam alguma droga ilegal em 2013 tinham problemas com seu uso (UNODC, 2015), um número que se mantém nos diversos tipos de comportamento de dependência. Isso não diminui a gravidade da adicção, mas é importante reconhecer que esta não é norma, mesmo quando há exposição a comportamentos ou experiências que poderiam ser viciantes. Pode ser surpreendente saber que a recuperação da adicção é a norma, e quase todas as pessoas acabam parando ou reduzindo os comportamentos de dependência por si mesmas ou com o apoio de suas relações sociais e seus recursos pessoais. Muitos são capazes de continuar usando sua substância preferida, mas de um modo mais controlado e menos danoso. Esse é um desafio ao mantra do AA: “uma vez um alcoólatra, sempre um alcoólatra” (AAUK, 2017). A American National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC – pesquisa epidemiológica nacional estadunidense sobre álcool e condições relacionadas) pesquisou 4 mil pessoas que tinham um histórico de dependência do álcool e descobriu que metade havia se tornado abstêmia ou reduzido substancialmente a quantidade de bebida no ano anterior. Outros 25% tinham melhorado um pouco, e entre todos que haviam reduzido sua bebida, apenas 25% haviam buscado ajuda especializada. A maioria se recuperou e fez isso sem tratamento formal (Dawson et al., 2005). Isso não se aplica apenas ao álcool. A grande maioria das pessoas dependentes de nicotina, maconha e cocaína também para de usar sem tratamento (Lopez-Quintero et

al., 2011), e “números significativos” de pessoas viciadas em opiáceos se recuperam naturalmente (Waldorf & Biernacki, 1981).

Então, o que causa essa recuperação natural? Nas décadas de 1960 e 1970, houve sugestões de que as pessoas que foram tratadas para vício em heroína recuperavam-se aproximadamente na mesma taxa daquelas que se recuperavam sem tratamento. Aqueles que se recuperavam espontaneamente (sem tratamento) tendiam a ter uma autoestima mais alta, melhores relacionamentos familiares e níveis mais elevados de realizações educacionais – recursos internos e externos agora descritos como “capital de recuperação” (White & Cloud, 2008). Avancemos para o presente, e agora sabemos que a maioria das pessoas dependentes de uma diversidade de substâncias simplesmente amadurece e deixa de usar por volta dos 30 anos, embora a maioria tenha algumas tentativas fracassadas antes de conseguir parar (Lopez-Quintero et al., 2011). Se a adicção é uma doença crônica e de recaídas, como isso é possível? As pessoas que deixam de usar dizem que a vida se torna mais importante que o vício. É como se houvesse um cabo de guerra entre o comportamento de dependência e outros objetivos desejados para a vida como ser pai, ser um parceiro ou ter um bom trabalho e mantê-lo. No caso daqueles que se aprofundam ainda mais na adicção, um exame de suas histórias mostra alguns dos fatores que contribuem para isso. A vida deles tende a ser complicada por dificuldades de saúde física ou mental, eles têm menos conexões sociais saudáveis, têm menos anos de escolaridade e ganham menos. As pessoas em relacionamentos estáveis param de usar antes de seus amigos solteiros, um indicador incomum de recuperação de uma doença. Existem também razões mais práticas, como a acessibilidade e a disponibilidade das substâncias e o quanto elas são aceitáveis em seu grupo de amigos, das quais falaremos mais no Capítulo 3. Assim, apesar de difícil e com escorregões inevitáveis ao longo do caminho, a recuperação da dependência é a norma, muitas vezes sem apoio de serviços de tratamento. Embora a dependência grave muitas vezes seja crônica, e provavelmente existam muitas recaídas antes de quebrar o hábito, essa é uma extremidade de um espectro e não toda a história.

O modelo de doença tende a incentivar uma abordagem “eles e nós”. Os médicos e profissionais de saúde veem os pacientes para fornecer tratamentos específicos para os problemas diagnosticados e, se eles

aderirem ao tratamento e fizerem o que os profissionais dizem, então devem melhorar. Esse é um modelo ideal para muitas doenças físicas, para as quais os diagnósticos levam a decisões de tratamento efetivas. Isso também funciona bem com as pessoas que têm adições graves e precisam de atendimento coordenado para apoiar sua saúde física e mental a fim de atingir a estabilidade. Contudo, uma vez que a estabilidade foi atingida, o modelo médico pode ter dificuldade para ajudar as pessoas a se afastarem do rótulo da “doença”, conforme as necessidades psicológicas e sociais se tornam mais prementes. Quando ficamos fisicamente doentes, queremos encontrar pessoas com o conhecimento para nos dizer como melhorar. E na maior parte do tempo, nós ouvimos e agimos conforme os conselhos que recebemos. Porém, nem sempre é útil nos vermos como destinatários passivos de tratamento. Na verdade, se quisermos mudar nosso comportamento, dar poder a algo externo a nós mesmos torna qualquer mudança resultante mais frágil, e não menos. O preditor mais forte da mudança do comportamento de dependência é a crença de que podemos fazer isso, conhecida como autoeficácia, em outras palavras, o quanto achamos que podemos ser efetivos (Bandura, 1977). O que acontece com nossa autoeficácia se nos rotularmos como “doentes” ou “enfermos”? Como nos afeta pensar que somos biologicamente predispostos a sermos viciados ou que temos uma “personalidade dependente”? O que acontece conosco se acreditarmos que somos doentes e precisamos depender de um serviço para nos auxiliar? Essas crenças enfraquecem o potencial para construir confiança em nossa capacidade de mudar e se desenvolver, e superar a dependência por outros meios. Quanto mais você se vê como um participante ativo em sua adicção, com escolhas a fazer a respeito de como as coisas serão, mais capaz você será de se afastar dessas compulsões.

Os sistemas diagnósticos de entendimento das dificuldades de saúde mental e adicção, como DSN-5 (APA, 2013) ou ICD-10 (WHO, 1992), fornecem uma linguagem comum para entender o que acontece quando nossa mente nos faz tropeçar e oferecem uma estrutura para abordar essas dificuldades. Porém, é difícil traçar a linha entre o que é “desordenado” e o que não é. Quando um comportamento compulsivo se transforma em um transtorno? E quando um comportamento é anormal? Mas só o que é socialmente aceitável é normal? Nossa terminologia para os problemas

de saúde mental e de vício está repleta de palavras como “mal adaptado” e “disfuncional”. Contudo, de uma perspectiva psicológica, até mesmo comportamentos incomuns podem ser compreendidos como altamente funcionais. Se você cresce em um ambiente em que a expressão emocional é desencorajada, torna-se funcional e adaptativo suprimir suas emoções. Quando essas necessidades emocionais exigem ser satisfeitas (como elas têm o costume de fazer), é funcional buscar maneiras de fazer isso que se encaixem nas regras ambientais que você aprendeu e nas oportunidades que estão disponíveis para você. Talvez você se embriague todos os fins de semana porque se sente socialmente ansioso sem o álcool. Você sabe que isso não lhe faz bem, mas não tem certeza de como quebrar o ciclo. Talvez você tenha começado a usar drogas porque todos os seus amigos faziam isso, e agora está usando regularmente. Comportamentos que se repetem um número suficiente de vezes se transformam em hábitos e, sob certas circunstâncias, esses hábitos podem escorregar para a adicção. Em que ponto isso se torna uma doença? A adicção não é algo que você tem ou não. É algo que se desenvolve em pessoas vulneráveis a isso, especialmente em pontos sensíveis de sua vida.

Uma última dificuldade enfrentada pelo modelo do vício como doença é a explicação de que a adicção é impelida em parte pela toxicidade das drogas e do álcool. As substâncias, em especial as drogas que provocam dependência, “sequestram” o cérebro e, assim, devem ser proibidas. Não existe uso de substâncias sem riscos, mas são as substâncias que causam o vício? E os outros tipos de comportamentos compulsivos e autodestrutivos que alguns de nós temos apesar das conseqüências negativas? Você trabalha até a exaustão porque se sente obrigado pelo dever ou porque é mais fácil do que encarar sua vida pessoal? Você come demais porque isso lhe dá um breve momento de conforto e contentamento? O que dizer de um relacionamento intenso, mas destrutivo, a que você continua voltando apesar de saber que deveria se afastar? Comida, relacionamentos, exercício, sexo, internet, dança, até Harry Potter – numerosas adicções comportamentais foram descritas na literatura de pesquisa. As vias cerebrais que se ativam em resposta à heroína fazem a mesma coisa em resposta a comidas com alto teor de gordura, criando manchetes memoráveis a respeito de o queijo ser tão viciante quanto o crack (Gutteridge, 2015). A publicidade

e as empresas no sistema econômico capitalista incentivam ativamente a dependência de todo tipo de bens de consumo. O setor de videogames pesquisa e manipula nossas tendências à dependência a fim de nos manter presos a nossas telas. Os processos de dependência seguem as mesmas vias, independentemente do objeto da dependência, e embora o uso de drogas ilícitas seja criminalizado, a descida do uso de drogas para a adicção tem paralelos com o desenvolvimento de outros comportamentos de dependência. O professor de psicologia canadense Bruce Alexander (2008) refletiu isso em sua definição de adicção: “envolvimento avassalador com qualquer atividade (incluindo drogas ou álcool, mas não se limitando a eles) que seja prejudicial para a pessoa viciada, a sociedade ou ambas” (p. 29).

Nosso entendimento do vício foi corrompido pelo estigma e pela discriminação a partir dos quais ele se desenvolveu, confundindo moralidade e medicina. O modelo de doença isoladamente não é suficiente para entender ou tratar o vício com eficiência e, muitas vezes, exacerba o problema ao promover modelos de tratamento passivos e controladores, em vez de modelos empoderadores e baseados nos pontos fortes, deixando de promover a recuperação e patologizando o sofrimento emocional. Ele trouxe compaixão e uma abordagem científica ao tratamento do vício em álcool e drogas em especial, mas em um clima social e político que criminaliza a dependência de drogas, é impossível mudar o estigma. O modelo biomédico e os tratamentos desenvolvidos com esse modelo precisam ser mais bem integrados com os modelos psicológico e social a fim de oferecer uma compreensão abrangente da adicção e intervenções efetivas e integradas. Existem muitos caminhos para a adicção e, a fim de compreendê-la melhor, precisamos considerar como a biologia, a psicologia e nossos ambientes sociais interagem, e entender como cada um de nós encontra sentido em nossas experiências.



Quando um hábito inofensivo se transforma em vício? Por que apenas algumas pessoas se viciam? O que pode tornar a recuperação possível?

A psicologia do vício é uma introdução fascinante às questões psicológicas que rodeiam o vício e ao impacto que têm na política social, na recuperação e na vida cotidiana de um adicto. O livro se concentra no vício em drogas e álcool e aborda tópicos como: o uso de drogas sempre leva ao vício?; e qual a importância das relações sociais para a recuperação? Ele também examina o modo como as pessoas podem se viciar em atividades como apostas, videogames e sexo.

Em uma sociedade que ainda estigmatiza o vício, *A psicologia do vício* enfatiza a importância da compaixão e oferece uma visão sensível a todos que têm a experiência da adicção.



www.blucher.com.br

Blucher



Clique aqui e:

[VEJA NA LOJA](#)

A Psicologia do Vício

Jenny Svanberg

ISBN: 9786555061208

Páginas: 144

Formato: 14 x 21 cm

Ano de Publicação: 2021

Peso: 0.188 kg
