

Dependência Química

Carlos Eduardo Sobreira Maciel
Diretor Clínico e médico assistente do Hospital Espírita André Luiz

“A embriaguez dos sentidos é abismo de esquecimento
da responsabilidade de consciência perante as exigências da evolução”
(Joanna De Angelis)

I - Introdução

Este capítulo é uma proposta de reflexão sobre os danos causados pelas drogas e todos os seus desdobramentos na existência da criatura humana. A autora espiritual Joanna De Angelis, no livro⁽¹⁾ psicografado por Divaldo Franco, sintetiza de forma clara as conseqüências mais complexas do entorpecimento provocado pelo consumo das drogas. Entretanto, é importante lembrar que os vícios não se restringem às drogas. O entorpecimento dos sentidos e suas conseqüências também ocorrem com as pessoas patologicamente dependentes de trabalho, de alimentos (ex: transtornos alimentares tais como as compulsões alimentares e a bulimia nervosa), de jogos (jogo patológico), de sexo (em psiquiatria, são os quadros conhecidos como satiríase e ninfomania), e de pessoas (são dependências afetivas, relacionamentos doentios onde uma pessoa se torna objeto da outra e na sua ausência observam-se verdadeiras crises de abstinência).

O consumo de drogas sempre existiu em todas as sociedades desde os tempos mais remotos. O hábito de utilizar substâncias psicoativas (as quais tem ação sobre o sistema nervoso central) vem acompanhando o ser humano em rituais e festividades, em diversas culturas. Este costume perdurou por vários séculos com um aparente controle social. No entanto, nas últimas décadas, houve um crescimento mundial do consumo de substâncias lícitas, como o álcool e o tabaco, e ilícitas, como a maconha, cocaína, crack e ecstasy. O homem passou a se ver ‘escravizado’ às drogas. A palavra *drogadicção*⁽²⁾, utilizada em nosso meio para designar a dependência química, é derivada do termo em latim *addictu* (escravo por dívidas). Este termo foi muito utilizado no passado para expressar o fato de um homem aceitar ser escravo para saldar dívidas contraídas, quando não tinha recursos para o pagamento.

Atualmente o uso de drogas de abuso responde por uma parcela importante das internações em hospitais psiquiátricos. Essa parcela é de 18% das internações, segundo os resultados de uma recente pesquisa do Ministério da Saúde, publicada no Jornal do Conselho Federal de Medicina⁽³⁾, e está associada a elevadas taxas de adoecimento psíquico e físico. Além disso, temos a gravidade das conseqüências dos episódios de abuso, principalmente acidentes de trânsito, exposição a comportamento sexual de risco e atos de violência, trazendo danos individuais e coletivos.

II - As Drogas e as suas Consequências

As drogas de abuso compartilham um mecanismo biológico comum em determinadas áreas cerebrais. Elas promovem direta ou indiretamente, a ativação de vias dopaminérgicas mesolímbicas e mesocorticais, associadas ao prazer, principalmente nas áreas tegmentar, do córtex pré-frontal e do nucleus accumbens. Do ponto de vista psiquiátrico, estas substâncias provocam uma ampla variedade de transtornos psicopatológicos que diferem em gravidade, desde uma leve intoxicação não complicada até graves quadros psicóticos ou demenciais irreversíveis. É necessário um estudo detalhado acerca destes quadros clínicos, para melhor se compreender a complexidade do problema.

II.1- Quadros clínicos mais comuns(4):

a) Intoxicação aguda: caracteriza-se pelo consumo de uma ou mais substâncias em quantidade suficiente para interferir no funcionamento normal do organismo. Ocorrem perturbações no nível de consciência, percepção, cognição, afeto e comportamento do indivíduo.

b) Uso nocivo/abuso: quadro caracterizado por um padrão episódico de consumo, em quantidade elevada, constituindo uma situação intermediária entre o uso de baixo risco e a dependência.

c) Síndrome de abstinência: conjunto de sinais e sintomas que ocorre quando o indivíduo diminui ou interrompe o consumo de determinada substância psicoativa, após o uso prolongado e/ou em altas doses. É provável que o paciente relate uma redução dos sintomas, com o uso posterior da substância (ex. uso de álcool logo pela manhã, para reduzir os tremores provocados pela abstinência).

d) Síndrome de dependência: conjunto de fenômenos fisiológicos e comportamentais, no qual o uso de uma substância alcança prioridade na vida do indivíduo. Há necessidade da presença de pelo menos três dos seguintes critérios, características da dependência química:

- ✓ Forte desejo ou compulsão pela droga.
- ✓ Dificuldades de controlar o consumo a partir do seu início.
- ✓ Síndrome de abstinência.
- ✓ Persistência do uso a despeito de consequências nocivas.
- ✓ Abandono de interesses em favor do uso da substância.
- ✓ Evidências de tolerância (o organismo necessita, cada vez mais, de uma dose maior para produzir os efeitos da droga).

II.2- Quadros clínicos específicos

As drogas podem ser classificadas de acordo com a ação no sistema nervoso central(5) e separadas em três grandes grupos:

- Drogas depressoras: álcool, benzodiazepínicos, solventes e opiáceos.

- Drogas estimulantes: cocaína, crack, anfetaminas e ecstasy.
- Drogas perturbadoras: maconha, Lsd.

Álcool: O álcool é a substância psicoativa mais consumida devido a sua ampla aceitação cultural e o fácil acesso aos usuários. Isto torna as complicações relacionadas ao seu uso as mais recorrentes entre os transtornos associados ao consumo das drogas.

a) Mecanismo de ação: O álcool é uma droga depressora (ou inibidora) do sistema nervoso central e age diminuindo a ação neuronal através da ação nos neurônios de Gaba (ácido gama-amino-butírico).

b) Intoxicação aguda: varia de uma leve embriaguez à depressão respiratória e morte, dependendo de fatores como dose consumida, patologias pré-existentes e características individuais. Os sintomas psíquicos são, a princípio, de excitação, alegria e desinibição, podendo evoluir para impulsividade, irritabilidade, agressividade, e posteriormente para depressão do humor e ideação suicida. Observa-se ainda uma diminuição do raciocínio, alteração do julgamento, fala pastosa e diminuição da coordenação motora. Alguns riscos conseqüentes à intoxicação aguda dependerão da conjugação dos sintomas, como se pode observar a seguir:

- Impulsividade + agressividade + alteração de julgamento = risco aumentado de heteroagressão.
- Impulsividade + ideação suicida = risco aumentado de auto-agressão.
- Desinibição + impulsividade + alteração do julgamento = risco aumentado de comportamento promíscuo.
- Alteração do julgamento + diminuição da coordenação motora = risco aumentado de acidentes.

c) Síndrome de abstinência: inicia-se dentro de 4 a 12 horas após a redução ou interrupção do consumo do álcool e tem uma duração de 4 ou 5 dias. Os sintomas mais comuns são desconforto gastrointestinal, ansiedade, sintomas depressivos, aumento de pressão arterial, taquicardia, sudorese, tremor, insônia, febre, cãibras. Cerca de 5% dos etilistas tem abstinência grave que cursa com crises convulsivas e/ou delirium tremens (quadro com tremores grosseiros, sudorese profusa, aumentos significativos da pressão arterial, taquicardia, hipertermia e alucínose).

Para dimensionar a extensão das conseqüências das drogas, analisemos apenas um dos sintomas – a alucínose. Esta é uma alteração sensorceptiva, secundária à flutuação no nível de consciência da pessoa intoxicada ou em abstinência do álcool ou de outras drogas. Geralmente caracterizada por visões de animais, seres deformados e de situações assustadoras. A explicação desta alteração psicopatológica pode ser encontrada em algumas obras espíritas. No livro “Medicina da Alma”⁽⁶⁾, o autor espiritual Joseph Gleber descreve o mecanismo da alucínose que acontece com o consumo das drogas, o qual além de provocar lesões físicas, acarreta também danos no duplo etérico (corpo sutil que vitaliza e protege o corpo físico), levando ao rompimento de sua tela atômica (estrutura que nos separa do mundo espiritual). Ficaria assim esclarecido o problema das alucínoses, visões do plano espiritual, vivenciadas pelos dependentes químicos em situações de intoxicação e/ou abstinência. Este acesso ao plano espiritual também pode ocorrer

no desdobramento induzido por preces, meditação e estados de expansão da consciência, como se abríssemos uma porta naturalmente, dando acesso aos planos superiores. A lesão provocada pela droga pode ser comparada a um arrombamento desta porta, dando à criatura acesso aos planos inferiores.

Benzodiazepínicos: são substâncias utilizadas como ansiolíticos e hipnóticos, medicamentos prescritos para o tratamento de diversos transtornos mentais. Elas podem se tornar drogas de abuso, dependendo do mau uso. Seu mecanismo de ação, efeitos e síndrome de abstinência são muito semelhantes aos do álcool.

Solventes: são substâncias presentes em diversos produtos, tais como aerossóis, vernizes, tintas, colas, esmaltes e removedores. Com exceção do éter e do clorofórmio, utilizados no passado como anestésicos gerais, os solventes não tem finalidade clínica. Em várias partes do mundo, principalmente nas populações mais pobres, crianças e adolescentes fazem a inalação voluntária destas drogas, e o consumo crônico provoca quadros neurológicos graves, insuficiência renal, hepatite tóxica, complicações gastrointestinais e respiratórias.

a) Mecanismo de ação: pouco compreendido, tendo em vista a variedade de classes químicas dos solventes. Produzem efeitos depressores centrais.

b) Intoxicação aguda: provocam sensação de euforia, desinibição, zumbidos, ataxia, risos imotivados e fala pastosa. Com o aumento da dose, evolui para confusão mental e alucinação visual e auditiva. Além de depressão central, causam depressão cardíaca e respiratória.

c) Overdose: se a intoxicação atingir níveis mais profundos, podem ocorrer convulsões, coma e morte.

Opiáceos: São obtidos do ópio, o qual é extraído a partir do cultivo da *Papaver Somniferum* (papoula), sendo muito utilizado como droga de abuso em países orientais. Os opiáceos ou opióides são originalmente utilizados como medicamentos devido a sua propriedade analgésica. São substâncias naturais (morfina, codeína), semi-sintéticas (heroína) e sintéticas (meperidina, metadona, fentanil).

a) Mecanismo de ação: O cérebro humano produz seus próprios opiáceos endógenos (as endorfinas e encefalinas) e possui receptores específicos para eles. Todos os opióides exógenos atuam nestes mesmos receptores.

b) Intoxicação aguda: provoca analgesia, sedação, euforia, bradipnéia, bradicardia, diminuição da pressão arterial, da peristalse, do reflexo urinário, da libido, da liberação de enzimas digestivas, supressão do reflexo da tosse e depressão respiratória.

c) Overdose: caracterizada por inconsciência, miose pronunciada, bradicardia acentuada, depressão respiratória e coma.

d) Síndrome de abstinência: provocada pela redução ou interrupção do consumo ou pelo uso de antagonistas (substâncias utilizadas no tratamento da overdose).

- Início: 8 a 10 horas após a descontinuação.
- Duração: 4 a 5 dias para meperidina, 7 a 15 dias para heroína.
- Sintomas: ansiedade, tremores, distúrbios gastrointestinais, taquicardia, aumento da pressão arterial. Sintomas específicos: piloereção, rinorréia, lacrimejamento, bocejos, obstrução nasal, midríase, dores abdominais.

Cocaína: É a 3ª substância ilícita mais utilizada no Brasil, perdendo para a maconha (1ª) e para os solventes. Extraída da planta *Erythroxylon coca*, foi muito utilizada no passado devido à sua ação como anestésico local. Isolada na virada do século XX e largamente utilizada até o início dos anos 20, quando foi proibida em vários países europeus e nos Estados Unidos devido à dependência e ao comportamento de abuso que causava. Ressurgiu nos anos 80, como droga de abuso.

a) Mecanismo de ação: a cocaína pertence a classe de drogas estimulantes do sistema nervoso central, agindo por meio do bloqueio de recaptção de dopamina, serotonina e noradrenalina.

b) Intoxicação aguda: provoca o aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial, da vontade sexual e da auto-estima; diminuição do apetite; euforia, sudorese, tremor, comportamento violento, pânico, sintomas paranóides. Geralmente as complicações psiquiátricas agudas são os principais motivos de procura por atendimento médico de urgência entre os usuários de cocaína.

c) Síndrome de abstinência: caracterizada por sintomas marcadamente psíquicos, tais como disforia, depressão, ansiedade, insônia e lentificação psicomotora.

- Início: algumas horas após a interrupção do consumo.
- Duração: dias ou semanas. Contudo episódios de fissura (desejo súbito e intenso de utilizar a droga, associado à memória da euforia provocada pela mesma, em contraste com o desprazer presente) podem acontecer meses após a interrupção.

d) Overdose: uso de uma dose alta suficiente para levar à falência de um ou mais órgãos do corpo, com risco significativo de morte. Complicações mais comuns: agitação psicomotora intensa, hipertensão arterial, arritmias cardíacas, infarto agudo do miocárdio, hipertermia, acidentes vasculares cerebrais.

Anfetaminas: são estimulantes do sistema nervoso central. Seus mecanismos fisiopatológicos são semelhantes aos observados entre os usuários de cocaína. Importante dizer que há dois tipos de usuários. O 1º usuário é aquele interessado nos efeitos euforizantes da droga e o 2º é o usuário de doses baixas, que utiliza amfetamina com propósitos estéticos, buscando suas propriedades anorexígenas ou com a ilusão de melhorar o seu desempenho no trabalho. Indivíduos assim se expõem a esforços excessivos, resultando em fadiga e depressão. Seu perfil discreto

e socialmente enquadrado faz com que o consumo passe despercebido, até que procurem atendimento médico de emergência com queixas psiquiátricas, algumas vezes bastante sérias.

Ecstasy: (3,4-metilenedioxi-metanfetamina) é uma anfetamina modificada, com grande afinidade por receptores serotoninérgicos. Tal característica parece ser a responsável por seus efeitos perturbadores ou alucinógenos do sistema nervoso central, motivo pelo qual é conhecido como anfetamina alucinógena. O uso desta substância se tornou comum a partir dos anos 80, principalmente no ambiente musical das raves.

a) Intoxicação aguda: além dos efeitos próprios dos estimulantes, há um aumento da percepção para a música, cores e sensações táteis (efeitos perturbadores). Outros sintomas são anorexia, taquicardia, sudorese e bruxismo.

b) Overdose: O perigo de consumir esta droga é sua imprevisibilidade. Há relatos de overdose com apenas 1 comprimido e relatos de uso de dezenas de comprimidos sem complicação. Sintomas: hipertermia, convulsões, arritmias cardíacas, hepatite tóxica, crises hipertensivas e coma.

Maconha: Representante das drogas perturbadoras, a maconha é a combinação de brotos, folhas, caules e sementes do cânhamo (*cannabis sativa*), consumida em cigarros de fabricação caseira.

a) Mecanismo de ação: a maconha atua em receptores canabinóides distribuídos em várias regiões do cérebro: córtex, hipocampo, hipotálamo, cerebelo, complexo amigdalóide, giro do cíngulo anterior. Estes receptores e seus correspondentes neurotransmissores canabinóides endógenos estão envolvidos em diversas funções cerebrais, as quais são perturbadas pelo consumo de canabinóides.

b) Intoxicação aguda: ocorrem disfunções das funções cognitivas, atenção, apetite, coordenação motora e reações psíquicas com variável gravidade: ansiedade, depressão, quadros maniformes e paranóides.

c) Síndrome de abstinência: sintomas de ansiedade incluindo ataques de pânico, geralmente ocorrendo entre o segundo e o sexto dia e com duração de 4 a 14 dias.

Nas tentativas de legalização do consumo desta substância, argumenta-se que os seus efeitos seriam leves. Entretanto, muitos estudos apresentam evidências crescentes de que a exposição à *cannabis* aumenta o risco de desenvolvimento de um transtorno psicótico como a esquizofrenia(15-35). Assim, a legalização desta droga produziria maior oferta da mesma, expondo um número maior de pessoas ao consumo e, portanto às suas complicações, entre elas o desenvolvimento e agravamento de psicoses(36-38).

LSD: a dietilamida do ácido lisérgico (LSD) é um dos mais potentes psicotrópicos: doses de 20 a 50 milionésimos de grama produzem efeitos alucinógenos, com até

12 horas de duração. É utilizada por via oral ou sublingual, na forma de micropontos, em tabletes.

a) Mecanismo de ação: age em vários receptores serotoninérgicos, principalmente no córtex cerebral, alterando as funções cognitivas e perceptuais.

b) Intoxicação aguda: além dos efeitos alucinógenos, o consumo de LSD pode desencadear quadros psicóticos, depressivos e exacerbar patologias mentais pré-existentes. Outra complicação são os *flashbacks*, ressurgimento dos sintomas na ausência da intoxicação.

III - Análise das Causas

Quando se procura as razões que levariam as pessoas às dependências, o que se encontra é uma confluência de causas psicológicas, existenciais, psiquiátricas, genéticas e espirituais.

III.1- Causas psicológico-existenciais: É muito comum o indivíduo dependente químico com algum transtorno de personalidade, baixa auto-estima, dificuldades em lidar com limites e ausência de autoconfiança. Esta pessoa, diante de determinados problemas, muitas vezes opta por um deslocamento ou fuga para um objeto, do qual acaba se tornando dependente.

Pode-se dizer que a personalidade é composta pelo temperamento e pelo caráter. O primeiro, de acordo com a Doutrina Espírita, é fruto de diversas experiências reencarnatórias, e o segundo é mais recentemente desenvolvido pelas vias da educação e das vivências do indivíduo. Portanto fica claro o importante papel da estrutura familiar, na tentativa de redirecionar a caminhada do espírito, portador de uma bagagem prévia, expressa desde tenra idade através do temperamento.

Segundo o psiquiatra e psicólogo Victor Frankl, no livro “Em busca de sentido”⁽⁷⁾, os vícios podem também ser compreendidos se reconhecermos o vazio existencial – a ausência de sentido para a vida – subjacente a eles. A busca pelo preenchimento deste vazio seria uma das explicações do movimento de uma pessoa em direção às drogas. Esta possibilidade coincide com a visão de Hammed, que em seu livro “As dores da alma”⁽⁸⁾, diz que os dependentes se apegam aos objetos (sejam eles os jogos, drogas, sexo, trabalho excessivo, relacionamentos doentios), buscando um prazer que preencha um vazio interior. Entretanto, o resultado não é a tão esperada ocupação desta lacuna interna, mas sim um entorpecimento, uma anestesia impedindo que a dor deste espaço seja sentida. Portanto o chamariz da droga seria uma sensação agradável de curta duração. É o aspecto agradável da sensação que a faz desejável, e é a sua curta duração que gera a dependência, pois logo que passa o efeito, é preciso que rapidamente seja fornecida a próxima dose do vício, do contrário a dor retorna, convidando à reflexão sobre o sentido da vida.

III.2- Causas psiquiátricas: Frequentemente, pessoas portadoras dos mais diversos transtornos psiquiátricos consomem drogas lícitas ou ilícitas, com o propósito de amenizar o próprio sofrimento. Vários estudos epidemiológicos⁽³⁹⁻⁴²⁾ tem verificado que indivíduos com transtornos mentais graves estão mais propensos a fazer uso de substâncias psicoativas, quando comparados à população em geral. No exame do

paciente dependente de substâncias psicoativas, é fundamental a investigação de patologias de base que possam ter motivado o consumo destas substâncias. Pessoas com depressão, por exemplo, às vezes recorrem ao consumo de álcool para “tratar” sintomas depressivos como a insônia e o desânimo. Buscam a sonolência e a euforia provocadas pelo álcool, mas encontram um sono de qualidade ruim e uma labilidade afetiva (da euforia inicial terminam aprofundando a depressão). Além de piorarem a depressão, tornam-se muitas vezes dependentes do álcool.

III.3- Causas genéticas: Vários estudos científicos constataram que há a presença do componente genético em todas as dependências de drogas. Estudos epidemiológicos e moleculares⁽⁴³⁻⁵⁸⁾ apresentaram evidências sobre a importância da transmissão genética de uma vulnerabilidade às dependências. Isto significa que não há herança genética da dependência propriamente, mas herança de uma suscetibilidade a ela. Portanto, há uma predisposição genética que se associa a situações ambientais ao longo da vida do indivíduo fazendo surgir o problema.

III.4- Causas espirituais: Numa perspectiva médico-espírita as causas genéticas são também espirituais, considerando que a herança genética recebida dos pais sempre será determinada pela necessidade de evolução do espírito reencarnante. Portanto as alterações do DNA podem ser compreendidas como marcas espirituais (vide ‘Predisposição genética’, no item IV).

Outro fator de grande relevância na causalidade da drogadicção é o drama das obsessões espirituais (vide ‘Sintonia e obsessão’, no item IV), nas quais sempre haverá um estímulo que circula de um plano ao outro, pela busca da substância psicoativa.

IV – A Dependência Química na Obra de André Luiz

Muito oportuno é a lembrança da grandiosa obra daquele que inspirou o nome do Hospital Espírita “André Luiz”, considerando a profundidade de seus conhecimentos acerca da natureza humana, os quais ainda não de ser, futuramente, melhor compreendidos por todos nós. Hernani Guimarães Andrade, um dos maiores estudiosos do Espiritismo, em seu aspecto científico, certa vez fez uma sensata previsão: “As obras de André Luiz serão no porvir, objeto de estudo nas maiores universidades do mundo...”

Predisposição genética - os estudos científicos demonstram a existência da herança de uma vulnerabilidade às drogas. André Luiz, no livro “**Entre a Terra e o Céu**”⁽⁹⁾, demonstra com clareza, que no fluxo das reencarnações nós sempre herdamos de nós mesmos, já que a hereditariedade é dirigida por princípios de natureza espiritual: “**No círculo de matéria densa, sofre a alma encarnada os efeitos da herança recolhida dos pais, entretanto, na essência, a lei de herança funciona invariavelmente do indivíduo para ele mesmo. Detemos tão-somente o que seja exclusivamente nosso ou aquilo que buscamos. Renascemos na Terra, junto daqueles que se afinam com o nosso modo de ser. O dipsômano não adquire o hábito desregrado dos pais, mas sim, quase sempre, ele mesmo já se confiava ao vício do álcool, antes de renascer**”.

Mente adoecida - os danos provocados pelas drogas iniciam-se no campo psíquico. André Luiz narra no livro “**Missionários da Luz**”(10) que os vícios de diversos matizes, assim como os desvarios do sexo, a intemperança e a cólera “**...formam criações inferiores que afetam profundamente a vida íntima (...) oferecem campo a perigosos germens psíquicos na esfera da alma**”. O médico espiritual se espanta ao observar “**...os mais estranhos bacilos de natureza psíquica, completamente desconhecidos na microbiologia mais avançada (...)** **Reconhecera-lhes o ataque aos elementos vitais do corpo físico...**”. E quando vibrações mentais inferiores atingem o molde perispiritual, o vaso físico sofre reflexo imediato. Corpo doente assinala mente enferma.

Sintonia e obsessão – André Luiz, no livro “**Obreiros da Vida Eterna**”(11), informa que além do decesso “**...viciados experimentam tremenda inquietação pelo desejo insatisfeito**”. Compreende-se assim, porque desencarnados que foram dependentes químicos, frequentemente se associam aos irmãos encarnados que sofrem o problema da dependência química.

Em “**Nos Domínios da Mediunidade**”(12), André Luiz narra a situação de um alcoolista que se encontrava abraçado por uma entidade da sombra, qual se um estranho polvo lhe absorvesse. O autor observa que naquele ambiente, com aquela entidade, outras tantas “**...sorviam as baforadas de fumo arremessadas ao ar... outras aspiravam o hálito de alcoólatras impenitentes...**”. Eram entidades viciosas valendo-se de pessoas que com elas se afinavam numa perfeita comunhão de forças inferiores.

E no livro “**No Mundo Maior**”(13), André Luiz fala do sofrimento de um outro alcoolista que se desesperou quando teve visões de animais à sua volta (as alucinações descritas anteriormente). Na realidade ele estava tão intimamente ligado a quatro espíritos que lhe perseguia, que passou a compartilhar com eles, “**... visões terríficas do sepulcro que haviam atravessado como dipsomaníacos... traziam consigo imagens espectrais de víboras e morcegos dos lugares sombrios onde haviam estacionado**”. É o dantesco quadro de perturbações alucinatórias que acomete dependentes químicos, em decorrência da ação obsessiva de entidades vampirizantes. Isto explica, claramente, as **alucinações** das intoxicações agudas e abstinências das drogas.

Desencarnações e reencarnações dolorosas – Segundo André Luiz, nos livros “**Ação e Reação**”(14) e “**Nos Domínios da Mediunidade**”(12), os dependentes químicos atravessam as fronteiras da desencarnação portando muitas lesões perispirituais, como suicidas indiretos. E retornam à carne em veículos físicos com lesões nos diversos órgãos e sistemas (deficiência mental, lesões congênitas no trato gastrointestinal, aparelho circulatório e no sistema nervoso central). Segundo o autor, estas são lutas expiatórias angustiosas, mas necessárias para o reequilíbrio de almas adoecidas no vício.

V - Espiritualidade no Tratamento da Dependência Química

Nos últimos dez anos venho acompanhando mais de perto, o trabalho terapêutico desenvolvido no Hospital Espírita “André Luiz” com pacientes portadores de transtornos mentais, muitos deles com o complexo problema da dependência química. Tenho testemunhado que, além dos reconhecidos tratamentos farmacológico e psicoterápico, a utilização da espiritualidade como recurso terapêutico complementar tem sido uma constante nesta instituição, que sempre se manteve coerente com as propostas de seus fundadores, na certeza de que o ser humano deve ser assistido na sua integralidade.

Mas qual seria a posição da ciência em relação à utilização deste recurso? Examinando a história da humanidade nos últimos séculos, observamos que ao cessarem as sombras da Idade Média, religião e ciência se distanciaram uma da outra. Contudo, nos últimos anos, a fé e a razão tem se reconciliado sutilmente, permitindo a aproximação destes dois grandes campos do saber. Na ciência médica, por exemplo, há um crescente interesse da comunidade científica em compreender como a espiritualidade, enquanto recurso terapêutico, influencia na prevenção e no tratamento das doenças. Os mais de 3000 artigos sobre religião e saúde mental, publicados nos últimos dez anos, não deixam dúvidas a respeito deste interesse. E os resultados destes trabalhos científicos aprofundam, cada vez mais, propostas como aquelas do Hospital Espírita “André Luiz”.

Quanto à questão específica da espiritualidade x dependência química, diversos estudos realizados em vários países, em diferentes contextos socioculturais, demonstram o papel protetor da religiosidade ou espiritualidade em relação ao uso de drogas, principalmente nos grupos de adolescentes e jovens. Muitos destes estudos internacionais foram realizados na Irlanda⁽⁵⁹⁾, Austrália⁽⁶⁰⁾, Canadá⁽⁶¹⁾, Singapura⁽⁶²⁾, Espanha⁽⁶³⁾, Alemanha⁽⁶⁴⁾, Nigéria⁽⁶⁵⁾, Trinidad Tobago⁽⁶⁶⁾, Inglaterra⁽⁶⁷⁾ e Estados Unidos da América⁽⁶⁸⁾. Enfim, é imprescindível lembrar que todos eles demonstram as diversas dimensões da religiosidade como possível recurso de promoção e recuperação da saúde, independente da crença que se professa.

VI – Referências Bibliográficas

1. ÂNGELIS, J.D.(Espírito).*Dias Gloriosos [Psicografado por Divaldo Pereira Franco]*, Salvador, BA: Livraria Espírita Alvorada Editora, 1999.
2. FERNANDEZ,L.J.; CHENIAUX,E. *Cinema e Loucura*,Cap3, Artmed 1ª ed, 2010.
3. *Jornal Medicina, publicação do Conselho Federal de Medicina.*
4. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas – Coord.Organiz. Mund. da Saúde; trad. Dorgival Caetano.- Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.*
5. RIBEIRO, M; LARANJEIRA, R; DUNN, J; *Álcool e drogas: emergência psiquiátrica. In: BOTEGA, N. J. Prática Psiquiátrica no Hospital Geral, Cap 17, Artmed, 2ª ed, 2006.*

6. GLEBER, J.(Espírito) *Medicina da Alma*, 2ª ed, [Psicografado por Robson Pinheiro]-Contagem, MG: Casa dos espíritos, 2007.
7. FRANKL, V.E. *Em Busca de Sentido*, 25ª ed, editora Vozes.
8. HAMMED (Espírito) *As Dores da Alma*, 9ª ed, [Psicografado por Francisco do Espírito Santo Neto]. Catanduva, SP: Boa Nova Editora, 1988.
9. LUIZ, ANDRÉ (Espírito) *Entre a Terra e o Céu*, cap12 [Psicografado por Francisco Cândido Xavier] – 21ª ed – Rio de Janeiro, RJ: Federação Espírita Brasileira, 2003.
10. LUIZ, ANDRÉ (Espírito) *Missionários da Luz*, Cap4 [Psicografado por Francisco Cândido Xavier] – 35ª ed – Rio de Janeiro, RJ: Federação Espírita Brasileira, 2001.
11. LUIZ, ANDRÉ (Espírito) *Obreiros da Vida Eterna*, Cap19 [Psicografado por Francisco Cândido Xavier] – 27ª ed – Rio de Janeiro, RJ: Federação Espírita Brasileira, 2002.
12. LUIZ, ANDRÉ (Espírito) *Nos Domínios da Mediunidade*, Cap15. [Psicografado por Francisco Cândido Xavier] – 34ª ed – Rio de Janeiro, RJ: Federação Espírita Brasileira, 2009.
13. LUIZ, ANDRÉ (Espírito). *No Mundo Maior*, Cap14 [Psicografado por Francisco Cândido Xavier] – 22ª ed – Rio de Janeiro, RJ: Federação Espírita Brasileira, 2002.
14. LUIZ, ANDRÉ (Espírito). *Ação e Reação*, Cap19 [Psicografado por Francisco Cândido Xavier] – 28ª ed – Rio de Janeiro, RJ: Federação Espírita Brasileira, 2009.
15. Le Bec PY, Fatséas M, Denis C, Lavie E, Auriacombe M. *Cannabis and psychosis: search of a causal link through a critical and systematic review. Encephale.* 2009;35(4):377-85.
16. Green B, Kavanagh D, Young R. *Being stoned: a review of self-reported cannabis effects. Drug Alcohol Rev.* 2003;22(4):453-60
17. Reilly D, Didcott P, Swift W, Hall W. *Long-term cannabis use: characteristics of users in an Australian rural area. Addiction.* 1998;93(6):837-46.
18. Ames F. *A clinical and metabolic study of acute intoxication with Cannabis sativa and its role in the model psychoses. J Mental Science.* 1958;104(437):972-99.
19. Melges FT, Tinklenberg JR, Hollister LE, Gillespie HK. *Marihuana and temporal disintegration. Science.* 1970;168(935):1118-20.
20. Jones RT, Stone GC. *Psychological studies of marijuana and alcohol in man. Psychopharmacologia.* 1970;18(1):108-17.
21. Leweke FM, Schneider U, Radwan M, Schmidt E, Emrich HM. *Different effects of nabilone and cannabidiol on binocular depth inversion in Man. Pharmacol Biochem Behav.* 2000;66(1):175-81.
22. Andreasson S, Allebeck P, Engstrom A, Rydberg U. *Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts. Lancet.* 1987;2(8574): 1483-6.
23. Zammit S, Allebeck P, Andreasson S, Lundberg I, Lewis G. *Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. BMJ.* 2002;325(7374):1199.

24. Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A, Moffitt TE. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ*. 2002;325(7374):1212-3.
25. Weiser M, Knobler HY, Noy S, Kaplan Z. Clinical characteristics of adolescents later hospitalized for schizophrenia. *Am J Med Genet*. 2002;114(8):949-55.
26. van Os J, Bak M, Hanssen M, Bijl RV, de Graaf R, Verdoux H. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *Am J Epidemiol*. 2002;156(4):319-27.
27. Henquet C, Krabbendam L, Spauwen J, Kaplan C, Lieb R, Wittchen HU, van Os J.. Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. *BMJ*. 2005;330(7481):11.
28. Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, Lewis G. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*. 2007;370(9584):319-28.
29. Hickman M, Vickerman P, Macleod J, Kirkbride J, Jones PB. Cannabis and schizophrenia: model projections of the impact of the rise in cannabis use on historical and future trends in schizophrenia in England and Wales. *Addiction*. 2007;102(4):597-606.
30. Henquet C, Murray R, Linszen D, van Os J. The environment and schizophrenia: the role of cannabis use. *Schizophr Bull*. 2005;31(3):608-12.
31. Aust R, Sharp C, Goulden C. Prevalence of drug use: key findings from the 2001/2002 British Crime Survey, findings 182. London: Home Office Research, Development and Statistics Directorate; 2002.
32. Barkus E, Lewis S. Schizotypy and psychosis-like experiences from recreational cannabis in a non-clinical sample. *Psychol Med*. 2008;38(9):1267-76.
33. Stirling J, Barkus EJ, Nabosi L, Irshad S, Roemer G, Schreudergoidheijt B, Lewis S. Cannabis-induced psychotic-like experiences are predicted by high schizotypy. Confirmation of preliminary results in a large cohort. *Psychopathology*. 2008;41(6):371-8.
34. Verdoux H, Gindre C, Sorbara F, Tournier M, Swendsen JD. Effects of cannabis and psychosis vulnerability in daily life: an experience sampling test study. *Psychol Med*. 2003;33(1):23-32.
35. McGuire PK, Jones P, Harvey I, Williams M, McGuffin P, Murray RM. Morbid risk of schizophrenia for relatives of patients with cannabis-associated psychosis. *Schizophr Res*. 1995;15(3):277-81.
36. Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, Lewis G. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*. 2007;370(9584):319-28.
37. Roncero C, Collazos F, Valero S, Casas M. Cannabis consumption and development of psychosis: state of the art. *Actas Esp Psiquiatr*. 2007;35(3):182-9.
38. Laranjeira R. IN: *Legalização: em busca da racionalidade perdida*. [citado 22 Dez 2009]. Disponível em: http://www.uniad.org.br/images/stories/Capitulo_1_-_Legalizacao_-_Busca_da_racionalidade1.pdf.
39. Zuardi AW, Crippa JAS, Guimarães FS. *Cannabis e Saúde Mental. Uma revisão sobre a Droga de Abuso e o Medicamento*. São Paulo: FUNPEC Editora; 2008.

40. Leweke FM, Koethe D. Cannabis and psychiatric disorders: it is not only addiction. *Addiction Biol.* 2008;13(2):264-75.
41. Castle D, Murray R. *Marijuana and Madness. First edition. United Kingdom: Cambridge University Press; 2004.*
42. Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Alcohol, cannabis and tobacco use among Australians: a comparison of their associations with other drug use and use disorders, affective and anxiety disorders, and psychosis. *Addiction.* 2001;96(11):1603-14.
43. Noble E, Zhang X, Ritche T, Lawford B, Grosser S, Young R, Sparkes R. D2 dopamine receptor and GABA(A) receptor beta3 subunit genes and alcoholism. *Psychiatr Res* 1998;81(2):133-47.
44. Noble E, Berman S, Ozkaragoz T, Ritchie T. Prolonged P300 latency in children with D2 dopamine receptor A1 allele. *Am J Hum Genet* 1994;54:658-68.
45. Pohjalainen T, Rinne J, Nagren K, Lehtikoinen P, Anttila K, Syvallahti E, Hietala J. The A1 allele of the human D2 dopamine receptor gene predicts low D2 receptor availability in healthy volunteers. *Mol Psychiatry* 1998;3(3):256-60.
46. Miller N, Gold M, Belkin B, Klahr A. The diagnosis of alcohol and cannabis dependence in cocaine dependents and alcohol dependence and their families. *Brit J Addiction* 1989; 84: 1491-98.
47. Maddux J, Desmond D. Family and environment in the choice of opioid dependence or alcoholism. *Am J Drug & Alcohol Abuse* 1989; 15: 117-34.
48. Hill S, Cloninger C, Ayre F. Independent familial transmission of alcoholism and opiate abuse. *Alcohol Clin Exp Res* 1977; 1: 335-42. [
49. Bierut L, Dinwiddie S, Begleiter H, Schuckit M, Reich T. Familial transmission of substance dependence: alcohol, marijuana, cocaine, and habitual smoking. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 982-88.
50. Merikangas K, Stolar M, Stevens D, O'Malley S, Rousanville B. Familial transmission of substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 973-79.
51. Hrubec Z, Ommen G. Evidence of genetic predisposition to alcoholic cirrhosis and psychosis: twin concordances for alcoholism and its biological endpoints by zygosity among male veterans. *Alcohol Clin Exp Res* 1981; 5: 207-15.
52. Reed T, Page W, Viekn R, Christian J. Genetic predisposition to organ-specific endpoints of alcoholism. *Alcohol Clin Exp Res* 1996; 20: 1528-33.
53. Kendler K, Prescott C, Neale M, Pedersen N. Temperance board registration for alcohol abuse in a national sample of Swedish male twins, born 1902 to 1949. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 178-84.
54. Prescott C, Kendler K. Genetic and environmental contributions to alcohol abuse and dependence in a population-based sample of male twins. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 34-40.
55. Kendler K, Neal M, Eaves L. A twin family study of alcoholism in women. *Am J Psychiatry*, 1994 151(5): 707-15.
56. Prescott C, Neale M, Corey L, Kendler K. Predictors of problem drinking and alcohol dependence in a population-based sample of female twins. *J Stud Alcohol* 1997; 58(2): 167-81.

57. Pickens R, Sviki D, McGues M, Lykken D, Heston L, Clayton P. Heterogeneity in the inheritance of alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 19-28.
58. Tsuang M, Lyons M, Eisen S, Goldberg J, True W, Nang L, Eaves L. Genetic influences on abuse of illicit drugs. *Am J Med Genet* 1996; 5: 473-7.
59. Parfrey PS. The effect of religious factors on intoxicant use. *Scand J Soc Med* 1976;4(3):135-40.
60. Engs RC. The drug-use patterns of helping-profession students in Brisbane, Australia. *Drug Alcohol Depend* 1980;6(4):231-46.
61. Engs RC, Hanson DJ, Gliksman L, Smythe C. Influence of religion and culture on drinking behaviours: a test of hypotheses between Canada and USA. *Br J Addict* 1990;85(11):1475-82.
62. Isralowitz RE, Ong TH. Religious values and beliefs and place of residence as predictors of alcohol use among Chinese college students in Singapore. *Int J Addict* 1990;25(5):515-29.
63. Luna A, Osuna E, Zurera L, Garcia-Pastor MV, Castillo del Toro L. The relationship between the perception of alcohol and drug harmfulness and alcohol consumption by university students. *Med Law* 1992;11:3-10.
64. Cronin C. Religiosity, religious affiliation and alcohol and drug use among American college students living in Germany. *Int J Addict* 1995;30(2):231-8.
65. Ndom RJE, Adelekan ML. Psychosocial correlates of substance use among undergraduates in Ilorin University, Nigeria. *East African Medical Journal* 1996;73(8):541-7.
66. Singh H, Mustapha N. Some factors associated with substance abuse among secondary school students in Trinidad and Tobago. *J. Drug Education* 1994;24(1):83-93.
67. McC Miller P, Plant M. Drinking, smoking and illicit drug use among 15 and 16 years olds in the United Kingdom. *British Medical Journal* 1996; 313(17):394-7.
68. Strote J, Lee JE, Wechsler H. Increasing MDMA use among college students: results of a national survey. *J Adolesc Health* 2002;30(1):64-72.