

OS FUNDAMENTOS E AS INDICAÇÕES DO TRATAMENTO COMBINADO POR ETAPAS DE HEROINODEPENDENTES EM AMBULATÓRIO

MÁRIO DAVID, DOMINGOS NETO

Centro de Atendimento de Toxicodependentes. Restelo. Lisboa

RESUMO

O Tratamento Combinado e por Etapas é uma nova metodologia para orientar casos de dependência às drogas, no seio das famílias. Este método recorre a diversas técnicas de um modo combinado, tais como: o Aconselhamento e a Terapia Familiar, no uso Pontual de Psicofármacos de Antagonistas de Opiáceos e ainda a apoios psicoterapêuticos tanto de cariz individual como grupal. Todas elas estão interligadas a um projecto de reabilitação psico-social pessoal. Este tratamento fundamenta-se no exercício de abordagens familiares e nos programas de comunidades terapêuticas. Fez-se uma revisão sobre os diferentes contributos e sobre a evolução das modalidades terapêuticas e ainda sobre alguns fenómenos habituais que surgem ligados a esta problemática: a abstinência, os consumos concomitantes, as recaídas precoces ou tardias, os tipos de personalidades predominantes, as dinâmicas familiares mais comuns.

SUMMARY

COMBINED AND STAGED TREATMENT OF DRUG ADDICTION

Combined and Staged Treatment is a new clinical methodology for the orientation of drug addiction cases within families. This methodology resorts to several techniques in a combined way, such as: Family Therapy and Counselling; the use of Psychopharmacology and Opioid Antagonists; as well as individual and group psycho-therapeutics. These are all linked to a personal psycho-social rehabilitation program. This treatment is based on family accessibility and therapeutic community programs. The authors review different contributions and the evolution of different therapeutic modalities. Finally they propose a list for inductions and another for the formal contra-indications for this kind of treatment.

INTRODUÇÃO

O Tratamento Combinado e por Etapas é uma nova proposta de metodologia clínica para orientar casos de dependência por drogas, em ambulatório e no seio da família. Trata-se de uma metodologia que recorre de um modo combinado a diversas técnicas: o aconselhamento e a terapia familiar; a psicofarmacologia; o uso de anta-

gonistas; o apoio psicoterapêutico individual ou grupal. Todas elas estão interligadas a um projecto pessoal de reabilitação psico-social. A sua concepção apoia-se numa análise e compreensão de diversos aspectos: quem são os consumidores, como se encontram em termos de saúde física e mental, quais são os seus problemas de índole familiar, sócio-profissional ou judicial, etc.

Esta modalidade de tratamento tenta dar novos contributos para o desenvolvimento de intervenções terapêuticas mais adequadas às características dos fenómenos que surgem frequentemente ligados às toxicodependências, tais como: a abstinência, os consumos concomitantes, as recaídas precoces ou tardias, os tipos de personalidades predominantes, as dinâmicas familiares mais comuns, assim como, inúmeras outras situações criadas pelo abuso de substâncias que estas famílias têm de se confrontar.

Por seu lado, as famílias dos toxicodependentes apesar de terem níveis altos de disfuncionalidade, podem ser bastante maneáveis a fim de baixar, os riscos do desenvolvimento e/ou da manutenção de sentimentos de impotência, de rejeição ou de desespero, que poderão levar a situações graves de ruptura, entre os seus membros.

As técnicas de abordagem familiar propostas estão ligadas às intervenções estratégicas e estruturais, em função da concepção de intervenção focal para o paciente identificado (PI) e sobre a função protectora do «sistema» em relação a diversos tipos de disfuncionalidade familiar. Enquanto se desenrolam esforços no sentido de se encontrar uma possível aliança terapêutica com a família e o paciente identificado, no sentido de haver condições psicológicas e de dinâmica familiar para se avançar para o desenvolvimento de um processo terapêutico sobre o problema aditivo em questão que se vai incentivar através do cumprimento de certos objectivos (abstinência, prevenção de recaídas, etc.).

Os processos terapêuticos deverão ter momentos definíveis (*Etapas*) que deverão ser clarificados e ultrapassados em funções de objectivos específicos.

Assim sendo teríamos uma 1.^a ETAPA, designada: PREPARAÇÃO para a ACTUAÇÃO, na qual se faz a avaliação da motivação para a mudança pessoal, da história toxicológica, das tentativas de tratamento anteriores, da psicopatologia, do grau de desinserção pessoal e social e da caracterização da dinâmica familiar com a elaboração de um genograma completo de três gerações.

Depois segue-se, uma 2.^a ETAPA, denominada: A ACTUAÇÃO ou PROJECTO de DESINTOXICAÇÃO, em que se estabelece um contrato com regras e prescrições claras e adequadas entre o paciente, a família e o terapeuta; desde que a família apresente qualidades de funcionalidade e de coesão suficientes para o realizarem em sua casa, esta desintoxicação física terá uma duração de cerca de 7/8 dias com apoio directo do terapeuta e far-se-á com recurso a medicação psicofarmacológica e com a introdução de antagonistas e/ou a medicação aversiva.

A 3.^a ETAPA ou PROJECTO PSICOTERAPÊUTICO e de REABILITAÇÃO PSICO-SOCIAL, no qual se irá desenrolar um processo simultaneamente individual e familiar, em momentos distintos, com recurso a abordagens diferenciadas: psicoterapia individual ou em ambiente grupal (grupos de entre-ajuda, N.A. e F.A. ou psicoterapia individual ou grupal) e uma intervenção psico-social integrada que inclui desenvolvimento de actividades criativas e recreativas

A ABORDAGEM FAMILIAR

Este estilo de abordagem familiar fundamenta-se na importante tradição da terapia familiar, expressa, no trabalho desenvolvido por Stanton e Todd^{1,2}, em cujo estudo, a amostra era constituída por heroínómanos que se encontravam envolvidos em programas de metadona, a quem foi feita uma intervenção familiar durante 12 meses. Estes autores tinham partido de alguns pressupostos: a) As famílias estavam disponíveis; b) A maioria destes jovens, apesar de aparentarem um certo nível de independência, revelavam ter uma peculiar relação com o dinheiro, a casa e a influência dos pais.

Estes estudos permitiram concluir que: 1.º) o grupo de adictos manejados em terapia familiar, atingiram mais dias de abstinência, do que os que não a tiveram; 2.º) as famílias dos toxicodependentes não estão necessariamente pouco motivadas e podem ser envolvidas em programas de terapia familiar; 3.º) foi o terapeuta familiar, quem teve o papel decisor, em cada caso, na determinação da descida e mesmo paragem do programa da metadona; 4.º) um único terapeuta lidou com paciente e respectiva família, mas, na retaguarda, existia um grupo de suporte e supervisão.

Na abordagem familiar focalizada sobre o «sintoma» (consumo de drogas), propõe-se uma postura de «visão binocular» por parte do terapeuta que permite o desenvolvimento tendencial, em separado de dois processos terapêuticos: um, ao nível da dinâmica familiar e um outro, ao nível da separação-indivuação do paciente identificado, baseando-nos em três regras básicas: 1.º) a existência de uma diacronia entre as intervenções terapêuticas; 2.º) a confidencialidade do material clínico obtido nas sessões de abordagem individual; 3.º) nunca aceitar os desejos do paciente no sentido de se deixar substituir na confrontação com a sua família.

As consultas familiares serão sempre na presença do paciente designado e das figuras parentais, não sendo obrigatória, a presença de outros elementos desde que a sua posição na dinâmica familiar não seja considerado como altamente pertinente para a boa evolução. A não presença do paciente identificado, pode ocorrer em situações extremas tais como: fugas de casa ou grave quebra de regra de funcionamento familiar.

Então tenta-se fomentar a coesão familiar e a elaboração de estratégias para obtenção de objectivos como: a abstinência, o projecto pessoal, os horários, as regras familiares, etc. Além disso, promove-se as seguintes questões:

- a) clarificação das dinâmicas familiares e dos problemas propostos por qualquer membro;
- b) estabelecimento de um contrato claro entre os pais, o paciente-identificado e o terapeuta;
- c) clarificação dos limites intra e intergeracionais na família;
- d) reforço do papel parental no controlo e na contenção da situação (consumo de substâncias adictivas);
- e) envolvimento dos familiares no atingir de objectivos a delinear.

Também se implementa algumas prescrições que consideram como fundamentais:

- a) reafirmação das regras da casa especialmente aquelas que tenham sido desrespeitadas sistematicamente pelo jovem;
- b) a aceitação por parte dele do princípio da co-gestão das suas fontes de rendimento, nos meses iniciais;
- c) proceder-se à avaliação familiar da abstinência ou dos consumos concomitantes através de análises toxicológicas urinárias sobre as substâncias em questão;
- d) fazer a tomada do antagonista diluído ou em solução oral, através do envolvimento de figuras parentais ou de um tutor, que o administram presencialmente;
- e) decorrente do ponto anterior propomos que o paciente identificado não deverá fazer automedicação, em particular, com qualquer produto farmacológico de efeito psicotrópico^{3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11}.

Aliás, os autores têm verificado que o controlo analítico de substâncias, articulado com o envolvimento familiar, é um instrumento importante para a coesão e continuidade dos processos terapêuticos. Este é um procedimento muito simples e efectivo para ajudar a acabar com atitudes desadequadas que surgem nas famílias por causa dos problemas gerados directa ou indirectamente pelo abuso de drogas^{12, 13}.

O manejo da «função protectora» da toxicodpendência do paciente identificado e do pseudo-equilíbrio existente em dinâmicas familiares que pode abranger uma diversidade de situações, tais como: baixos níveis de interacção verbal e emocional e de socialização entre os seus membros, comportamentos aditivos (álcool, medicamentos ou drogas) em irmãos ou em progenitores, conflitos prolongados na idade parental, divórcios ou separações conjugais, tentativas de suicídio ou morte de familiares, perdas e lutos familiares não elaborados, etc.

Estes deverão ser manejados dentro da matriz familiar, através da clarificação das alianças patológicas entre os sistemas parental e filial, do manejo das comunicações familiares, sejam: segredos, mentiras sistemáticas, manipulações ciúmes ou invejas persistentes, etc.

Além disso, a maior duração do uso anterior de drogas apareceu associada à baixa de qualidade do suporte familiar e à estrutura de tipo monoparental (por morte, separação ou divórcio dos pais), com a ocorrência de situações familiares graves: divórcios, conflitos prolongados, alcoolismo ou problemas psicológicos noutros membros^{12, 13}.

A MEDICAÇÃO COM ANTAGONISTAS

Nos primeiros ensaios clínicos realizados sobre a utilização de naltrexone, que foi sintetizado por Blumberg, em 1965. Estes revelaram resultados bastante desencora-

jadores, pois, só cerca de 50% dos candidatos aderiram à administração deste medicamento e nas duas semanas seguintes, os abandonos foram de ordem dos 25%. Aos nove meses, estes abandonos atingiam, valores de 94% da amostra inicial e aos seis meses de tratamento, já não havia diferenças, entre os grupos-estudo e os grupos-controlo¹⁴.

Considerou-se de que entre outros factores devia-se, ao facto de terem utilizado metodologias semelhantes aos programas de administração de metadona e porque estas amostras de toxicodpendentes eram caracterizadas por pacientes com altos níveis de funcionamento de marginalidade social e com baixos índices de motivação para a abstinência^{15, 16, 17, 18, 19}.

Posteriormente, houve estudos que demonstraram a tomada do antagonista se tornava muito mais eficaz, se fosse realizada, com o envolvimento dos familiares. No estudo de O'Brien²⁰, os jovens que tomaram o naltrexone durante mais tempo, foram os que tiveram melhores resultados quanto à abstinência a curto prazo.

Outros autores apontaram para a interligação da manutenção da abstinência apoiada no antagonista opióide com outras formas de intervenção terapêutica (psicoterapia individual e/ou grupal), como factor para períodos mais longos de abstinência e valores mais altos nas taxas de retenção^{21, 22, 23, 24, 25}.

De facto, os mais recentes avanços na abordagem terapêutica de jovens com comportamentos aditivos mostraram que as metodologias integradas foram mais eficazes do que as estratégias individuais de tratamento^{20, 21, 22}.

Estes dados vieram reforçar a nossa compreensão sobre a necessidade de se desenvolver uma aplicação integrada das diferentes técnicas, como estratégia-base para melhores evoluções clínicas nestes grupos de toxicodpendentes. Este conceito de combinação de técnicas, não se restringe à simples aplicação conjunta das diferentes técnicas, mas a uma práxis específica. Existem diversos aspectos específicos, como, o recurso ao menor número de técnicos a serem envolvidos, em cada intervenção, que tem consequências pertinentes, tais como: a facilitação na obtenção da informação, no investimento emocional, tanto do jovem, como da sua família, no desenvolvimento do sentimento de unidade dinâmica em cada abordagem, na diminuição do ruído comunicacional entre os técnicos envolvidos, o que irá favorecer significativamente as hipóteses de evoluções positivas, qualquer que seja a modalidade psicoterapêutica utilizada^{5, 6, 7, 8, 11, 12, 13}.

AS ABORDAGENS PSICOTERAPÊUTICAS

Quanto às abordagens psicoterapêuticas de orientação analítica nas toxicodpendências, estas foram sempre difíceis, segundo Nyswander²⁶, as taxas de abandono eram altas e muito precoces.

Na década de 80, surgiram trabalhos que avaliavam o uso concomitante de psicoterapia e de naltrexone: no estudo de Resnick²², os heroínodpendentes foram dividi-

dos em dois grupos: um de alta intervenção (cerca de 70 minutos semanais de psicoterapia) e um outro de baixo nível de intervenção (10 a 20 minutos semanais de psicoterapia). No 1.º grupo, ocorreu uma taxa de retenção de 73%, na fase de desintoxicação e de indução do naltrexone. Aos três meses de terapia era já de 70% e aos seis meses era ainda de 54%. No 2.º grupo as taxas apuradas foram respectivamente de 53%, de 40% e de 40%. Outros autores^{23,27} também obtiveram bons resultados em processos psicoterapêuticos, com pacientes que foram considerados como altamente motivados.

Acha-se que as propostas para abordagens psicoterapêuticas estruturadas devem ser propostas quando estes jovens já tenham clarificado minimamente questões psicológicas do tipo: como estarem abstinente ou como afastarem-se dos seus contextos de convivência e de consumo das drogas, não sofram de altos níveis de ambivalência psicológica quanto ao desejo genuíno de mudança pessoal, terem realizado alguma evolução terapêutica, a fim de estarem em condições para propiciarem condições psicológicas de envolvimento e de continuidade, a uma proposta desta natureza¹¹.

INVESTIGAÇÃO SOBRE A METODOLOGIA T.C.E.

Os autores desenvolveram, duas investigações clínicas, com populações de heroinodependentes, não seleccionadas e com entrada sequencial, nos projectos terapêuticos. A primeira investigação de NETO D. (1995)¹², avaliou uma amostra de 63 pacientes, através de três investigadores médicos, em que ocorreu uma adesão média de 70% e cujas taxas de retenção foram de 77% ao 3.º mês de tratamento, ao 6.º mês de 66%, ao 9.º mês de 59% e ao 12.º mês de 57%. Na outra investigação, DAVID M. (1996)¹³ foi estudada, uma outra amostra de 101 heroinodependentes estudado nas mesmas condições, no qual aderiram 73% da amostra inicial (74 pacientes) e as taxas de retenção obtidas, foram de 88% ao 3.º mês de tratamento, ao 6.º mês de 57%, ao 9.º mês de 47% e de 46% aos 12 meses.

Os dados destes estudos revelaram que a metodologia (Tratamento Combinado e por Etapas) surge como uma alternativa terapêutica, se tivermos em comparação os dados apresentados em estudos semelhantes como, os de Ochoa E. (1992)²⁸ em que fez a avaliação de 50 pacientes heroinodependentes, afirmando ter obtido as seguintes taxas de retenção: 70% ao 2.º mês, 46% ao 6.º mês e 20% aos 12 meses ou noutra trabalho da mesma autora²⁹ com uma amostra de 365 jovens heroinómanos apresentou os valores de 85% ao 1.º mês, 75% ao 3.º mês, 52% ao 6.º mês e 16% ao fim de um ano de tratamento. (Nota: 32 pacientes que tiveram alta antes dos 12 meses).

CONCLUSÕES

Esta nova abordagem tem-se revelado, ser aplicável a uma grande variedade de situações, para além dos casos que apresentam a sua família com um mínimo de qualidade de funcionamento interno e desejando-se envolver,

tais como: casos de namorados e casais em que ambos são consumidores, desde que, aceitem ser separados temporariamente e remetidos às suas famílias de origem, para o desenvolvimento dos respectivos processos terapêuticos, em ambulatório, na abordagem de fratrias de consumidores, na intervenção de casais em que um cônjuge é não-consumidor e estando disposto a dar o seu apoio, de modo articulado.

Também tem sido possível perceber quais as situações em que há contra-indicações e que são bastante semelhantes às de todas as outras abordagens familiares, em que serão situações, por exemplo, do tipo:

- 1) Pais sem autoridade parental, nem capacidade para adquirir: diminuídos fisicamente (idade avançada ou doença grave) ou afectados por doença mental (alcoolismo grave, psicose, etc.).
- 2) Famílias que se encontrem num grave processo de ruptura, causada por persistentes atitudes de rejeição e de abandono, por parte de alguma das figuras parentais.
- 3) Jovens que tenham quebrado de modo persistente um número significativo de regras de funcionamento familiar e que não estejam preparados para tentarem alguma atitude de mudança.
- 4) Pais que revelem significativa incapacidade para exercer atitudes de contenção e de apoio emocional^{8, 9, 10, 11, 12, 13}.

BIBLIOGRAFIA

1. STANTON M, TODD TC: The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction, New York, The Guilford Press 1982.
2. STANTON MD: Fusion, compression and the workings of paradox: A theory of therapeutic/systemic change, *Fam Proc* 1984;(Vol. 23) 2:135-67.
3. KAUFMAN E, KAUFMAN P: The applications of the basic principal of family therapy to the treatment of drug and alcohol abuse, *Family therapy of drug and alcohol abuse*, New York, Gardner Pres 1979.
4. KAHN MD: The self and the system: integrating Kohut and Milan, In Sugarman S., *The interface of individual and family therapy*, Rockville-Maryland, Aspen Publishers 1985;50-64.
5. NETO D: Deixar a droga: Tratamento para os anos 90, Lisboa, Edições 70, 1990.
6. NETO D: Tratamento Combinado de Toxicodependentes, *Acta Médica Portuguesa*, Lisboa 1990;26-8.
7. NETO D, DAVID M: Toxicodependentes: Tratamento Combinado e por Etapas, *J Notícias Médicas*, 1991, Julho, (Suplementos), n.º 1994: 1-4, n.º 1995:1-2.
8. NETO D: Dois casos de tratamento de toxicodependentes. Evolução contrária às expectativas, *J Notícias Médicas*, 1991, (Suplemento) n.º 2010:1-4.
9. NETO D, SARDINHA L: Remissão e maturação espontâneas após paragem dos consumos, num caso de tratamento de heroinodependente, *J Notícias Médicas* 1993;2114:7 e10.
10. NETO D, SARDINHA L, DAVID M, et al: Adopção de heroinodependentes como estratégia de tratamento em ambulatório, *Acta Médica Portuguesa* 1993;6:105-7.
11. DAVID M, NETO D: A evolução de dois casos segundo o método: Tratamento Combinado e por Etapas, *J Notícias Médicas* 1993;2113:12-4.
12. NETO D: Tratamento Combinado por Etapas. Tese de Doutoramento, Fac. Ciências Médicas, Univ. Nova de Lisboa, Lisboa 1995.
13. DAVID M, GEADA M, NETO D: Evolução de Indicadores Socio-Demográficos e Familiar, apresentado no 2.º Seminário TCE, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas (Univ. Nova de Lisboa), 1996, aceite para publicação na *Acta Médica Portuguesa* (1997).
14. BREWER C: New treatments for opiate dependence, *Druglink* 1990;5:2:14-5.

15. MELLO NK, MENDELSON J, et al: Operant analysis of human heroin: self-administration and the effects of naltrexone, *Journ. of Pharmacol. and Experiment. Therapeut.* 1981;16, n.º 1:45-54.
16. KLEBER HD, KOSTEN T: Naltrexone induction: Psychologic and Pharmacologic Strategies, *Journ Clin Psychiatr* 1984;45:9(Sec 2): 29-38.
17. GINZBURG HM: Naltrexone, its Clinical Utility, in *Advances in Alcohol and Substance Abuse* 1985;6:83-101.
18. JAFEE J: Psychoactive substance use disorders, in Kaplan, H.I. and adock, B.J., *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Baltimore, London, ed. Williams & Wilkins 1989:642-86.
19. DIAS CA: A influência relativa dos factores psicológicos e sociais no evolutivo toxicómano, 1982, Lisboa, ed. Ciência e Vida.
20. O'BRIEN CP: Avant-propos in *Nalorex: Clorhydrate of naltrexone*, ed. Dupont de Nemours, S.A., Division Pharmacie, Paris 1984:5-7.
21. NESTOR S: Antagonistas Opiáceos, *Psicoterapia Analítica, uma Combinacion Possible*, *Rev Españ de Drogodepend* 1988;13(4): 277-86.
22. RESNICK RB, WASHTON AM, WASHRTON NS: Psychotherapy and naltrexone in opioid dependence, In Harris, L.S., *Problems of Drug Dependence DHHS Publication (ADM)*, US Dept of Healt and Human Services, NIDA Research Monograph n.º 34, 1980;109-15.
23. WASHTON AD, POTTASH AC, et al: Naltrexone in addicted Business Executives and Physicians, *J. Clin. Psychiatry* 1984;45;9 (Sec2):39-41.
24. VICENTE TN, CASTRO AS: Tratamento dos heroínómanos por antagonistas dos opiáceos, ed. *Colectânea de Textos*, Taipas-Lisboa 1990:127-31.
25. VILLAR JB: Farmacoterapia da dependência: Naltrexona en el tratamiento de los dependientes de opiáceos, V *Congres. Iberoamerican. Drogodependencias e Alcoolismo*, Madrid, Nov. 1989:461-72.
26. NYSWANDER M, WINICK C, et al: The Treatment of Drug Addicts as Voluntary Outpatients: A Progress Report, *Arch Gen of Psychiatry* 1957;40, Jun:714-29.
27. LING W, WESSON D: Naltrexone Treatment for Addicted Health-Care Professionals: A Collaborative Private Practice Experience, *J Clin Psychiat* 1984;45:9(Sec 2):46-8.
28. OCHOA E, ALIÑO JL, PERIS JC, GRACIA AC: Tratamiento de deshabitacion con naltrexona en la dependencia de opiáceos. *Actas Luso-Espanholas de Neurologia e Psiquiatria* 1992;20-5:215-29.
29. OCHOA E, ARIAS F, SOMOZA JC, IBOR JL: Tratamiento con naltrexona en dependientes de opiáceos: dos años y medio de seguimiento, *Arch de Neurobiologia* 1992;55-5:224 -7.