06

TOXICODEPENDÊNCIA(S) E PSICOTERAPIA(S)

ANA ISABEL FERREIRA [1]

RESUMO: A investigação científica tem demonstrado que os toxicodependentes constituem um grupo heterogéneo, com estruturas de personalidade diferentes e com necessidades terapêuticas diferentes. No sentido de reflectir acerca das propostas psicoterapêuticas mais adequadas aos toxicodependentes, realizou-se uma análise bibliográfica sobre os critérios de selecção para diferentes tipos de psicoterapia e aplicaram-se os resultados dessa pesquisa à toxicodependência. Concluiu-se que é necessário efectuar uma cuidadosa avaliação psicológica destes pacientes para que a proposta psicoterapêutica possa ser adequada a cada caso.
Palavras-chave: Toxicodependência; Psicoterapia; Critérios de selecção.

RÉSUMÉ: L'enquête scientifique a démontré que les toxicomanes constituent un groupe hétérogène, avec structures de personnalité différents et avec les besoins thérapeutiques différentes. Dans le sens de réfléchir à propos des propositions psychothérapeutiques plus appropriés au toxicomanes, nous avons fait une recherche bibliographique sur les critères de sélection pour la psychothérapie et les résultats ont été appliqués à la toxicomanie. Il est conclu qu'il faut faire une évaluation psychologique prudente de ces patients afin que les propositions psychothérapeutiques puissent être adaptées à chaque cas.
Mots-clé: Toxicomanie; Psychothérapie; Critères de sélection.

ABSTRACT: Scientific investigation has demonstrated that drug addicts constitute a heterogenic group, with different structures of personality and with different therapeutic needs. In order to reflect about the psychotherapeutic proposals more appropriate to the drug addicts, we made a bibliographical research on the selection criteria for different psychotherapy types and the results were applied to the drug addiction. We concluded that is necessary to make a careful psychological evaluation of these patients so that the psychotherapeutic proposal can be adapted to each case.
Key Words: Drug addiction; Psychotherapy; Selection criteria.

1. INTRODUÇÃO

A investigação científica efectuada nos últimos anos no âmbito da problemática da toxicodependência, parece confirmar aquilo que é também uma constatação clínica, ou seja, que os toxicodependentes, não obstante terem algumas características em comum, diferem bastante uns dos outros no que se refere às suas estruturas de personalidade, à presença ou não de psicopatologia associada e de que tipo, ao grau de severidade do problema, às doenças físicas associadas, aos problemas sociais, etc. (Fleming & Machado Vaz, 1981a; Cancrini, 1994; Fabião, 2002; Silva & Bacelar-Nicolau, 2003).

Estas diferenças têm como consequência uma utilização das drogas por parte dos seus consumidores de formas diversas e com diferentes significados, e também têm implicações ao nível do tratamento, ou seja, os indivíduos dependentes de substâncias têm necessidades diferentes no que diz respeito ao seu tratamento. Por esta razão, os Centros de Atendimento a Toxicodependentes dispõem de uma diversidade de respostas e programas de tratamento a vários níveis (médico, psicológico e social), que os técnicos tentam aplicar da melhor forma a cada caso. Os programas de "redução de riscos" são também um exemplo das tentativas que as Instituições que trabalham nesta área têm vindo a fazer no sentido de se adaptarem, não só aos diferentes tipos de consumidores, como também à própria evolução que o fenómeno vai tendo ao longo dos anos.

No que se refere à área da psicologia clínica em particular, os técnicos que trabalham com esta população, apesar de terem formações teóricas diversificadas, tentam também fazer um esforço de adaptação aos diferentes indivíduos que acompanham, flexibilizando muitas vezes as suas práticas, no sentido de as adaptarem às diversas situações clínicas com que se deparam.

Uma reflexão acerca dos diferentes tipos de psicoterapia e suas indicações pode ser útil para estes técnicos, com vista a facilitar as tomadas de decisão quanto ao rumo a seguir no tratamento, já que, como dizia Sánchez (1992, p. 40), "oferecer uma psicoterapia sem nenhum rigor na selecção dos pacientes pode significar um esforço desproporcionado, para paciente e terapeuta, relativamente aos resultados obtidos, e até resultar estéril ou prejudicial em certas ocasiões".

Para tal, começaremos por efectuar uma breve revisão das principais conclusões científicas relativas à heterogeneidade dos toxicodependentes enquanto grupo. De seguida, faremos uma revisão da literatura acerca dos critérios de selecção para diferentes tipos de psicoterapia. E, finalmente, tentaremos reflectir sobre a aplicação dos critérios encontrados aos toxicodependentes em particular.

2. TOXICODEPENDÊNCIA(S): HETEROGENEIDADE DO FENÓMENO

Alguns estudos acerca da investigação efectuada com vista à identificação de síndromes e perturbações de personalidade em grupos de toxicodependentes permitem concluir que, embora se tenha investigado intensivamente com o objectivo de pôr em evidência um tipo de personalidade específico para a doença alcoólica e, depois, para a toxicodependência, esse tipo de personalidade específica não foi encontrado (Fabião, 2002). Em contrapartida, numerosas investigações têm vindo a demonstrar a heterogeneidade e coexistência de vários grupos-tipo sob a designação geral de dependência de drogas.

A exemplo disso, Blatt (1990, in Fabião, 2002) identificou três grupos de toxicodependentes e concluiu que estes grupos podiam ser caracterizados como perturbações de personalidade, perturbações *borderline* e deprimidos. Por sua vez, Calsyn (1990, in Fabião, 2002) encontrou, numa amostra de 110 toxicodependentes, 47% com perturbação afectiva, 22% com perturbação de personalidade e 10% com sintomas psicóticos.

Segundo Amaral Dias (1980, in Fabião, 2002), os toxicodependentes apresentam uma grande variedade de estruturas de personalidade mas regridem para "um ponto comum", através da experiência com drogas.

Hendriks (1990) encontrou, numa amostra de 152 sujeitos em tratamento numa clínica de desintoxicação na Holanda, 80% de indivíduos que apresentavam pelo menos uma perturbação psiquiátrica para além do abuso de substâncias. As três perturbações psiquiátricas mais frequentes foram a personalidade anti-social, depressão e perturbações relacionadas com a ansiedade.

Cancrini (1994), efectuou uma revisão da investigação científica realizada nos últimos anos acerca da psicopatologia presente nos indivíduos dependentes de drogas.

Concluiu, com base na literatura existente, que é possível classificar os toxicodependentes em quatro grupos-tipo:

• **Perturbações adaptativas** – nestes indivíduos existe uma relação evidente entre um acontecimento externo (trauma psíquico) e o comportamento de abuso de droga;

• **Perturbações neuróticas** – nestes casos existe uma tendência para a redução da ansiedade interna através dos consumos de droga;

• **Psicóticos e *borderline*** – constituem um grupo heterogéneo onde o consumo de droga pode criar uma intensa experiência de liberdade;

• **Perturbações sociopáticas da personalidade** – frequentemente expressam os conflitos psíquicos através do *acting-out*.

O autor concluiu que existe uma necessidade de programas de tratamento mais específicos.

Recentemente, Silva e Bacelar-Nicolau (2003) publicaram um estudo efectuado a partir da análise de protocolos de Rorschach de 51 indivíduos dependentes de heroína, em tratamento. Mediante a utilização de um modelo de análise classificatória hierárquica, os autores identificaram quatro padrões de resposta diferenciados. Concluíram então que existia uma certa heterogeneidade do grupo total de dependentes de heroína e salientaram a importância da avaliação e diagnóstico correctos do indivíduo, condição indispensável a uma ajuda terapêutica adequada.

De facto, a investigação tem demonstrado que os toxicodependentes variam, não só em termos das estruturas de personalidade subjacentes à sua dependência de drogas, mas também no que se refere às suas necessidades terapêuticas. McLellan (1980, in Fabião, 2002) realizou uma investigação em cinco centros americanos, em que foram avaliadas as áreas dos problemas médicos, sociais, psicológicos, criminais, familiares e consumos de substâncias. Concluiu que, entre a população toxicodependente, existem amplas variações em termos de necessidades terapêuticas.

Em termos de amostras clínicas portuguesas, em acompanhamento nos Centros de Atendimento a Toxicodependentes, têm sido efectuados estudos científicos no que se refere a dados sócio-demográficos, tipos de consumo, vias de consumo, idades de início dos mesmos, caracterização dos tratamentos e respectivos abandonos, entre outras variáveis (Costa e col, 1996a, 1996b, 1997, 1998; Costa, 1999). O autor (Costa, 1998) recomendou a implementação de uma maior diversidade de respostas terapêuticas de acordo com as diferentes necessidades dos toxicodependentes.

Como verificamos, nos últimos anos a literatura científica tem vindo a demonstrar a heterogeneidade dos indivíduos dependentes de drogas, não só no que se refere às suas estruturas de personalidade, como à presença ou não de psicopatologia associada, bem como às suas necessidades terapêuticas específicas. Assim, e como alguns autores têm vindo a salientar (McLellan, 1980, in Fabião, 2002; Fleming, & Machado Vaz, 1981b; Cancrini, 1994; Silva, & Bacelar-Nicolau, 2003), a avaliação psicológica e o diagnóstico têm uma importância fundamental no delinear das estratégias de tratamento a aplicar para cada caso particular.

3. PSICOTERAPIA(S): CRITÉRIOS DE SELECÇÃO

Quais os objectivos gerais de cada tipo de psicoterapia e que critérios de selecção recomendam para a inclusão no tratamento são as questões que iremos tratar agora.

A Psicanálise destina-se ao tratamento de problemas de natureza crónica, cuja origem se situa em dificuldades ocorridas no passado, em especial nas relações com os pais, mesmo que as suas manifestações ocorram no presente. Tem por objectivos a reorganização da estrutura de personalidade e a correcção de lacunas do desenvolvimento em pacientes com traços de personalidade desadaptativos, transtornos leves ou moderados de personalidade, mas com aspectos do ego relativamente preservados. Exige uma motivação bastante forte para efectuar mudanças de vida e para o auto-conhecimento (Cordioli, 1998a). Para tal, o paciente deve ser capaz de introspecção e *insight*. Deve ter disposição para se envolver num tratamento de longa duração, capacidade para estabelecer uma relação terapêutica estável, capacidade de comunicação com o terapeuta de forma honesta, por meio de palavras e não de acções; disposição para sacrifícios em termos financeiros, de tempo, etc., e não ser portador de problemas agudos intensos, para os quais são mais indicadas outras formas de tratamento (Cordioli, 1998a).

Milheiro (2001) considera que, de um modo geral, a psicanálise está indicada em quadros neuróticos, sejam histéricos, fóbicos ou obsessivos, sobretudo casos de

média gravidade. Casos ligeiros poderão ser acessíveis a técnicas psicoterapêuticas mais simples. Casos graves poderão necessitar de outro tipo de intervenção até que, eventualmente, uma cura-tipo psicanalítica seja possível. Pode também constituir contra-indicação a sintomatologia de tipo psicossomático e sobretudo hipocondríaco, quando tornada prevalente, de forma a dificultar a possibilidade de "mentalização". O autor considera ainda que as neuroses de carácter, os transtornos de personalidade, os problemas de comportamento, as perversões sexuais, só constituem indicação em doentes com forte motivação.

De acordo com Cordioli (1998a), a psicanálise está contra-indicada quando há ausência de um ego razoavelmente integrado e cooperativo (como por exemplo, em pacientes psicóticos, transtornos severos de personalidade, em dependentes de químicos, em transtornos mentais orgânicos e em deficientes mentais); na presença de problemas de natureza aguda e que exigem solução urgente; e em situações de vida que não podem ser modificadas.

Actualmente a psicanálise não coloca de parte a possibilidade de intervenção em pacientes psicóticos, quando o doente não está totalmente mergulhado na sua psicopatologia, ou seja, quando mantém relativamente a ela alguns contrapontos positivos (Milheiro, 2001). No entanto, o autor considera que são poucos os casos de psicoses bem estruturadas acessíveis a uma terapia analítica completa, pelo que esse modelo de intervenção raramente será usado, pelo menos inicialmente.

Pacientes impulsivos que não toleram níveis pequenos de frustração, altamente narcisistas e centrados em si mesmos, dificilmente se enquadrarão dentro da estrutura de tratamento analítico (Arlow, 1995, in Cordioli, 1998a).

A Psicoterapia de Inspiração Psicanalítica (PIP) tem como objectivos a resolução de conflitos seleccionados e delimitados, a remoção de defesas patológicas, a promoção do crescimento em pessoas com atrasos nas chamadas tarefas evolutivas e a correcção de problemas psicopatológicos ou deficits adquiridos em etapas anteriores (Cordioli, 1998a).

Todas as indicações para a psicanálise são acessíveis à PIP, representando esta, nestas circunstâncias, uma segunda escolha (Milheiro, 2001). Muitos outros casos, de Ego frágil, demasiado dependente ou facilmente regressivo, onde a psicanálise não pode ser indicada, são igualmente acessíveis. Estão nesta circunstância certos doentes psicossomáticos, neuroses facilmente descompensáveis no sentido depressivo ou ansioso, neuroses com forte componente de realidade externa, neuroses graves e neuroses de carácter. Outros ainda onde a psicanálise está formalmente contra-indicada (pré-psicóticos, *borderlines*, psicopatologia pregenital dominante) podem obter grandes benefícios com este processo. Em todos estes casos a PIP pode ser também a porta de entrada duma futura cura-tipo psicanalítica (Milheiro, 2001). Também Cordioli (1998) considera que a PIP está indicada em todos os pacientes que estariam indicados para psicanálise mas não dispõem do tempo ou dinheiro necessários ou não estão motivados para efectuar mudanças mais profundas e optam por este tipo de terapia.

Os candidatos à PIP são, em regra geral, os que têm dificuldades de personalidade persistentes e aqueles cujos sintomas são penetrantes e duradouros. Pacientes com perturbações depressivas recorrentes ou reacções de luto prolongadas, ansiedade continuada, dificuldades de relação repetidas e especialmente perturbações de personalidade estado-limite e narcísica, constituem a maioria dos pacientes da PIP (Holmes & Crown, 1999).

Kaplan e Sadock (1990) consideram como indicações para a PIP as neuroses, distúrbios de personalidade (especialmente *borderline* e narcísica), parafilias, distúrbios sexuais, esquizofrenia latente, ciclotimia e distúrbios psicossomáticos. Goldstein (1988, in Cordioli, 1998a) e Kernberg (1990, in Cordioli, 1998a) consideram que os pacientes com patologia *borderline* (que, pelas suas características de personalidade, como não tolerância à regressão, controle pobre dos impulsos e elevada tendência ao *acting out*, não têm condições de realizar uma psicanálise plena), podem submeter-se a uma PIP. Contudo sugerem apenas os pacientes que possuem uma boa capacidade de *insight* e algum grau de integração do Ego, e desde que tenham uma boa motivação para efectuar mudanças, comunicar honestamente com o terapeuta e capacidade para desenvolver uma boa aliança terapêutica.

A PIP é contra-indicada em pacientes com problemas de natureza aguda, severamente comprometidos, nos quais a busca de *insight* pode provocar regressões graves, com elevado grau de atraso mental, e com incapacidade para simbolizar, expressar os seus sentimentos e emoções, ou sem interesse em procurar fazer modificações por meio da compreensão dos seus conflitos (Cordioli, 1998a).

Uma atitude terapêutica de cariz marcadamente analítico nem sempre se revela a mais adequada para tratar toxicodependentes nos quais se verifiquem personalidades em que as funções egóicas estão distorcidas e limitadas e em que a capacidade para suportar a angústia e controlar os afectos é de tal modo baixa que o *acting* sucessivo, numa tentativa de resolução dos conflitos internos no exterior, não deixa aberta a possibilidade da reconstrução na base da interpretação do material inconsciente (Fleming e Machado Vaz, 1981b).

Tanto na PIP como na psicanálise deve ter-se em consideração a motivação do paciente para tratamento, a sua capacidade para estabelecer uma relação terapêutica, os seus recursos para lidar com a ansiedade, a sua capacidade de introspecção e de distinguir a fantasia da realidade (Machado & Vasconcelos, 1998).

A Psicoterapia Dinâmica Breve tem como objectivo o tratamento de problemas circunscritos ou mudanças em áreas restritas da personalidade. Assim, torna-se fundamental que terapeuta e paciente possam definir rapidamente um foco ou problema principal e estarem de acordo em trabalhar sobre ele (Cordioli, 1998a). Esta terapia tem como fundamentos teóricos a teoria psicanalítica e utiliza alguns elementos técnicos da prática psicanalítica como a interpretação, neutralidade do terapeuta, associação livre, etc. Caracteriza-se por uma limitação no tempo, no geral fixada no início, que pode ir de três meses até um ano de acordo com os diferentes autores (Sánchez, 1992). Este tipo de psicoterapia tem critérios de selecção muito exigentes, e são poucos os pacientes que os preenchem (Cordioli, 1998a).

Os principais critérios de selecção que têm vindo a ser apontados para este tipo de terapia são: existência de uma queixa principal circunscrita ou possibilidade de delimitação de um foco (Malan, 1981; Braier, 1984; Sifneos, 1989); problemas leves e de início recente (Fiorini, 1981; Malan, 1981; Braier, 1984; Sánchez, 1992); quadros agudos (Fiorini, 1981; Braier, 1984; Cordioli, 1998a); distúrbios de natureza reactiva em pacientes que tinham previamente um nível de adaptação aceitável (Fiorini, 1981); existência de pelo menos uma relação significativa na infância (Malan, 1981; Braier, 1984; Sifneos, 1989); capacidade de *insight* (Malan, 1981; Braier, 1984; Sánchez, 1992); existência de mecanismos de defesa diversificados e flexíveis (Braier, 1984; Sánchez, 1992); existência de áreas conservadas da personalidade e da vida do paciente (Sánchez, 1992); capacidade de tolerância à ansiedade e à frustração (Braier, 1984; Sánchez, 1992); elevado grau de motivação para a mudança e não apenas para o alívio dos sintomas (Malan, 1981; Braier, 1984; Sifneos, 1989; Sánchez, 1992).

Têm sido referidos como contra-indicados para terapia breve dinâmica pacientes com distúrbios psiquiátricos crónicos (Fiorini, 1981); com tentativas de suicídio (Malan, 1981; Sánchez, 1992); dependência de drogas (Malan, 1981; Sánchez, 1992; Hobbs, 1999); conflitos homossexuais (Malan, 1981; Sánchez, 1992); sintomas obsessivos ou fóbicos crónicos (Malan, 1981; Sánchez, 1992); comportamentos gravemente hetero ou auto-destrutivos (Malan, 1981; Sánchez, 1992; Hobbs, 1999); e psicoses (Sánchez, 1992; Hobbs, 1999).

A Intervenção em Crise, designada por alguns autores de psicoterapia de apoio de curta duração, tem como objectivo o alívio rápido dos sintomas e o retorno ao equilíbrio anterior, com vista à prevenção de descompensações maiores. Adoptam-se predominantemente medidas imediatas de modificação do ambiente externo, como o afastamento do paciente da situação conflitual ou factor causador de stress (Aguiar, 1998). Este tipo de intervenção ou psicoterapia é indicada em todas as situações agudas que configuram uma emergência (tentativas de suicídio, crises psicóticas agudas, crises de ansiedade, episódio maníaco agudo, stress pós-traumático, luto, etc.). Também pode ser usada em pacientes que se apresentam com sintomatologia intensa que não configure uma emergência, mas eventualmente com perda de controle emocional e sem condições momentâneas para uma terapia que envolva *insight*. É indispensável que o paciente seja capaz de estabelecer uma aliança terapêutica. Uma vez superada a crise, pode-se reavaliar se o paciente necessita e se tem condições para realizar outro tipo de psicoterapia (Aguiar, 1998).

As Psicoterapias de Apoio de Longa Duração têm como objectivos manter ou restabelecer o nível de funcionamento anterior, mediante o reforço de mecanismos de defesa adaptativos, promover o crescimento através do reforço de aspectos positivos da personalidade e o desenvolvimento de capacidades para lidar com deficits provocados por doenças (Cordioli, Wagner & Cechin, 1998). Estão indicadas em pacientes com psicoses, com transtornos severos de

personalidade, com controlo precário de impulsos, tendências a *actings* com poucas condições para terapias de *insight*, atraso mental e problemas físicos crónicos e limitadores (Cordioli, Wagner & Cechin, 1998).

A psicoterapia de apoio é talvez a forma mais controversa de todas as psicoterapias, pois era essencialmente recomendada apenas quando não estava disponível outra forma de tratamento específico. Era também usualmente considerada uma forma de tratamento inferior para uso apenas em pacientes para cujos problemas não existiam técnicas eficazes. Actualmente, esse panorama mudou, com um interesse crescente pelo papel fundamental que este tipo de psicoterapia pode desempenhar no cuidado dos pacientes que se encontram com doenças crónicas e nos que apresentam perturbações graves de personalidade, para os quais a mudança fundamental não é um objectivo realista (Bloch, 1999a).

De acordo com Cordioli, Wagner e Cechin (1998), as psicoterapias de apoio de longa duração não devem ser propostas para pacientes com boas funções de ego, capazes de beneficiar com algumas terapias dinâmicas de *insight*, para os quais uma terapia de apoio implicaria regressões desnecessárias.

A Terapia Comportamental baseia-se em alguns princípios e teorias da aprendizagem para explicar quer o aparecimento quer a eliminação de sintomas psicopatológicos. Pressupõe-se que os comportamentos anormais que se originaram devido a aprendizagens defeituosas sejam susceptíveis de novas aprendizagens, razão pela qual a terapia comportamental pode ser considerada como um conjunto de procedimentos destinados a promover a aprendizagem de comportamentos adaptativos e a desaprender comportamentos desadaptados (Lotufo & Andrade, 1998). Têm indicações para este tipo de psicoterapia pacientes com fobias específicas, agorafobia com ou sem pânico, fobia social, perturbação obsessivo-compulsiva (sobretudo os rituais), disfunções sexuais (ejaculação precoce, vaginismo), dependência de drogas, stress pós-traumático, deficits em competências sociais, deficiências do controle esfincteriano, como terapia coadjuvante no tratamento de obesidade, hipertensão, insónia, asma, dor crónica, e como terapia coadjuvante na esquizofrenia, perturbações do humor, quadros demenciais, etc. (Lotufo & Andrade, 1998).

Com a maioria das técnicas comportamentais, é essencial que o paciente se sinta motivado para mudar e disposto a tentar o tratamento. A única excepção acontece em alguns regimes de reforço com doentes crónicos, mas nesta situação deve-se assegurar que serão aplicados padrões éticos rigorosos (Drummond, 1999).

A Terapia Cognitiva tem como premissa básica o pressuposto de que a maneira como as pessoas interpretam as suas experiências determina o modo como se sentem e comportam (Rangé & Souza, 1998). Utiliza uma série de intervenções destinadas a identificar e a corrigir cognições distorcidas, crenças subjacentes, pensamentos automáticos, "esquemas" disfuncionais e emoções associadas que determinam o estilo desadaptativo das relações interpessoais disfuncionais (Beck, in Cordioli, 1998a). A terapia cognitiva é breve, com duração entre 10 a 20 sessões (Cordioli, 1998a).

Este tipo de psicoterapia está indicada nas depressões unipolares de intensidade leve ou moderada, não psicóticas, nas perturbações de ansiedade (pânico, fobia social), dependência de drogas e de álcool, em crises agudas (tentativas de suicídio e stress pós-traumático) e no tratamento de problemas conjugais e familiares (Cordioli, 1998a). Existem no entanto alguns pré-requisitos importantes que o paciente deve ter para obter benefícios com este tipo de terapia: elevado grau de disfunção cognitiva; capacidade para identificar pensamentos disfuncionais e comunicá-los; ser curioso e inquisitivo sobre si mesmo; ter mantido no passado vínculos afectivos fortes e de confiança com pessoas significativas; ter inteligência média ou acima da média; não ter psicose, patologia *borderline* ou anti-social (Cordioli, 1998a).

A terapia cognitiva pode também ser útil como coadjuvante de outros tratamentos na depressão psicótica, na perturbação bipolar, na esquizofrenia, na perturbação esquizoafectiva e na demência ligeira (Allen, 1999).

As Terapias Cognitivas Narrativas "têm como objectivo levar o paciente a construir uma realidade múltipla de experiências sensoriais, emocionais, cognitivas e de significação. Nesta perspectiva a perturbação psicológica é vista como provocada pela incapacidade de dar conta da diversidade e potencialidade da experiência através da organização de um discurso narrativo que seja simultaneamente diversificado, complexo e coerente"

(Gonçalves e col, 1996, p. 362). Os autores apresentam os seguintes critérios de selecção para aplicação da psicoterapia narrativa breve:

• diagnóstico principal de perturbação de humor sem características psicóticas, podendo ou não apresentar comorbilidade com perturbações de ansiedade generalizada, perturbações de somatização, perturbações de dor, perturbações somatoforme indiferenciada, dissónia, parassónia, perturbação de personalidade histriónica, perturbação da personalidade de evitamento, perturbação da personalidade dependente, perturbações de ajustamento (DSM-IV);

• os pacientes deverão no eixo V do DSM IV ter uma avaliação global de funcionamento corrente acima de 50 (sintomas moderados ou dificuldade moderada no funcionamento social, profissional ou escolar);

• os pacientes deverão ter um nível de educação básica que lhes permita ler e escrever com fluência;

• este tratamento deverá ser apresentado pelo clínico como sendo complementar e não alternativo a outros tratamentos psicofarmacológicos actualmente em curso;

• o paciente deverá ter uma boa capacidade de se focalizar e envolver nas tarefas terapêuticas, particularmente nos trabalhos semanais que lhe são prescritos.

A Psicoterapia Rogeriana, ou **Psicoterapia Centrada no Cliente**, parte do pressuposto de que o Homem possui uma tendência positiva e construtiva para se realizar por si próprio, desde que lhe sejam proporcionadas as condições para tal. Para Rogers, a génese do conflito psíquico reside num desacordo entre o *self* (imagem que a pessoa tem de si próprio) e a experiência vivida. Assim, as condições que o psicoterapeuta deve proporcionar ao cliente para que este possa pôr em marcha a sua capacidade de construção pessoal são a autenticidade, a aceitação positiva e a verbalização (Fleming e Machado Vaz, 1981b).

Fleming e Machado Vaz (1981b) sugerem a utilização da técnica rogeriana em toxicodependentes que não tenham indicações para uma psicoterapia analítica, como tentativa de criar o primeiro contacto com estes indivíduos e manter uma relação com potencial evolutivo.

Algumas investigações efectuadas no âmbito da terapia centrada no cliente têm levado à conclusão de que os resultados da psicoterapia dependem mais das características do cliente e do tipo de relação estabelecida do que das técnicas utilizadas, embora a especificidade e sistematização dessas variáveis ainda esteja pouco clara (Marques Teixeira, 2004).

A Terapia Familiar teve a sua origem a partir da insatisfação de muitos clínicos com a evolução muito lenta de pacientes tratados individualmente, devido ao facto de os progressos do paciente serem neutralizados por outros membros da família (Falceto, 1998).

Apesar das diferenças nos modelos específicos, o que há de característico na terapia familiar é a sua orientação para a família. Todos os membros da família estão inter-relacionados, de modo que uma parte da família não pode ser isolada do resto. A estrutura e a organização familiares devem, portanto, ser encaradas como uma unidade, sendo importantes para determinar o comportamento dos membros da família (Kaplan & Sadock, 1990).

Assim, a atenção é voltada para o contexto familiar no qual um problema individual ocorre. Esta terapia tem como objectivos gerais melhorar a comunicação entre os membros, desenvolver a autonomia e a individualização dos diferentes indivíduos, descentralizar e tornar mais flexíveis os padrões de liderança e de tomada de decisões, reduzir os conflitos interpessoais e os sintomas, para além de melhorar o desempenho individual (Falceto, 1998).

A terapia familiar é indicada em situações de conflitos familiares (especialmente naqueles em que um dos membros é utilizado como "bode espiatório"); dificuldades dos adolescentes na conquista de autonomia e independência; dependência de drogas; gravidez precoce; presença de doença física ou mental severa, gerando um elevado grau de disfunção e na qual a família tem uma função importante na reabilitação do paciente (cancro, esquizofrenia, Alzheimer, etc.); nas crises evolutivas típicas da família; nas questões envolvendo um divórcio, separação, novo casamento; nos conflitos típicos com as famílias de origem (dependência/independência, separação/individuação), etc. (Cordioli, 1998a).

A terapia familiar está também indicada para o tratamento com crianças, quer nos casos em que vivem com a família biológica, quer nos casos em que os cuidados familiares são partilhados com instituições profissionais. Está no entanto contra-indicada em situações onde ocorreu violência familiar ou abuso sexual, pelo menos numa fase inicial (Bentovim, 1999).

A Terapia de Casal considera, à semelhança da terapia familiar, que existem possibilidades e vantagens de se resolver de forma mais rápida os conflitos que surgem na vida de um casal através deste método do que através de uma abordagem psicoterapêutica dos dois indivíduos separadamente (Cordioli, 1998a). Constituem indicações para esta terapia a existência de conflitos importantes na relação entre o casal; padrões de interacção destrutivos que podem levar à violência e à quebra da relação; dificuldades na sua intimidade, envolvendo a comunicação de afectos e sentimentos; disfunções que surgem em função de mudanças de um dos parceiros; disfunções sexuais (Rolland, 1995, in Cordioli, 1998a; Waldemar, 1993, in Cordioli, 1998a; Kaplan & Sadock, 1990); e também quando a terapia individual não conseguiu resolver dificuldades conjugais (Kaplan & Sadock, 1990).

São contra-indicações para terapia familiar e de casal situações nas quais membros importantes da família não podem estar presentes; tendência irreversível para a ruptura familiar (divórcio/separação); presença de patologia psiquiátrica grave num dos membros da família, prejudicando a comunicação e possibilitando a criação em grupo de situações incontroláveis; existência de problemas individuais crónicos cuja indicação é a psicoterapia de longa duração; em situações nas quais um dos cônjuges não pode ser honesto (infidelidade, etc.); quando a individuação de um ou mais membros ficaria comprometida caso a terapia fosse levada adiante (Cordioli, 1998a).

A **Psicoterapia de Grupo** constitui um tipo de tratamento no qual pessoas emocionalmente doentes, cuidadosamente seleccionadas, são colocadas num grupo e orientadas por um terapeuta para se ajudarem mutuamente a efectuar alterações de personalidade. Utilizando uma variedade de técnicas e constructos teóricos, o terapeuta usa as interacções dos membros do grupo para fazer essas alterações (Kaplan & Sadock, 1990).

As psicoterapias de grupo têm como principais correntes teóricas o psicodrama, a teoria sistémica, cognitivo-comportamental e psicanalítica (Cordioli, 1998a). A intervenção, de um modo geral, foca-se no "aqui e agora", tem objectivos claros e é estruturada. Normalmente, o objectivo principal é a modificação de padrões de relacionamento considerados desadaptativos (Cordioli, 1998a).

As indicações para terapia de grupo dependem em grande medida do tipo de tratamento oferecido. Os problemas que podem ser tratados numa terapia de grupo geralmente incluem: as dificuldades persistentes em iniciar e manter relacionamentos; dificuldade em lidar e expressar sentimentos; dificuldades ao nível da identidade; sintomas como ansiedade depressão e somatização, que precisam de ser ligados a problemas das esferas anteriores; e, ainda, pacientes que colocam grandes dificuldades quando tratados individualmente (como, por exemplo, uma pessoa que se acomoda de tal forma numa relação de tal forma intensa e regredida, que a satisfação obtida supera a motivação para conquistar uma maior autonomia) (Bloch & Aveline, 1999).

Os participantes devem estar motivados, ter capacidade para tolerar a ansiedade e comparecer regularmente às sessões. Estão contra-indicados pacientes nos quais existe incompatibilidade com as regras do grupo, que não toleram o *setting* grupal, ou que têm incompatibilidade severa com um ou mais membros do grupo (Cordioli, 1998a).

Alguns diagnósticos apresentam problemas específicos para a terapia de grupo (Bloch & Aveline, 1999): depressão grave; esquizofrenia em episódio agudo; perturbações graves da personalidade; doenças psicossomáticas; e abuso de substâncias. Estes últimos, tendem a beneficiar mais de grupos altamente estruturados, compostos inteiramente com pacientes com o mesmo problema.

Embora existam outros tipos de psicoterapia, eles não foram referidos neste trabalho por serem menos frequentes ou por não ter sido encontrada referência na pesquisa bibliográfica efectuada aos respectivos critérios de selecção.

Após a revisão efectuada sobre as indicações e contra-indicações para diferentes tipos de psicoterapia, iremos de seguida, reflectir acerca das implicações que estas conclusões podem ter no tratamento psicoterapêutico com toxicodependentes.

4. CONCLUSÕES: APLICAÇÃO À TOXICODEPENDÊNCIA

Apesar da eficácia da psicoterapia com indivíduos toxicodependentes ter vindo a ser questionada, a presença de uma pessoa interessada, acessível e que não julga, pode ser terapêutica, mesmo com alguém que esteja a consumir drogas (Read, 2002). De acordo com a mesma autora, alguns pacientes conseguem apenas suportar

alguns episódios pontuais de trabalho terapêutico informal, mas existem outros casos em que uma psicoterapia semanal e formal pode ser aplicada, no contexto de um programa de tratamento mais amplo.

Se analisarmos os critérios de selecção para os diferentes tipos de psicoterapia e os relacionarmos com a informação que dispomos acerca da variabilidade dos indivíduos que dependem de drogas, podemos concluir que, provavelmente, existem toxicodependentes capazes de obter benefícios com todos estes tipos de psicoterapia. Esta conclusão, não só não facilita o trabalho dos psicólogos que se ocupam desta população, como pelo contrário, torna as suas decisões mais difíceis, uma vez que fica confirmada a necessidade de se proceder a uma avaliação cuidadosa dos pacientes.

Apesar de termos concluído que todos estes tipos de psicoterapia podem ser aplicados com bons resultados a toxicodependentes, dependendo da selecção adequada que se faça dos pacientes, existem no entanto algumas técnicas que só em circunstâncias muito particulares poderão ser aplicadas a estes casos. A psicanálise, por exemplo, além de não ser praticada em instituições públicas (aquelas onde se dirigem a maior parte dos pacientes dependentes de drogas), exige uma forte motivação para efectuar mudanças de vida e para o auto-conhecimento, capacidade para o estabelecimento de uma relação terapêutica estável, disponibilidade financeira, etc., condições dificilmente presentes, pelo menos em simultâneo, nos indivíduos dependentes de drogas.

No entanto, existem descrições de análises bem sucedidas com toxicodependentes (Amaral Dias & Fleming, 1998).

As psicoterapias breves também raramente se aplicam aos toxicodependentes, que na sua maioria não preenchem os critérios de selecção. Aliás a dependência de drogas constitui até para alguns autores um critério de recusa para este tipo de psicoterapia (Malan, 1981; Sánchez, 1992).

Pelo contrário, as psicoterapias de inspiração psicanalítica, comportamental, cognitiva, de apoio, rogeriana, intervenção em crise e a terapia familiar, bem como as psicoterapias de grupo, podem ser aplicadas a um maior número de situações, desde que sejam tomadas em consideração as características dos pacientes e os respectivos critérios de selecção.

Condição essencial para qualquer tipo de psicoterapia e critério de selecção comum a todas elas é a capacidade do paciente para estabelecer uma relação colaborante com o terapeuta, bem como a motivação para efectuar mudanças. Como existem alguns toxicodependentes em que estas condições não se verificam, isso significa que dificilmente estes indivíduos poderão beneficiar de uma ajuda ao nível psicoterapêutico, mesmo que de apoio, pelo menos numa fase inicial enquanto se verificarem estas características.

Podemos então retirar como principais conclusões desta reflexão:

• Uma avaliação psicológica cuidadosa no que se refere a aspectos como: o psicodiagnóstico, a motivação para o tratamento (incluindo se o paciente reconhece a origem psicológica do seu problema e se existe motivação para efectuar mudanças e não apenas para o alívio dos sintomas), a história dos consumos, o grau de severidade dos mesmos, capacidade de *insight*, focalidade, ambiente familiar e social, e uma apreciação dos critérios de indicação e contra-indicação para os diferentes tipos de psicoterapia, permitirá uma proposta de intervenção terapêutica mais específica e fundamentada em critérios clínicos;

• A necessidade de adaptação das técnicas psicoterapêuticas, dentro do grau de flexibilidade possível, com vista a poder-se fornecer uma resposta psicoterapêutica adequada a um maior número de casos;

• A importância do encaminhamento de pacientes para outros colegas com formações distintas que possam fornecer uma resposta mais adequada àquele caso em particular;

• Pode ser vantajoso para o paciente a sua inclusão em programas terapêuticos diferentes, a decorrer em simultâneo (como por exemplo, PIP e terapia familiar) desde que assegurados por equipas terapêuticas diferentes, com *settings* próprios e em coordenação;

• Não deve ser proposta a um paciente uma resposta psicoterapêutica desadequada às suas capacidades psicológicas e necessidades, mesmo que estas se venham a modificar e a respectiva proposta possa vir a ser alterada, pois, como já dissemos anteriormente, isso "pode significar um esforço desproporcionado, para paciente e terapeuta, relativamente aos resultados obtidos, e até resultar estéril ou prejudicial em certas ocasiões" (Sánchez, 1992, p. 40).

Contacto

E-mail: anavaleferreira@mail.telepac.pt

NOTAS

(1) Psicóloga Estagiária do ramo de Psicologia Clínica da Carreira dos Técnicos Superiores de Saúde, a exercer funções no Centro de Atendimento a Toxicodependentes Ocidental do Porto – Delegação Regional do Norte do Instituto da Droga e Toxicodependência

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaral Dias, C. & Fleming, M. (1998). *A psicanálise em tempo de mudança*. Porto: Edições Afrontamento.

Aguiar, R. W. (1998). Intervenções em crises. In Cordioli, A. (Ed), *Psicoterapias: abordagens actuais* (cap 12). Porto Alegre: Artes Médicas.

Allen, N. B. (1999). Psicoterapia cognitiva. In Bloch, S. (Ed), *Uma introdução às psicoterapias* (cap 7). Lisboa: Climepsi.

Bentovim, A. (1999). Terapia familiar. In Bloch, S. (Ed), *Uma introdução às psicoterapias* (cap 10). Lisboa: Climepsi.

Bloch, S. (1999a). Psicoterapia de apoio. In Bloch, S. (Ed), *Uma introdução às psicoterapias* (cap 12). Lisboa: Climepsi.

Bloch, S. & Aveline, M. (1999). Psicoterapia de grupo. In Bloch, S. (Ed), *Uma introdução às psicoterapias* (cap 4). Lisboa: Climepsi.

Braier, E. A. (1984). *Psicoterapia breve de orientação psicanalítica*. Buenos Aires: Martins Fontes.

Cancrini, L. (1994). "The psychopathology of drug addiction: a review". *Journal of Drug Issues*, 24 (4): 597-623.

Cordioli, A. (1998b). *Psicoterapias: abordagens actuais*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Cordioli, A. Wagner, C. & Cechin, E. (1998). Psicoterapia de Apoio. In Cordioli, A. (Ed.), *Psicoterapias: abordagens actuais* (cap. 13). Porto Alegre: Artes Médicas.

Costa, N. F. & col. (1996a). "Dois dias de consulta de toxicodependências em Portugal". *Toxicodependências*, 2 (1): 3-20.

Costa, N. F. & col. (1996b). "Tratamento da toxicodependência – estudo sagital de 1995". *Toxicodependências*, 2 (3): 39-53.

Costa, N. F. & col. (1997). "Tratamento da toxicodependência- estudo sagital de 1996". *Toxicodependências*, 3 (3): 65-78.

Costa, N. F. & col. (1998). "Evolução do atendimento de toxicodependentes em Portugal de 1991 a 1996". *Toxicodependências*, 4 (2): 55-68.

Costa, N. F. (1999). "Toxicodependentes em tratamento: estudo sagital de 1997". *Toxicodependências*, 5 (1): 35-48.

Drummond, L. (1999). Psicoterapia comportamental. In Bloch, S. (Ed), *Uma introdução às psicoterapias* (cap 6). Lisboa: Climepsi.

Fabião, C. (2002). "Toxicodependência: duplo diagnóstico, alexitimia e comportamento. Uma revisão". *Toxicodependências*, 8 (2): 37-49.

Falceto, O. G. (1998). Terapia de família. In Cordioli, A. (Ed), *Psicoterapias: abordagens actuais* (cap 14). Porto Alegre: Artes Médicas.

Fiorini, H. J. (1981). *Teoria e técnica de psicoterapias*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora.

Fleming, M. & Machado Vaz, J. (1981a). "Elementos para uma caracterização da população utente do Centro de Estudos e da Profilaxia da Droga/Norte". *Psicologia*, 2 (4): 393-402.

Fleming, M. & Machado Vaz, J. (1981b). "Problemas metodológicos na aplicação da psicoterapia analítica a toxicodependentes". *Psiquiatria Clínica*, 2 (2): 115-119.

Gonçalves, O. F., Machado, P., Soares, I., Fernandes, A., Pinho, C. & Pereira, E. (1996). "Psicoterapia cognitiva narrativa: uma versão manualizada de tempo limite". *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 1 (2): 361-380.

Hendriks, V. (1990). "Psychiatric disorders in a dutch addict population: rates and correlates of DSM-III diagnosis". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (2): 158-165.

Hobbs, M. (1999). Psicoterapia breve de orientação dinâmica. In Bloch, S. (Ed), *Uma introdução às psicoterapias* (cap 3). Lisboa: Climepsi.

Holmes, J. & Crown, S. (1999). Psicoterapia individual de longa duração. In Bloch, S. (Ed), *Uma introdução às psicoterapias* (cap 2). Lisboa: Climepsi.

Kaplan, H. & Sadock B. (1990). *Compêndio de psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Lotufo, F. & Andrade F. (1998). Terapia Comportamental. In Cordioli, A. (Ed.), *Psicoterapias: abordagens actuais* (cap. 16). Porto Alegre: Artes Médicas.

Machado, S. C. E. P. & Vasconcellos, M. C. G. (1998). Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica. In Cordioli, A. (Ed), *Psicoterapias: abordagens actuais* (cap 10). Porto Alegre: Artes Médicas.

Malan, D. (1981). *As Fronteiras da Psicoterapia Breve*. (L. Knijnik & M. Schestatsky Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Marques Teixeira, J. (2004). "Investigação em Psicoterapia". *Saúde Mental*, 4 (1): 26-34.

Milheiro, J. (2001). *Orofobias… Marias… E Outros Mistérios*. Coimbra: Almedina.

Rangé, B. & Souza, C. R. (1998). Terapia cognitiva. In Cordioli, A. (Ed), *Psicoterapias: abordagens actuais* (cap 17). Porto Alegre: Artes Médicas.

Read, A. (2002). Psychotherapy with addicted people. In M. Weegmann & R. Cohen (Eds), *The psychodynamics of addiction*. London: Whurr Publishers.

Sánchez, A. P. (1992). *Elementos de psicoterapia breve psicoanalitica*. Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer.

Sifneos, P. (1989). *Psicoterapia Dinâmica Breve*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Silva, D. & Bacelar-Nicolau, H. (2003). "Um padrão ou vários padrões de características de resposta ao Rorschach num grupo de dependentes de heroína?". *Toxicodependências*, 9 (1): 47-62.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Bloch, S. (1999b). *Uma introdução às psicoterapias*. Lisboa: Climepsi.

Cordioli, A., V. (1998a). As psicoterapias mais comuns e suas indicações. In Cordioli, A. (Ed), *Psicoterapias: abordagens actuais* (cap 1). Porto Alegre: Artes Médicas.