

# ADOÇÃO DE HEROINODEPENDENTES COMO ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO EM AMBULATÓRIO

DOMINGOS NETO, LUIS SARDINHA, MÁRIO DAVID, SÓNIA CANTANTE

Serviço de Saúde Mental e Psiquiatria. Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.

## RESUMO

Os autores descrevem o tratamento em ambulatório de um jovem, filho de uma mãe divorciada, tratado segundo uma metodologia denominada Tratamento Combinado e por Etapas de Heroíno-dependentes, em que se recorre a consultas familiares com audição concomitante do doente e ao uso de um antagonista opióide denominado naltrexone. Este jovem foi *adoptado* por um tio materno e pela esposa deste, uma vez que a mãe, divorciada e idosa, vivia sozinha com ele e não reunia as condições indispensáveis para o seu suporte, contenção e tratamento. O tio assumiu completamente a tutela do caso e proporcionou-lhe bases para uma identificação e maturação psíquicas. O rapaz tem um ano de tratamento e uma evolução boa: passou o ano lectivo, mantém-se integrado familiar e socialmente, não consome heroína. A adopção de heroíno-dependentes é, neste artigo, apenas um aspecto particular de uma metodologia de tratamento que é comum para todos os casos. De facto, defendemos, de um modo geral, a *readopção* ou *prise en charge* especial, assistida pelo médico e transitória, do jovem pelos pais ou por outros familiares chegados.

## SUMMARY

### Adoption of heroin addicts as a strategy of ambulatory treatment. Presentation of a case

The authors describe the ambulatory treatment of a young man, the son of a divorced mother, where they used a methodology called Combined Treatment of Heroin Addicts, which was done in stages. They used family sessions, with a concomitant hearing of the patient alone, combined with the use of an opioid antagonist, called naltrexone. The young man was *adopted* by an uncle, married to his mother's sister, because his mother was divorced, living alone, and was too old to support, contain and provide her son with the necessary basis for treatment. The uncle assumed the tutorage of the case completely and gave his nephew the basis for identification and psychic maturation. The young man has now a year of treatment with a satisfactory evolution: he has had good results in his studies, has achieved good family and social integration, and does not use heroin.

## INTRODUÇÃO

Normalmente somos procurados por toxicómanos e respectivas famílias, e a experiência, bem como trabalhos de autores reconhecidos<sup>1,2</sup>, ensinou-nos a não recusar ninguém que queira dar o seu contributo ao tratamento de um destes jovens. Atendemos assim também e sempre os elementos mais significativos e chegados da matriz familiar de cada um deles. Por vezes convocamos familiares importantes que não tinham comparecido às consultas até então, e fazemos-lhes saber da indispensabilidade de eles comparecerem para que o processo possa continuar a ser conduzido a bom termo.

O jovem necessita ter uma matriz familiar bastante estável e forte para poder beneficiar da abordagem terapêutica em ambulatório que praticamos, que denominamos de Tratamento Combinado e por Etapas de Heroíno-dependentes (TCE)<sup>3-5</sup>. Necessita, para melhor evolução, de ter uma díade parental suficientemente unida enquanto pai e mãe, e não necessariamente enquanto marido e mulher. É nossa impressão que os jovens filhos de famílias nucleares intactas evoluem melhor do que os filhos de famílias com os pais separados ou falecidos.

Necessitam particularmente de ter um progenitor do sexo masculino suficientemente forte. A heroíno-dependência, dito de modo simplificado, é uma doença de homens (80 a 90% dos casos) e *os homens têm uma parte indispensável na sua cura*; isto é: cura-se quando os homens adultos (pais) concluem com os seus filhos rapazes o processo de aculturação que tinham interrompido, ou feito incompletamente. É claro que há outras vertentes no fenómeno da toxicómano-dependência, mas neste momento interessa-nos salientar esta.

Existe um espaço de aculturação do toxicómano do sexo masculino que só pode ser feito com figuras parentais do mesmo sexo, e sem que esse processo tenha sido completado não se pode dizer que tenha havido uma maturação completa da sua personalidade.

O rapaz, tendo sido suficientemente nutrido do amor da mãe, necessita agora de um homem para se aculturar e ganhar as necessárias dimensões masculinas. Os rituais de passagem do sexo masculino dos séculos anteriores foram postos de lado. A força física masculina, que dantes assumia um papel importante em trabalhos pesados, na caça e na defesa da família, tem agora um papel bem menor. O serviço militar já não têm aquela função iniciática que tinha no século passado. As sociedades ditas desenvolvidas ainda não criaram outros rituais de transição, mais adaptados à situação actual.

É necessário, na cura em ambulatório da maior parte dos toxicómanos, uma etapa em que o jovem convive mais estreitamente com o pai, resolvendo com este problemas que tenham ficado mal resolvidos no passado, e terminando um processo de *aculturação masculina* que tinha sido suspenso. Um filho do sexo masculino que não tenha tido uma etapa chegada e amistosa na relação com o seu pai terá sempre mais dificuldades na relação com outras pessoas do mesmo sexo.

Além disso, uma característica dos toxicómanos é que eles não se limitam a sofrer ou a não conhecer o prazer de viver (e muitas vezes a usar as drogas como auto-medicação contra esse sofrimento). Também transgridem e

têm por vezes poucos mecanismos de auto-regulação, mesmo depois de terem deixado de se drogar. Necessitam do afecto que só a família pode dar e também de um quanto baste (quantum satis) de contenção e firmeza, que a família, orientada pelo terapeuta, também melhor do que ninguém pode dar.

Os progenitores necessitam trocar muita informação entre si, nenhum deles guardando segredos do jovem, e de ter uma atitude comum, carinhosa e firme face a este<sup>6</sup>. Precisam de estar informados sobre o problema da droga, de ter uma cultura sobre este assunto e, se possível, de contactar com outros pais com o mesmo problema.

Quando uma família não tem qualquer destas valências humanas procuramos acrescentar-lhas, na medida do possível. E é aí que entra a adopção, isto é, a possibilidade de entregar o jovem, enquanto dure o tratamento, à tutela de outrém que não os pais. A adopção justifica-se pela necessidade de encontrar um meio suficientemente sustinente e contentor para realizar o TCE.

Já temos recorrido várias vezes à entrega de heroinodependentes em tratamento a adultos que não são os pais, e que a isso se prestam voluntariamente<sup>3</sup>. Outras vezes são esses mesmos pais *adoptivos* que pedem a nossa ajuda. O caso mais paradigmático é o de um jovem que temos em tratamento, duplamente órfão, e que foi adoptado por uma família que o encontrou na rua e que lhe é completamente estranha.

A adopção inspira-se nos princípios gerais da bondade e solidariedade humanas, em que a Medicina também se baseia e a que sempre recorre para realizar curas e consolidá-las.

Esta medida é apenas um caso particular da metodologia de tratamento de heroinodependentes em ambulatório que defendemos, que não se desvia dos seus princípios gerais. De facto, defendemos e fazemos praticar, em todos os casos que tratamos com este método, uma autêntica readopção dos filhos pelos seus pais, temporária, com muita autoridade, carinho e firmeza, orientada pelo médico, por vezes com prescrições especiais, com uma reinserção social e laboral precoce, e com a garantia de que o jovem não consome heroína, obtida através do antagonista opióide, ministrado ao jovem pelos pais.

### O Caso de Um Jovem Adoptado Pelos Tios

Em 22/10/91 fomos contactados por um rapaz de 22 anos, a que atribuímos o nome suposto de António, acompanhado pela mãe e por um tio, que pretendia parar os consumos de heroína, que fumava diariamente, de cocaína, que por vezes injectava, e de haxixe. Já tinha traficada haxixe, já tinha estado detido por posse de droga e aguardava julgamento.

Havia 15 dias que tinha tirado cheques à mãe, de 66 anos, divorciada há oito, e com quem vivia. Tinha vendido quase todos os objectos de valor dele para comprar droga.

Já tinha tentado tratar-se por duas vezes num estabelecimento oficial de saúde e tinha estado internado durante um mês numa clínica no estrangeiro, tendo abandonado o tratamento.

A mãe era muito idosa, via muito pouco, e, embora querendo ser firme, parecia facilmente manipulável pelo jovem, enredando-se nas teias que este lhe montava e entregando-lhe todo o dinheiro que recebia. O tio, seu irmão, tinha 60 anos e era quadro de uma empresa, em situação de pré-reforma. Casado e sem filhos, tinha apoiado o António desde sempre, ajudando-o a pagar os estudos, a comprar roupa e, provavelmente por mais de uma vez, a obviar à difícil situação económica proporcionada pelos consumos de droga.

O pai do António, que seria o adulto mais indicado para acompanhar a mãe, é reformado, vivendo praticamente sozinho e entretendo-se a arranjar coisas. Divorciado da mãe, nunca arranjou mais nenhuma ligação. O filho descreve-o como desconfiado, distraído e optimista, o que nos lança dúvidas e nos faz pensar numa falsa sociabilidade, com feitio explosivo e talvez paranóide, como o do António. Este vê-o com frequência mas o pai nunca o ajudou materialmente nem manifesta preocupação pela sua doença. O divórcio estava ainda envolvido em ressentimentos, pelo que também a mãe do António parecia não desejar a sua presença.

O António parecia ter muitos traços psicológicos do pai. Extrovertido e falsamente sociável, na realidade não tinha amigos nem parecia preocupar-se muito com isso. Tinha acabado havia um ano um namoro com uma rapariga que não consumia. Após quase um ano de tratamento continua a não namorar, o que também não o incomoda.

É extremamente inteligente e frequentava o 1.º ano de um curso superior, embora já tivesse reprovado por três vezes durante o ensino secundário. Fez uma desintoxicação em casa sem grandes problemas e em 30/10/91 iniciou o naltrexone, em dose diária de um comprimido de 50 mg, dissolvido em água e dado pela mãe.

Após a desintoxicação não começou a trabalhar, ao contrário do que acontece com a maior parte dos nossos doentes, mas apenas retomou os estudos, que concluiu com êxito no final do ano lectivo, apesar da recaída que teve pelo meio. (Estudar como única ocupação, nomeadamente num curso superior, é mais difícil, aleatório e menos gratificante do que trabalhar, ou trabalhar de dia e estudar à noite, pelo que preferimos estas últimas soluções com os doentes que tratamos. Desaconselhamos certos cursos de formação profissional, porque há muitos toxicómanos ou antigos toxicómanos mal recuperados a frequentar alguns deles, e desaconselhamos empregos protegidos).

Fez várias análises toxicológicas de urina, todas negativas, e em Dezembro recaiu, voltando a consumir heroína e cocaína em grandes quantidades. Para isso tinha roubado cheques à mãe, tendo levantado a quantia de quase 200 contos.

A mãe tinha começado a dar-lhe o naltrexone inteiro, contrariamente às nossas indicações de lho administrar sempre dissolvido e de o observar enquanto ele o bebia, e ele fingia que o tomava, escondendo-o na boca e cuspiendo-o quando ela voltava costas. Isto possibilitou-lhe voltar a sentir os efeitos da heroína e recair nos consumos desta droga, entrando em desequilíbrio e passando de novo a roubar em casa.

Estava claro que a mãe não era uma pessoa competente para conter este jovem, como acontece com outras mães separadas ou viúvas e já de certa idade, sempre mais vulneráveis às múltiplas pressões, chantagens e aproximações deste tipo de doentes. Punha-se o problema de fazer nova desintoxicação e de encontrar um meio sustinente e contentor mais adequado.

O tio ofereceu-se então, de acordo com a esposa, para receber o jovem em casa dele, em Almada, sugerindo que ele fizesse lá a desintoxicação e o tratamento ambulatório posterior. Pareceu-nos interessante a possibilidade de explorar este ambiente familiar de tipo novo, formador e estruturante da personalidade do jovem, com maiores possibilidades de contenção de excessos e de atitudes dis-sociais, e com uma figura masculina chegada, coisa sempre importante em tratamentos de jovens deste género.

Combinámos então com a mãe que ela perderia completamente a tutela que ainda lhe restava sobre o filho, transferindo-a para o tio, deixando de lhe dar dinheiro e de o receber em casa sem o conhecimento e consentimento deste. Comprometeu-se a informá-lo de todas as suas interacções com o filho.

Procedemos muitas vezes assim nestes casos. Embora estes jovens sejam maiores não são muitas vezes capazes de ganhar a vida e não têm portanto uma verdadeira maioridade psíquica. Necessitam de uma tutela clara e bem definida enquanto durar o tratamento. Esta tutela não deve ser no entanto abusiva e restringe-se aos aspectos directos ou indirectamente relacionados com o uso de drogas, gestão de dinheiro e outros concomitantes.

Como já dissemos, a toxicod dependência atinge predominantemente jovens do sexo masculino. Trata-se normalmente de rapazes deficientemente estruturados em termos de personalidade e de identidade sexual. O contacto com figuras parentais do mesmo sexo é quase indispensável e muito estruturante. Neste caso o tio reunia uma tripla vantagem: a da tutela, que passou a exercer conjuntamente com a esposa, a de ser uma figura de identificação masculina, e a de possuir uma capacidade afectiva e uma disponibilidade económica que lhe permitiam receber o sobrinho em casa por tempo indeterminado, contendo-o, ajudando-o no tratamento e apoiando-o nos estudos.

Este processo adoptivo iniciou-se em Janeiro de 1992, tendo o jovem, a partir dessa data, vivido com os tios e ido passar alguns fins-de-semana com a mãe em Lisboa. Tem tomado o naltrexone com regularidade e feito análises toxicológicas de urina mais ou menos mensais. Recaiu uma vez com cocaína e fuma ocasionalmente haxixe, apesar das nossas recomendações em contrário.

Tem-se entendido bem com o tio, que respeita muito, e iniciou contactos com uma amiga, também toxicómana em recuperação, e com o grupo desta, onde não se consomem drogas. Estes contactos são frouxos, abandonando por vezes o grupo quando se cansa dele.

Conseguiu passar para o 2.º ano, apesar da recaída de Dezembro. Melhorou substancialmente a qualidade da sua vida nos níveis do consumo de drogas, familiar e de estudos. Manterá esta abordagem terapêutica e o naltrexone por tempo indeterminado, até uma maturação mais completa da sua personalidade. Não nos parece acessível a uma abordagem terapêutica mais profunda, nomeadamente psicoterapia analítica.

Este processo tem nove meses de tratamento à altura de escrevermos este artigo, e usou até agora apenas treze consultas familiares, incluindo as das duas desintoxicações, que fez em casa, e nove colheitas toxicológicas de urina. Durante este período fez uma recaída com alguma gravidade, altura em que transitou da casa da mãe para casa do tio. A mãe

costuma acompanhá-lo nas consultas, ao lado dos tios, e manifesta-se satisfeita com esta transição.

Finalmente, o caso do António ilustra ainda outro aspecto: o valor normativo de certas recaídas, quando aproveitadas pelo sistema familiar e pelo médico, para promover evoluções qualitativas no tratamento.

## CONCLUSÕES

Neste tipo de tratamento em ambulatório a abordagem faz-se com a família e não só com o jovem, embora durante as consultas familiares o jovem esteja muitos momentos sozinho em conversas individuais com o médico<sup>1,2,7</sup>, que não revelará o que ele disse, excepto se forem recaídas graves de heroína ou outros assuntos de extrema importância.

O tratamento familiar reforça o discernimento e o poder dos pais, sem diminuir o do filho. Este, em vez de ser controlado nos seus comportamentos quotidianos, é-o apenas no que respeita aos seus consumos de droga, sendo-lhe na prática interdito o consumo de heroína enquanto quiser continuar a viver com os pais. O consumo de cocaína e de todos os outros tóxicos ilícitos também é fortemente desencorajado.

O jovem não precisa só de psicoterapia e de medicamentos mas também de **sustinência** e de **contenção**. A busca de valências sustententes e contentoras nas famílias inclui, quando necessário e possível, a adopção de jovens por outros familiares que não os próprios pais.

## BIBLIOGRAFIA

1. STANTON M.D., TODD T.C.: The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction. The Guilford Press, Nova Iorque, 1982.
2. KAUFMAN E., KAUFMAN P.: Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse. New York, Gardner Press, eds. 1979.
3. NETO D.: Deixar a Droga. Tratamento Combinado de Toxicod dependentes. Edições 70, Lisboa 1990.
4. NETO D.: Tratamento Combinado de Toxicod dependentes. Revista da Ordem dos Médicos. Setembro de 1990.
5. NETO D., DAVID M.: Toxicod dependentes. Tratamento combinado e por etapas. Suplemento aos n.º 1994 e 1995 do Jornal Notícias Médicas. Lisboa, Julho de 1991.
6. NETO D.: Dois casos de tratamento de toxicod dependentes. Evolução contrária às expectativas. Suplemento ao n.º 2010 do Jornal Notícias Médicas. Lisboa, 8 de Novembro de 1991.
7. KAHN M.D.: The self and the system: integrating Kohut and Milan. In Sugarman S., (editor). The interface of individual and family therapy. Aspen Publishers. Rockville. Maryland. 1986 Pags 50/64.