

# CONSEQUÊNCIAS DO USO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA\*

MARIA ANTÓNIA FRASQUILHO

Serviço de Psiquiatria. Hospital Miguel Bombarda. Lisboa

## RESUMO

Procede-se a uma revisão das múltiplas consequências do uso, abuso e dependência de drogas durante a adolescência. Particularizam-se os aspectos desenvolvimentistas ligados à transição para a idade adulta. Procura-se fazer compreender quais os mecanismos intrapsíquicos que subjazem os comportamentos-problema tão habituais nos toxicodependentes. Actualizam-se os dados quanto ao impacto físico, psíquico e social do uso de drogas.

## SUMMARY

### Consequences of Drug Use in Adolescence

This article is a overview of the multiple consequences of drug use, abuse and dependence among adolescents. Developmental issues on transition to adulthood are highlighted. The usual behavioural problems of drug addicts are explained on the basis of pathological defense mechanisms. A contemporary approach is made of the physical, psychological and social consequences of drug use.

\*Trabalho subsidiado pela Comissão de Investigação em Cuidados de Saúde do Ministério da Saúde.

*"Tu correrás no Sol e eu caminharei sob a Terra."*

**Arrabal, A Virgem Negra**

Qualquer que seja o quadro de motivos que contribuam para o jovem abusar de tóxicos, uma coisa é consensual: o uso de drogas não se faz sem implicações importantes para a saúde e bem-estar do consumidor.

Devido ao processo de desenvolvimento inerente à transição para a idade adulta os adolescentes têm uma maior vulnerabilidade ao consumo de drogas<sup>1</sup>. Demonstrou-se que mesmo o uso de substâncias lícitas, como o álcool e o tabaco, não é inocente. Há alta probabilidade de passar ao uso abusivo de outros tóxicos e posteriormente à dependência química<sup>2,3</sup>.

Tem ficado claro que o envolvimento neste tipo de comportamentos, não saudáveis, interfere com o processo normal de desenvolvimento adolescente. Desenha-se como que uma paragem da usual maturação emocional. Instala-se o lidar com os desafios correntes de vida à custa de instrumentos e processos patológicos como os químicos<sup>4</sup>.

Algumas linhas de investigação colocam a causa da toxicodependência numa aprendizagem de mecanismos de *coping* inadequados. Contudo em 1991, Hansel e

White apontam, como conclusão de um estudo longitudinal, que *à priori* nem o *coping* era inadequado, nem sequer os adolescentes mais tarde dependentes sofreram previamente mais *stress* psicossocial do que outros não dependentes. Ao invés, os seus resultados suportam a tese extrema de que as deficiências psicossociológicas apenas seguem o uso das drogas<sup>5</sup>. Isto é, a utilização de drogas, ao interferir com a óptima realização das sucessivas tarefas de desenvolvimento não impede apenas a evolução geral do desenvolvimento, psicológico como poderá despoletar um processo de dissolução progressiva da hierarquia de funções mentais. Em psicopatologia do desenvolvimento ocorrerá uma repetição ou regresso às significações (modos de interpretação da realidade pessoal e exterior) de um nível anterior<sup>6</sup>. Em termos psicodinâmicos dir-se-á que ocorre uma regressão a um estado mais primitivo do desenvolvimento em que os mecanismos de defesa que alicerçam os processos psíquicos nada tem a ver com a idade cronológica. Os leigos acusam os toxicodependentes de serem impulsivos, imaturos, irresponsáveis, e na verdade é assim que eles usualmente reagem. Morrison e Smith ilustram estes comportamentos à luz dos mecanismos de defesa mais postos em evidência na sua linha de pesquisa<sup>7</sup>.

A **denegação** é, de acordo com estes autores, a defesa mais vezes encontrada nos dependentes de drogas.

Alertam que esta denegação não deverá ser confundida com a negação psicótica, que é predominantemente dirigida contra a realidade externa. Porém, tal como ela, evita a tomada de consciência dos aspectos dolorosos da realidade. Os adolescentes toxicodependentes são incapazes de se perceberem, de perceberem os outros e as situações, tal como elas realmente são. Todo o adolescente tem necessidade de desenvolver um controlo sobre a sua vida, de forma a que possa recolher a necessária retro-avaliação, e desenvolver segurança quanto a opções comportamentais na maturidade. Ora, quando envolvidos na droga, e como, em conjunção, é próprio deste estadio de desenvolvimento, a mensagem é: «deixem-me em paz: eu resolvo sozinho» ou «posso deixar a droga assim que quiser». O que neste caso só vai potencializar a manutenção do problema. Se de facto há alguns que, em certas ocasiões, conseguiram parar, raros são os que permanecem abstinente, principalmente em situações de posterior tensão. Como é característico da sua jovem idade, ainda estão a afinar competências para lidar eficazmente com os acontecimentos de vida e a arquivar um sistema de valores pessoais. Quando entram num ciclo de abuso de drogas, restringem naturalmente esta progressão maturativa, bem como limitam a exposição a um leque de experiências positivas de aprendizagem. Por exemplo, as relações pessoais, o alcançar sucessivo de objectivos são fontes reconhecidas de sentimentos positivos num adolescente abstinente. No caso do toxicodependente estas são progressivamente substituídas por uma selecção de experiências apenas norteada pela sua relevância para o uso de tóxicos; a célebre e redutora *heroína my love, heroína my wife, heroína my life*.

Em parte sensíveis à decepção deste progressivo restringir de prazer, à batalha entre os sentimentos de poder e a verificação de perda de controlo, os toxicodependentes começam a mentir acerca do que sentem e do que fazem, evitando tudo e todos aqueles que os poderão confrontar com essa dor. Recusam conhecer outros comportamentos perigosos do grupo de abuso, negam aquilo que os órgãos dos sentidos teimam em evidenciar, tornando impossível a argumentação lógica, a chamada à realidade, acentuando a progressão do consumo num ciclo vicioso.

Há uma *identificação* com o objecto ideal (a droga), que pode ser incorporado, e o efeito fármaco-tóxico, serve para potenciar os mecanismos de dissociação e alucinar o objecto ideal, eludindo toda a frustração.

Outras defesas muito comuns entre os adolescentes toxicómanos são:

- a **projectão**, isto é o atribuir a outrem as suas próprias ideias e impulsos, ou seja «coleccionar injustiças contra si próprio»;
- «o **acting out**», que representa a expressão directa de um desejo ou impulso para evitar a consciência do afecto, ou a tensão que resultaria do seu adiamento, o célebre «quero tudo e agora»;

- a **racionalização**, ou seja, a justificação de forma plausível de atitudes, sentimentos e comportamentos que doutra forma seriam inaceitáveis, através da incorrecta aplicação de razões justificativas, «drogo-me para atingir mais clarividência», «para me opor à sociedade injusta, etc.»;

- o **isolamento**, isto é, a separação da memória do seu componente afectivo. Verifica-se uma divisão intrapsíquica do objecto. Por exemplo, após *overdoses* quase letais o adolescente relata o facto sem colorido emocional, descrevendo antes os pormenores do facto «Eu devia estar a sentir alguma coisa, mas não sinto».

- a **formação reactiva**, trata-se da expressão dos impulsos pelo negativo. Se o jovem receia perder o controlo, morrer, etc., ele maneja psiquicamente esses impulsos inaceitáveis fazendo precisamente o seu contrário. Por exemplo: consumindo mais tóxicos que o fazem perder o controlo, ou adopta comportamentos ameaçadores para a vida, desafiando a morte.

Eis como os fenómenos intrapsíquicos envolvidos subjazem as manifestações comportamentais tantas vezes observadas nos abusadores de drogas. Eis como explicam o mentir acerca do uso de substâncias, o guardar e esconder reservas de drogas, a auto prescrição de drogas para situações de conflito, a autocomiseração, o acusar a sociedade ou os familiares pelo seu problema, o manipular de terceiros, os envolvimentos emocionais disfuncionais com dependências inapropriadas doutras figuras, a hostilidade, a agressividade, a intolerância à frustração, a intelectualização, a fuga ao confronto com o real e, em suma, todos os comportamentos irresponsáveis com potencial risco para a saúde.

Adicionalmente a droga aumenta o *dystress* psicológico, tanto directa como indirectamente. O tóxico ao reduzir a participação nos papéis sociais próprios deste estadio do ciclo de vida acaba por interferir com finalidades educacionais e ocupacionais, resultando numa crescente e circular redução dos recursos psicossociais e numa baixa da auto-estima<sup>8</sup>.

Já se evocaram as intercorrências entre consumo abusivo de drogas e disfuncionamento mental. Convirá de momento fazer uma síntese dos resultados da investigação acerca de outros riscos graves associados com a utilização de drogas e álcool pelos adolescentes. A análise dos artigos publicados permitiu relevar os seguintes:

- **suicídio** – os adolescentes que o cometem, ou que o tentam, têm história de abuso de álcool ou de outras drogas em número significativamente maior que os que pertencem à população geral<sup>9,10</sup>. Além do mais, as tentativas de suicídio são usualmente feitas enquanto se está intoxicado e a *overdose* é bastas vezes um método de suicídio<sup>11</sup>. A ingestão tóxica conta pelo menos para 70 % dos casos de tentativas de suicídio em jovens<sup>10</sup>;

- **homicídio** – este é uma das três principais causas de morte, nos Estados Unidos, entre jovens. Ao averi-

guar-se a relação entre drogas e homicídio conclui-se que cerca de metade dos agressores estava sob o efeito de tóxicos, principalmente álcool, na altura do crime<sup>12</sup>;

- **traumatismos** – o uso e abuso de drogas e álcool está manifestamente associado a acidentes de toda a ordem<sup>13</sup>. E a sua presença aumenta o risco de gravidade da lesão<sup>11</sup>. Os acidentes de viação são enunciados como a causa de metade de todas as mortes acidentais em jovens, (são a causa líder em Portugal), tal como em cerca de metade das lesões da espinal medula<sup>14</sup>. Os adolescentes e jovens ocupam lugares dianteiros neste tipo de fatalidades, e o envolvimento em acidentes é grande mesmo com taxas de alcoolémia relativamente baixas para a população geral<sup>15</sup>, o que alarma para o risco que representa qualquer nível de tóxicos no sangue;

- **morbilidade física** – o abusador de opiáceos regularmente sofre de perturbações num amplo leque de sistemas orgânicos. Sublinham-se no geral a perda de peso, deficiente alimentação e higiene, elas próprias fonte de vulnerabilidade para a doença física. Desriminou-se a inflamação aguda ou crónica da úvula e das amígdalas, a conjuntivite, a bronquite, a congestão nasal, a hipertensão, as perturbações gastrointestinais com náusea e vómitos, a ginecomastia, as menometrorragias, as escaras, as dermatites, as embolias, o *nistagmus*, a inquietude e irritabilidade, a neuropatia periférica, a mielite transversa as alterações do sono, as hepatites, entre outras<sup>16</sup>. Em Portugal confirmou-se a alta prevalência de doença física nos toxicod dependentes, com relevo para doenças gastroenterológicas, nomeadamente a situação de portador de vírus da hepatite B<sup>17</sup>; as deficiências nutricionais, o compromisso neurológico, gastrointestinal, hematológico, cardiovascular, endócrino e metabólico é bem conhecido nos casos de alcoolismo; as depressões respiratórias são prováveis na intoxicação com barbituratos e benzodiazepinas; a cocaína e outros estimulantes têm sério potencial de ser tóxicos para uma multitude de órgãos e sistemas; os cannabinóides lesam o sistema respiratório (diminuição da capacidade respiratória e de difusão) e têm sido identificadas taquicárdia e angina as neoplasias do pescoço e cerebrais são mais frequentes em consumidores de longa data<sup>18</sup>;

- **morbilidade psiquiátrica** – para além da inerente e variável tolerância, dependência física e psíquica os efeitos mais habituais das drogas dizem respeito aos processos de ansiedade e depressão e às alterações cognitivas. O etanol e todas as drogas depressoras do SNC (benzodiazepinas; barbituratos) são susceptíveis de produzir sintomas de ansiedade ao interromper-se o seu uso; a intoxicação com estimulantes (cocaína, anfetaminas) terá o mesmo resultado, enquanto que a abstinência decorrerá com alterações afectivas do tipo depressão (esta é vulgar na intoxicação crónica com etanol e sedativos-hipnóticos); os *blackouts* alcoólicos são bem conhecidos, o défice cognitivo (concentração, memória, atenção) bem como das capacidades de decisão e motivação são também habituais, o mesmo ocorre no caso de abuso de depressores do SNC<sup>19</sup>; O síndrome amotivacional é

também provável nos utilizadores crónicos de cannabinóides; outra situação psiquiátrica é a psicose induzida por drogas. Qualquer droga de abuso, incluindo o álcool, é susceptível de produzir sintomatologia psicótica. A seguir a este a cocaína e os cannabinóides são as mais detectadas naqueles admitidos em serviços psiquiátricos com psicoses tóxicas agudas<sup>20</sup>.

- **doenças transmissíveis sexualmente** – o sexo casual, sem protecção, a negligência higiénica, fazem dos toxicod dependentes um grupo de risco para este tipo de patologias. Contabiliza-se que os adolescentes contribuem para cerca de 1 % de todos os casos de SIDA<sup>21</sup>. Em Portugal e em Espanha os toxicod dependentes estão no topo dos grupos de risco, estimando-se a prevalência de anticorpos HIV positivos em 50 % a 60 % dos casos<sup>22</sup>, o que é reconfirmado por estudos que indicam 58 % de infecção pelo HIV nos utilizadores de drogas por via intra venosa<sup>4</sup>. Ao contrário de outros países (Estados Unidos e Europa do Norte, tem-se vindo a assistir a um crescimento acelerado da SIDA entre a população toxicod dependente de Portugal<sup>23</sup>;

- **sexualidade** – os efeitos das drogas sobre a função pituitária-testicular estão bem documentados, com as inerentes consequências negativas na função sexual (provocando impotência, desinteresse sexual), e na satisfação geral pela vida<sup>24</sup>;

- **gravidez** – é também um facto comprovado que os adolescentes que usam drogas são mais propensos a serem sexualmente activos do que grupos controlo. Por exemplo, entre as raparigas da mesma idade, num estudo comparativo, apurou-se que 62 % das que usavam marijuana eram sexualmente activas, comparadas com 7 % das que nunca usaram<sup>25</sup>. De acordo com o mesmo autor as consumidoras de tóxicos engravidam mais cedo e mais vezes sem o desejarem. Para as que dependem de drogas «pesadas» encontrou uma taxa de gravidez de 56 %;

- **morbilidade peri-natal** – os filhos de adolescentes toxicod dependentes têm uma maior probabilidade de nascerem prematuramente, ou de serem nados de baixo-peso, e de requererem cuidados intensivos durante os primeiros meses de vida. Há uma mortalidade materna quatro vezes maior e uma mortalidade perinatal duas vezes maior que as médias. Outros efeitos indirectos resultam das disfunções psicossociais decorrentes do abuso de drogas: as mães dependentes de drogas têm mais vezes desequilíbrios nutricionais, poucos cuidados higiénicos, desprezo pelo controlo médico da gravidez, fraca higiene dentária, o que se reflecte no estado físico da criança que muitas vezes nasce até com síndrome de privação. Estas mães são mais vezes incapazes de proporcionar os cuidados adequados ao bebé recém-nascido e tendem a um maior índice de negligência e maus tratos<sup>26</sup>. Confirmou-se o impacto a longo prazo das interacções de má qualidade entre toxicod dependentes e seus filhos, eles próprios mais vulneráveis à doença mental<sup>27</sup>;

- **desintegração social** – os jovens toxicod dependentes são uma população com uma representação major entre os *homeless*. São pessoas que fogem mais de casa, quando comparados com os seus pares da mesma idade,

que não estão integradas em escolas ou trabalho. O NIDA cita um estudo realizado na Califórnia em que 48 % dos utentes dos serviços de abrigo e assistência social estão abaixo dos 20 anos de idade, com as respectivas taxas de abuso de álcool e drogas muito superiores às da população geral. Outras fontes alertam para que estes grupos cometem maior percentagem de delitos, desde pequenos furtos a agressões sérias à mão armada<sup>4</sup>. As estatísticas da polícia portuguesa revelam que 80 % dos assaltos e roubos praticados são da autoria de toxicodependentes<sup>28</sup>.

Finalmente o dependente de drogas e álcool é particularmente susceptível à exploração por terceiros. Porque a maior parte das vezes não tem, ou deteriorou, competências que lhe permitam auferir os bens essenciais (não completou a escolaridade, não seguiu uma formação profissional, não sabe sequer como ser eficaz na procura do primeiro emprego, ou em como o manter) é facilmente envolvido noutros comportamentos de alto risco, como redes de distribuição de droga, prostituição e crime<sup>29</sup>.

Como é compreensível, se todas as drogas são nocivas nem todas provocam os mesmos resultados e há que distinguir uso ocasional de abuso e dependência, conceitos com definição actualizada pela American Society of Addiction Medicine<sup>30</sup>.

Para terminar sublinha-se que tudo o que se expressou não é naturalmente uma consequência inevitável do abuso de drogas pelo adolescente, nem tão-pouco particularidade desta situação. Por definição tratam-se de probabilidades, contudo suficientemente fortes e sérias para justificarem intervenções preventivas, diagnóstico e terapêutica precoces.

## BIBLIOGRAFIA

1. GLANTZ M, PICKENS R: Vulnerability to drug abuse. Washington: American Psychological Association 1992:1-14.
2. BAILEY SL: Adolescents multisubstance use patterns. The role of alcohol and cigarette use. *Am J Public Health* 1992;82(9):1220-4.
3. JESSOR R, DONOVAN JE, COSTA FM: Beyond adolescence. Problem behavior and young adult development. Cambridge: Cambridge University Press 1991:11-3.
4. OMS: Comité OMS d'experts de la pharmacodépendance. OMS, Rapports Techniques 836, Genève: OMS 1993.
5. HANSEL S, WHITE H: Adolescent drug use. Psychological distress and physical symptoms. *J Health Soc Behav* 1991;32(3):288-301.
6. JOYCE-MONIZ L: Psicopatologia do desenvolvimento do adolescente e do adulto. Lisboa: McGraw-Hill 1993:21.
7. MORRISON MA, SMITH S: Personality traits in alcohol and drug abusing teenage boys. *Acta Psychiatr Scand* 1987;75:307-14.
8. JOHNSON R, KAPLAN H: Stability of psychological symptoms: drug use consequences and intervening processes. *J Health Soc Behav* 1990;31:277-91.
9. KASHANI J, KELLER M, SOLOMON N: Double depression in adolescent substance abusers. *J Affective Disorders* 1985;8:153-7.
10. FRIEDMAN A: Effects of psychiatric symptomatology on treatment outcome for adolescent male drug abusers. *J Nerv Mental Dis* 1987;175:425-30.
11. National Institute of Drug Abuse: Adolescents. In Willford B, ed. Syllabus for the review course in addiction medicine. New York: American Society of Addiction Medicine 1990:537-53.
12. SHAMSIE S: Violence and youth. *Can J Psychiatry* 1985;30:498-503.
13. HALPERIN S, BASS J, MEHTA K, et al.: Unintentional injuries among adolescents and young adults: a review and analysis. *J Adol Health Care* 1993;4:275-81.
14. INE: Estatísticas da saúde. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística 1990.
15. SIMPSON H, MAYHEW D, WARREN R: Epidemiology of road accidents involving young adults: alcohol, drugs and other factors. *Drug Alcohol Depend* 1982;10:35-63.
16. MURAMOTO M, LESHAN L: Adolescent substance abuse. Recognition and early intervention. *Prim Care* 1993;20(1):141-54.
17. NETO D: Deixar a droga. Tratamento para os anos 90. Lisboa, Edições 70 1990.
18. WARTENBERG AA: Medical syndromes associated with specific drugs. In Miller NS, ed. Principles of Addiction Medicine. Maryland: American Society of Addiction Medicine, 1994 Section V Chapter 2: 1-14.
19. ANTHENELLI RM, SCHUCKIT MA: Affective and anxiety disorders. In Miller NS, ed. Principles of Addiction Medicine. Maryland: American Society of Addiction medicine, 1994:Section VI, Chapter 3:1-7.
20. RIES RK: Psychotic symptoms. In Miller NS, ed. Principles of Addiction Medicine. Maryland: American Society of Addiction Medicine, 1994:Section VI, Chapter 5:1-9.
21. National Institute of Drug Abuse: Third triennial report to congress on drug abuse and drug abuse research. Washington: U.S. Government Printing Office 1991.
22. WHO: AIDS among drug abusers. Copenhagen: WHO 1987.
23. SILVA C: SIDA: o vírus maldito. Caderno de Saúde, 9 Expresso, 14.5.1994:6-7.
24. DIAMOND F Jr, RINGENBERG L, MacDONALD D, et al.: Effects of drug and alcohol abuse upon pituitary-testicular function in adolescent males. *J Adol Health Care* 1986;7:28-37.
25. BROWN S: Life events of adolescents in relation to personal and parental substance abuse. *Am J Psychiatry* 1989;146(4):484-9.
26. RAMOS DE ALMEIDA J: Adolescência e maternidade. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian 1987.
27. PALMINHA J, LUCAS A, VASCONCELOS M, et al.: Os filhos dos toxicodependentes. Porto: Bial 1993.
28. O PÚBLICO (1990). Portugal na rota da heroína. 26.10.90:23-27.
29. BROOK JS, COHEN P, WHITEMAN M, GORDON AS: Psychosocial risk factors in the transition from moderate to heavy use or abuse of drugs. In Glantz M e Pickens R, eds Vulnerability to drug abuse. Washington: American Psychological Association 1992:359-88.
30. STEINDLER E M: Addiction Terminology. In Miller NS, ed. Principles of Addiction Medicine. Maryland: American Society of Addiction Medicine 1994: Section I, Chapter 2:1-3.