

Resumo: Existe na literatura uma razoável disparidade de resultados sobre a eficácia dos antagonistas opiáceos no tratamento da dependência de heroína. Por outro lado, muitas das avaliações referem-se a estadias breves em tratamento ou não consideram variáveis psicológicas que permitam uma explicação para as diferentes evoluções. Estudámos a evolução de parâmetros psico-sociais numa amostra de conveniência de 36 sujeitos heroíno-dependentes tratados com naltrexona e psicoterapia. O antagonista foi bem tolerado e produziu uma retenção em tratamento de 44,4% coincidindo com a fracção da amostra que teve sucesso terapêutico. Este resultado superior ao referido na generalidade da bibliografia é atribuído à boa preparação dos terapeutas e ao empenho posto na continuidade da relação terapêutica. A evolução das variáveis psicossociais justifica uma compreensão do processo de adaptação ao funcionamento sem drogas com fases evoluindo descontinuamente, consoante complexos motivacionais que se constituem em equilíbrio dinâmico periclitante com o desejo de consumir heroína.

Résumé: Il y a dans la littérature une disparité accentuée de résultats sur l'efficacité des antagonistes opiécés au traitement de la dépendance de l'héroïne. D'autre côté, la plupart des évaluations se rapportent aux permanences courtes en traitement ou ne considèrent pas les variables psychologiques que permettent une explication pour les différents évolutions. On a étudié l'évolution des paramètres psychosociaux dans une échantillon de convenance avec 36 sujets heroíno-dependents traités avec naltrexone et psychothérapie. L'antagoniste a été bien toléré et a permis une rétention en traitement de 44,4% ; ceci coincide avec la fraction de l'échantillon qui a eu succès thérapeutique. Ce résultat, supérieur aux résultats référés en général par la bibliographie est attribué à la bonne préparation des thérapeutes et leur investissement dans de sens de la continuité de la relation thérapeutique. L'évolution des variables psychosociaux justifient une compréhension du processus d'adaptation au fonctionnement sans drogues avec des phases qui évoluent de façon discontinue, selon les expression motivationnelles que se constituent en équilibre dynamique avec le désir de consumer l'héroïne.

Abstract: There is in the scientific literature a disparity of results about the efficacy of opiate antagonists in the treatment of heroin addiction. On the other hand, many evaluations refers to short term treatments or don't take into account psychological variants which legitimate an explanation for the distinct evolutions. We studied the evolutions of psycho-sociological parameters in a sample of convenience of 36 heroin addicts treated with naltrexone and psychotherapy. The antagonist was well tolerated and produced a 44,4% retention in treatment, corresponding exactly to the part of the sample which had therapeutic success. This result, superior to the mentioned in the most of the consulted scientific literature, is ascribed to the good preparation of the therapists and the liability during the therapeutic relationship. The evolution of the psychosocial variants justifies an understanding of the adaptation process of functioning without drugs. The discontinuously evolving phases of the process, according to the motivational complexes, consist of a dangerous dynamical equilibrium with the desire of using heroin.

Um ano em naltrexona

N Félix da Costa, J Pádua & M Correia

O elevado potencial de reforço da heroína conduz, quase sempre, após um período de iniciação na droga não muito longo, ao seu uso descontrolado. As tentativas de suspender o consumo tendem a fracassar, não só porque o quadro de privação é especialmente desconfortável, integrando um rosário de sintomas resultantes da desinibição simpática, mas porque a recordação dos efeitos hedónicos da heroína determina um impulso para consumir, difícil de resistir. Esta pressão para repetir a administração de heroína associada ao elevado custo da droga de rua, conduz a comportamentos de delinquência aquisitiva num número significativo de casos, fazendo da dependência de heroína o principal problema de drogas ilícitas em Portugal (Felix da Costa, 1999).

O tratamento da dependência de heroína com antagonistas opiáceos visa suprimir farmacologicamente o efeito de reforço da heroína através do bloqueio dos receptores opioides e, assim, participar no esforço de abstenção do consumo de drogas (Gutierrez, Ballesteros, Gonzalez-Oliveros & Ruiz de Apodaka, 1994). Naturalmente, esta estratégia terapêutica pressupõe, desde logo, uma elevada e duradoura motivação para o tratamento, já que implica a toma diária de um medicamento que anula o prazer da heroína, sem dúvida o mais desejado por um toxicodependente. Esta abordagem terapêutica deve necessariamente ser integrada numa estratégia global de reabilitação ao nível da personalidade, que vise o seu satisfatório funcionamento num meio livre de drogas (Ginzburg, 1984, Nicholas, & Patrício, 1990, Vicente e Castro, 1990, Patrício & Miguel, 1992). Esta condição passa por um trabalho psicoterapêutico que, entre outros objectivos, variáveis consoante a orientação doutrinária, mantenha actuais os motivos envolvidos na decisão de suspender os consumos (Pádua, Felix da Costa & Correia, 1994).

Apesar da dificuldade de implementar estudos longitudinais em populações utilizadoras de drogas, dadas as vicissitudes

de uma relação terapêutica marcada por instabilidade, recaídas, interrupções, abandonos, só a longo prazo podem ser avaliados os resultados de uma determinada estratégia terapêutica e, assim, só a longo prazo são conclusivos os resultados da avaliação das intervenções. Acontece que as intervenções terapêuticas não são livres de riscos, designadamente ao introduzirem nos hábitos de consumo de drogas do toxicodependente novas substâncias, frequentemente com efeitos sedativos e depressores do Sistema Nervoso, cumulativos com os das drogas ilícitas.

A naltrexona tem sido avaliada e salientada a sua boa tolerância (Greenstein, Arndt, McLellan et al 1984) mesmo em estudos longitudinais relativamente longos, duplamente cegos. Embora tenha uma comprovada eficácia no que se refere ao seu mecanismo de acção, é, contudo, muito elevado o número de abandonos. O estudo duplamente cego de San et al (1991) mostra resultados finais semelhantes ao do placebo. Noutro estudo, uma amostra de utilizadores de heroína foi distribuída ao acaso por dois grupos, um grupo de 94 pessoas tratadas com naltrexona e outro de 98 pessoas que receberam placebo. Apenas 7 doentes em naltrexona e 6 em placebo completaram os 9 meses do ensaio (Editorial, 1978). Estes ensaios parecem conter metodologias exigentes de administração da naltrexona dificultando a adesão ao tratamento. Outros estudos com melhores resultados referem-se a estadias em tratamento demasiado breves, pelo que perdem o relevo clínico (Greenstein, O'Brien, McLellan et al, 1984). Tem sido considerada necessária uma estadia longa em tratamento, que, em média, atinge o ano, como condição de estabilizar o modo de funcionamento psicossocial do toxicodependente, o que se afigura essencial para estabilizar a abstenção do consumo de heroína (Neto, 1995). Uma convicção frequentemente partilhada por terapeutas e toxicodependentes trata do efeito benéfico do tempo: acredita-se que quanto mais tempo passa desde o início da abstinência das drogas ilícitas, menor é a probabilidade de recaída. Ainda que a duração prévia da abstinência possa associar-se a uma readaptação psicossocial satisfatória em que, designadamente, o meio vai sendo descontaminado dos estímulos que evocam o desejo de droga e substituído por objectivos que se vão tornando significativos, na clínica observa-se uma alta frequência de recaídas que interrompem um processo de cura, que parecia evoluir razoavelmente. Um modelo de explicação motivacional

para os aspectos psicológicos da toxicoddependência é clinicamente útil já que permite uma explicação parcimoniosa, quer da carreira do toxicodependente e do seu modo de funcionar próprio, quer do processo de decisão que leva à suspensão dos consumos e de reconstrução de uma vida sem drogas ou, antes, do respectivo fracasso que se consuma numa recaída. Ao longo do processo terapêutico assiste-se a uma significativa sucessão de complexos motivacionais, de modo que os motivos que geram a decisão de suspender os consumos, em geral numa situação de crise, apagam-se, passadas umas semanas, proporcionando recair, se não tiverem sido substituídos por outros complexos motivacionais estabilizadores.

Por outro lado, muitas das metodologias de avaliação são essencialmente clínicas, acentuando o comportamento das populações e os mecanismos farmacológicos e psicoterapêuticos empregues nos programas de tratamento de toxicodependentes, mas sem focar os mecanismos psicológicos envolvidos no processo que conduz à reabilitação ou à recaída. Na verdade, as respostas que estes estudos proporcionam referem-se à eficácia dos métodos, mas sem penetrarem numa explicação para o sucesso ou para o fracasso. A prática clínica continua baseada no bom senso e na intuição, mas sem uma compreensão dos mecanismos psicológicos sobre os quais o terapeuta pretende actuar.

Nesta perspectiva procurámos estudar longitudinalmente o comportamento de variáveis da personalidade, da atitude para com o próprio tratamento, da auto-avaliação da satisfação com o próprio comportamento e variáveis psicossociais durante o período do tratamento, designadamente estudar o seu peso na evolução favorável ou no insucesso. Outros objectivos do estudo foram avaliar a eficácia a prazo da naltrexona no tratamento de dependência de heroína e a respectiva tolerância. Sendo a naltrexona prescrita a mais de 50% da população em tratamento nos Centros de Atendimento de Toxicodependentes no país em 1997 (Félix da Costa, 1999) afigura-se útil a investigação das questões mencionadas.

Metodologia

A Amostra

Foram incluídos sequencialmente na amostra os sujeitos

heroinodependentes, utentes de dois Centros públicos de atendimento de toxicodependentes, que cumprissem os seguintes critérios: 1) tempo de consumo de heroína superior a um ano, 2) mais de seis meses de consumo descontrolado e regular de heroína, 3) desejo manifesto de suspender o consumo de drogas, 4) aceitar fazer terapêutica antagonista e, 5) aceitar que a naltrexona fosse administrada por um envolvente significativo. Foram excluídos os casos em que tivesse havido um tratamento com naltrexona nos seis meses anteriores, em que houvesse patologia psiquiátrica concomitante ou insuficiência hepática ou quando não existisse possibilidade de responsabilizar um envolvente significativo pela administração diária de naltrexona.

Instrumentos de Avaliação

A avaliação da história foi realizada com uma entrevista semi-estruturada construída para o efeito, focando a caracterização sócio-demográfica, a história de uso de drogas e comportamentos associados e suas incidências sociais a todos os níveis e uma avaliação dos motivos da decisão de suspender os consumos. Com o Inventário do Auto-Conceito (Vaz Serra, 1986) e o Mini Mult visou-se avaliar a evolução ao longo do processo terapêutico de dimensões da personalidade, possivelmente afectadas pela toxicodependência. O Inventário do Auto-Conceito proporciona quatro factores: impulsividade, maturidade, auto-eficácia e aceitação social enquanto o Mini Mult proporciona além de três medidas de controlo, oito escalas psicopatológicas do MMPI. O Questionário de Vida Sócio-Familiar (Cooper et al., 1982) objectiva a satisfação com a qualidade do funcionamento a diversos níveis: profissional, doméstico, social, familiar, marital, sexual, com a família nuclear e com os filhos. As Escalas Visuo-Analógicas de Adaptação à Abstinência de Drogas, construídas pelos autores, permitiram rapidamente objectivar por auto-avaliação as seguintes zonas de funcionamento afectadas pela droga: 1) satisfação com o próprio funcionamento 2) avaliação da satisfação dos outros com o próprio funcionamento, 3) desejo de consumir heroína, 4) frequência de recordações de situações associadas à heroína, 5) frequência das recordações dos efeitos da heroína e 6) desejo de consumir outras drogas.

Método de Observação

A primeira observação antecedeu a fase de desabilitação, ainda durante os consumos, depois de obtido o acordo para integrar o estudo e fazer o tratamento antagonista durante um ano. Foram depois programadas observações passado um, três, seis e doze meses independentemente da frequência das entrevistas psicoterapêuticas, estas, em regra, com periodicidade quinzenal.

Administração de Naltrexona

A naltrexona foi administrada diariamente por um familiar ou envolvente, previamente escolhido pelo sujeito, na dose inicial matinal de 50mg/dia, em geral 7 dias depois do último consumo. A dose de naltrexona foi mais tarde reduzida para 25mg/dia quando a adesão era boa. Embora o contrato terapêutico implicasse a toma de naltrexona durante os 12 meses do estudo, foram mantidos os casos em que o antagonista foi suspenso mais cedo desde que o paciente se conservasse abstinente e comparecesse às entrevistas.

Tratamento dos Dados

O tratamento dos dados visou comparar os resultados ao longo dos 12 meses do estudo. Visou ainda comparar as amostras com bons e maus resultados no final do estudo para tentar identificar variáveis com potência prognóstica. Utilizámos o menu estatístico do SPSS.

Questões de Investigação

1. Estudar a evolução de variáveis da personalidade durante um ano de tratamento com naltrexona
2. Estudar a evolução da atitude para com o próprio tratamento no mesmo período.
3. Estudar a evolução da auto-avaliação da satisfação com o próprio comportamento no mesmo período.
4. Estudar a evolução de variáveis psicossociais no período.
5. Estudar o peso destas variáveis na evolução favorável ou no insucesso.
6. Avaliar a eficácia da naltrexona no tratamento de dependência de heroína no prazo de um ano.
7. Avaliar a respectiva tolerância.

Resultados

Caracterização da Amostra

Das 48 pessoas que aceitaram participar no estudo apenas 36 vieram à consulta seguinte tendo cumprido o protocolo de desabitação e prontas a iniciar o tratamento com naltrexona no dia da observação 0. Será sobre esta amostra que o estudo incidirá. A retenção em tratamento ao cabo de um ano foi de 44,4% (16) dos quais 36,1% mantinham a naltrexona e estavam abstinentes e 8,3% interromperam a naltrexona mantendo-se abstinentes. Havia 2,8% que estavam em recaída de duração inferior a duas semanas e não abandonaram o programa terapêutico e 2,8% que estavam abstinentes de heroína mantendo a naltrexona mas com consumos significativos de outras drogas. Sobre 22,2% obtivemos informação do abandono do tratamento por regresso aos consumos e sobre os restantes não foi possível obter informação.

Quadro 1 - Comparação de algumas características clínicas das subamostras com boa e má evolução durante um ano em naltrexona (t de Student: ns: não significativo).

	boa evol	má evol	t Stud
idade	25,7	25,6	ns
tratam anteriores	0,7	1	ns
anos heroína	4,5	4,9	ns
tentativa suicídio	0,2	0,3	ns
overdoses	0	0,3	ns
nº filhos	0,3	0,3	ns

A idade média era de 25,6 anos ($dp=4,5$; 19-35 anos). O género masculino preenchia 86,2% a amostra e o feminino 13,8%. Eram casados ou viviam como tal 34,5% da amostra e 20,6% tinham filhos. Viviam em casa dos pais 82,8% da população, com o cônjuge 13,8% e sós 3,4%. Trabalhavam 30%, estavam de baixa 27,6%, desempregados 34,5%, 3 a estudar 6,8%. A grande maioria referia deterioração profissional provocada pelo consumo de drogas, 82,8%.

Quanto à história do consumo de drogas a duração média do consumo descontrolado de heroína era de 4,7 anos ($dp=3,1$; 1-15 anos) sendo as doses consumidas por 20,7% da amostra inferiores a ¼ grama, por 44,8%,

inferiores a ½ grama e por 34,5%, superiores a ½ grama. A via de administração era inalada para 50,0% e endovenosa para 50,0%. A cocaína era associada em 34,5% dos casos, o cannabis em 17,2% e o álcool em 10,3%. Referiam ter feito tentativas de suicídio 20,6% da amostra e 10,2% referiam acidentes por sobredosagem. A partilha de seringas alguma vez foi referida por 51,7% e negada por 27,6% (quadro 1).

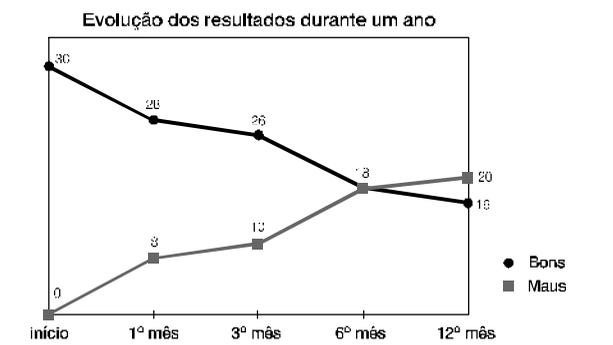
Os progenitores de 62,1% não tinham história de consumo de substâncias, mas em 10,3% dos casos algum dos pais abusava de tranquilizantes e 20,3% abusava do álcool. Tinham irmãos que consumiam heroína 4,3% dos casos e outras drogas, 8,6%. Em 25% dos casos o cônjuge também consumia heroína. O uso de preservativo com um parceiro ocasional foi referida sempre por 31,8%, frequente por 9,1%, ocasional por 18,2% e nunca por 31,8%. Havia uma história de delinquência e actos ilícitos posterior aos consumos em 31,8% dos casos.

O Tratamento com Naltrexona

Não foram referidos efeitos adversos significativos. Três sujeitos tiveram de interromper a naltrexona devido a hepatite B intercorrente. A necessidade de provar que é capaz de suspender os consumos de heroína sem controlo medicamentoso foi motivo para suspender a naltrexona em 16,7% dos casos mas a maioria suspendeu os consumos com o propósito de recair e abandonaram o estudo.

O quadro 2 mostra a evolução da retenção em tratamento durante o estudo; vê-se a retenção em tratamento dos casos favoráveis evoluir até aos 44,4% no final.

Quadro 2 - Retenção em tratamento: Bons, significa casos em abstinência; Maus, significa casos em recaída.



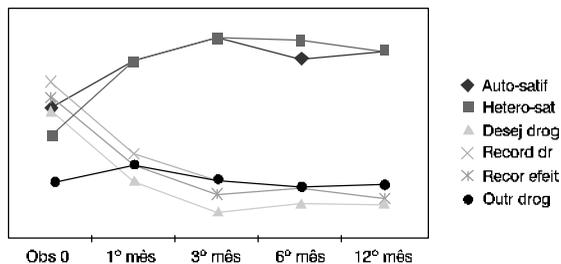
Evolução dos Parâmetros Psicológicos

As Escalas Visuo-Analógicas de Adaptação à Abstinência de Drogas mostram um crescimento progressivo significativo da escala de Auto-Satisfação, mas não durante o primeiro mês (quadro 3). Os resultados melhoram até ao 3º mês piorando depois um pouco embora persistindo significativamente superiores à observação 0. A escala de Hetero-Satisfação tem um perfil semelhante com a diferença de as comparações serem todas significativas desde o início. O Desejo de Droga decai até ao 3º mês recuperando um pouco depois embora sempre significativamente abaixo do valor inicial. Recordar os Efeitos da Droga e Recordar Situações Associadas à Droga decai progressivamente, apenas recuperando um pouco na última observação, embora sempre significativamente abaixo da observação 0. Quanto à escala Desejo de Outra Droga, nenhuma observação difere significativamente da inicial.

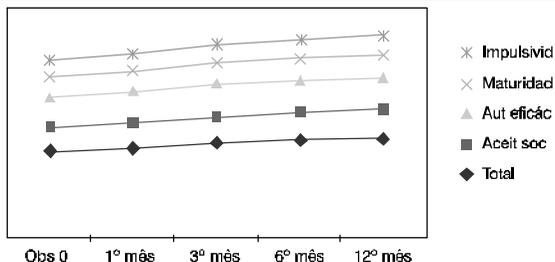
Dos factores do Inventário do Auto-Conceito de Vaz Serra só a escala de Aceitação Social mostra um significativo incremento em todas as comparações da observação 0 com as seguintes. A escala de Maturidade apresenta um resultado significativo na comparação com o resultado ao fim do primeiro mês (quadro 4).

As escalas do Questionário de Vida Sócio-Familiar mostram uma melhoria sensível durante o primeiro mês de tratamento que se mantém ainda até ao 3º mês (quadro 5 - pontuações mais elevadas significam maior desadaptação). A escala de adaptação profissional melhora significativamente nas duas primeiras observações mas tende depois a piorar embora de uma forma não significativa no 6º mês e ao ano (quadro 6). A adaptação doméstica melhora apenas por comparação com a observação 0, decrescendo, depois, sempre até ao ano. A escala de adaptação social melhora especialmente depressa até ao 3º mês, mas mantém melhorias significativas até final do tratamento. A escala de adaptação familiar segue o mesmo padrão piorando discretamente o resultado na observação ao fim do ano por comparação com o resultado aos seis meses. As escalas de adaptação marital e sexual melhoram até ao 3º mês piorando depois no 6º e 12º mês embora sempre significativamente melhores que na observação inicial. Os resultados das escalas de adap-

Quadro 3 - Evolução das Escalas Visuo-Analógicas de Adaptação à Abstinência de Drogas durante um ano em naltrexona: Satisfação com o próprio comportamento, juízo de satisfação dos outros com o próprio comportamento, frequência do desejo de heroína, frequência da recordação de situações associadas à heroína, frequência da recordação dos efeitos da heroína e frequência do desejo de outras drogas.



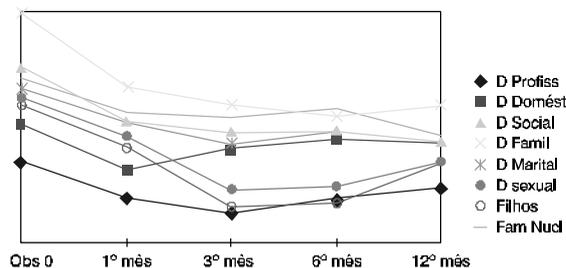
Quadro 4 - Evolução do Inventário do Auto-Conceito na totalidade da amostra durante um ano em naltrexona.



Quadro 5 - Evolução das escalas do Questionário de Vida Sócio-Familiar na totalidade da amostra durante um ano em naltrexona (t de Student: ns: não significativo, *, significa p<0,05, **, significa p<0,001).

	Obs 0	1º mês	3º mês	6º mês	12º mês
Profissional	173	139 **	125 *	138 ns	149 ns
Doméstica	212	166 **	185 ns	196 ns	192 ns
Social	264	214 **	202 **	207 **	194 **
Familiar	314	216 **	228 **	218 **	229 **
Marital	244	215 *	191 **	203 *	194 *
Sexual	236	200 *	147 ns	150 ns	173 ns
Filhos	229	189 ns	131 ns	133 ns	175 ns
Família Nuclear	254	227 ns	216 ns	225 ns	200 ns

Quadro 6 - Evolução dos resultados do Questionários de Vida Sócio-Familiar na amostra total.



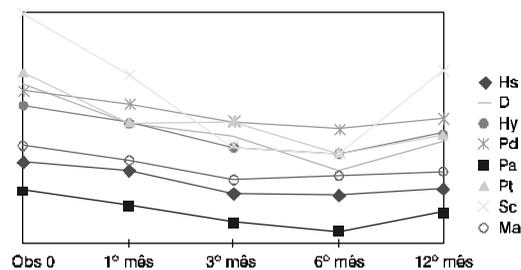
tação aos filhos e à família nuclear nunca apresentam resultados significativos, provavelmente pelo exíguo número, na amostra, de sujeitos com filhos.

No que se refere ao Mini Mult na amostra total, a tendência geral é a melhoria até aos seis meses, aumentando de novo os resultados na observação dos doze meses (quadro 7). As melhorias são especialmente acentuadas até aos três meses (quadro 8). Como nem todos os sujeitos da amostra preencheram os questionários, o tratamento estatístico não produz resultados significativos, a não ser na comparação da observação inicial com a final, em que apenas a escala Pa não apresenta diferenças significativas. O paradigma deste padrão de evolução, onde estas características são mais acentuadas, é a escala Sc que regressa ao resultado do 1º mês no fim do ano de tratamento sendo significativo o decréscimo observado entre a observação 0 e a dos seis e doze meses. A escala Ma segue o mesmo padrão de uma forma menos marcada.

Quadro 7 - Evolução das notas ponderadas das escalas psicopatológicas do Mini-Mult durante um ano em naltrexona, na totalidade da amostra (t de Student: ns: não significativo, *significa $p < 0,05$, **significa $p < 0,001$).

	Ob 0	1º Mês	3º Mês	6º Mês	12º Mês
Hs	19,8	18,5	15 ns	14,5 ns	15,5 *
D	31,6	26,5	23,8 ns	18,3 ns	22,9 **
Hy	28,6	26	22,2 ns	21 ns	24,6 *
Pd	30,9	29	26 ns	25 ns	26,5 *
Pa	15,3	13	10,5 ns	8,8 ns	12,1 ns
Pt	33,5	26	26 ns	21 ns	23,9 *
Sc	43,4	33,5	22,3 ns	22 *	34 *
Ma	22,3	20	17 ns	17,5 *	18,1 *

Quadro 8 - Evolução das escalas do Mini Mult na amostra total durante um ano em naltrexona.



Comparação das Subamostras com Boa e Má Evolução

Com a finalidade de testar a possibilidade de existirem características discriminantes presentes desde o início do tratamento entre as subamostras com boa e má evolução no final do estudo realizámos uma análise bivariada de todas as variáveis na observação 0. Nenhuma das variáveis distingue as duas subamostras no início do tratamento (quadro 1).

Com o objectivo de perceber quando e como é que as duas evoluções se distinguem continuámos a mesma análise bivariada nas observações seguintes. No primeiro mês continuam indistinguíveis as duas subamostras, mas no terceiro mês a Adaptação Doméstica medida pelo Questionário de Vida Sócio-Familiar é significativamente melhor nos casos com boa evolução ($p=0,0016$) e as Escalas Visuo-Analógicas de Adaptação à Abstinência de Drogas mostram menor desejo de outras drogas na amostra com boa evolução ($p=0,024$). Aos seis meses as subamostras distinguem-se pela Adaptação Marital do Questionário de Vida Sócio-Familiar ($p=0,029$) e pelas Escalas Visuo-Analógicas de Adaptação à Abstinência de Drogas em que a Auto-Satisfação é maior ($p=0,034$) e o Desejo de Droga ($p < 0,001$), o Recordar o Efeito da Droga ($p < 0,001$) e o Desejo de Outras Drogas ($p < 0,001$) são menores na amostra com evolução favorável.

Discussão dos Resultados e Conclusões

Os resultados deste estudo permitem duas leituras distintas: constituem uma das mais extensas avaliações longitudinais de uma população heroinodependente tratada com um antagonista opiáceo, a naltrexona, e, por outro lado, contém uma avaliação psicológica do próprio evoluir do processo terapêutico revelando uma estrutura complexa, aqui interpretada no plano motivacional.

O tratamento antagonista com naltrexona é bem tolerado e não houve referência a efeitos secundários significativos; interrompeu-se a naltrexona num caso em que havia compromisso hepático por hepatite anterior e houve elevação das transaminases, e em três casos, por hepatite intercorrente. Em três casos de evolução favorável houve interrupção da naltrexona em fases variáveis do tratamento por iniciativa do próprio. Foi mencionado frequente-

mente o desejo de provar a si mesmo ser capaz de resistir ao impulso para consumir sem recurso ao antagonista. Nos casos desfavoráveis a naltrexona foi suspensa com o propósito de, depois, recair. A retenção em tratamento ao fim de um ano foi de 44,4% o que é um resultado muito favorável e superior ao reportado pela maioria dos estudos. Os períodos mais críticos quanto aos abandonos parecem ser o início do tratamento e entre os 3 e os 6 meses. Depois dos 6 meses parece entrar-se numa progressiva tendência de estabilidade. Dado que as características clínicas da amostra mostram uma população com uma história relativamente pesada, a explicação para a boa adesão parece relacionar-se com a frequência das consultas e disponibilidade do terapeuta assegurando uma boa relação terapêutica e o envolvimento dum familiar.

Os factores do Inventário do Auto-Conceito mostram uma notável estabilidade no período. Na verdade, só a escala de Aceitação Social mostra um significativo incremento ao longo do ano, por comparação com a observação inicial, o que se justifica pelo contexto da percebida melhor aceitação social se relacionar com a melhor integração social permitida pelo abandono dos consumos. Os outros factores do auto-conceito aumentam progressivamente ao longo do ano, mas sem atingir valores significativos relativamente à primeira observação. Sendo o auto-conceito uma variável da personalidade os resultados deste estudo mostram como ela é estável após a suspensão dos consumos, significando provavelmente que resistiu incólume às vicissitudes decorrentes do consumo descontrolado de heroína, desde a delinquência, intrujices, quebras de compromissos e do rendimento profissional ou escolar. Enquanto dependente a pessoa pode-se achar num estado que afecta muito negativamente o seu desempenho, mas mantendo a noção da transitoriedade desse estado não precisa de rever o seu conceito de si própria.

Na avaliação da personalidade com o Mini-Mult a tendência de decréscimo na generalidade das escalas pode ser interpretada como significando melhor, mais satisfatório e mais adaptado funcionamento psicológico. Nesse sentido, os resultados tendem a melhorar até ao sexto mês, regredindo depois até ao ano, em particular as escalas Esquizofrenia, Depressão e Histeria. Embora a comparação não mostre diferenças significativas é um resultado

que sugere não ser homogénea a progressão terapêutica no que se refere ao funcionamento psicológico.

As Escalas Visuo-Analógicas de Adaptação à Abstinência de Drogas mostram um incremento muito significativo da satisfação consigo próprio e da avaliação da satisfação dos outros consigo próprio até ao terceiro mês, regredindo depois ligeiramente no sexto mês e ainda mais ao fim do ano. O desejo de outras drogas decai significativamente até ao terceiro mês e ligeiramente depois, mas o desejo de heroína recupera depois do terceiro mês.

Ao contrário da opinião corrente de que o processo terapêutico progride favoravelmente com a passagem do tempo, o que estes resultados mostram é antes, uma inversão na tendência de alívio da impulsividade dirigida ao consumo de drogas. Se estas variáveis medem a motivação para o consumo, à qual se associa o risco de recair, esta evolução demonstra existir uma flutuação desse risco no tempo.

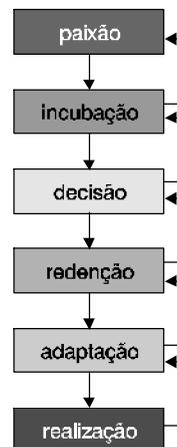
A adaptação sócio-familiar tem um padrão menos regular consoante as áreas; em qualquer caso em todas há uma melhoria significativa com a suspensão dos consumos que tende a degradar-se um pouco entre o terceiro e o sexto mês para depois continuar a melhorar. A adaptação doméstica, contudo melhora no primeiro mês para depois piorar nas duas observações seguintes. Estes resultados podem reflectir a frustração das expectativas demasiado optimistas de, com a suspensão dos consumos, se conseguir uma correcção rápida de todas as zonas do funcionamento social e familiar atingidas pela toxicodependência. Na verdade, a pessoa depara de início com manifestações de apoio e simpatia, mas depois sobrevem a desconfiança e os ressentimentos do meio, face a pessoas que tiveram, longamente, condutas delinquentes, agressivas ou irresponsáveis. O ex-toxicodependente pode interromper a estadia nos consumos num estado de defeito no que se refere à pragmática social, agravado por o uso de drogas se ter tornado o mecanismo de coping prevalente apresentando agora dificuldade em lidar com a realidade, com formas socialmente aceitáveis e, por outro lado, em se proteger das contrariedades com estratégias cognitivas e de coping eficazes.

A análise quer dos parâmetros sócio-demográficos e clínicos (Quadro 1) quer dos parâmetros psicológicos avaliados mostra que as subamostras com boa e má

evolução terapêutica ao fim de um ano são impossíveis de distinguir no início do tratamento. O processo de abstinência surge-nos como fazendo intervir um grande número de factores de tal modo que nenhuma das variáveis, sejam a personalidade, a situação sócio-demográfica, a centralidade motivacional da heroína, o gravidade do percurso no meio da droga, ou a adaptação sócio-familiar, permite a formulação de uma avaliação sobre o resultado terapêutico, o que significa a impossibilidade de fazer fundamentados juízos de prognóstico no início. Na verdade, só tardiamente durante o tratamento é que as evoluções se começam a separar, como se a própria evolução decorresse menos de factores de personalidade detectáveis, de factores sociais, culturais ou circunstanciais susceptíveis de serem formulados, mas antes de um jogo complexo entre eles, demasiado complexo para o seu resultado poder ser antecipado. É lentamente que os casos evoluem num ou noutro sentido; ainda não se distinguem no fim do primeiro mês; começam a diferenciar-se pela melhor adaptação doméstica e menor desejo de outras drogas ao fim do terceiro mês; ao fim do sexto mês é a melhor adaptação marital e as variáveis das Escalas Visuo-Analógicas de Adaptação à Abstinência de Drogas, que traduzem bem o estado da pessoa face ao seu problema de drogas no que se refere à satisfação com o evoluir do tratamento e à perda da centralidade da heroína na hierarquia motivacional do sujeito. A evolução favorável parece, assim, dependente da avaliação do sucesso da interacção com o meio e da satisfação obtida dessa interacção, aparecendo o meio familiar como o mais sensível e capaz de proporcionar reforços positivos nas pessoas cuja evolução é favorável.

Estes resultados sugerem que motivação para recair decorre de uma tensão ocasionalmente muito viva entre uma diversidade de factores que pode ser formulada em termos de um processo de decisão motivacional (Quadro 9). Após um período mais ou menos extenso de uso empenhado de drogas com pouca distância relativamente à ponderação dos custos e malefícios, estes avolumam-se e a pessoa passa a considerá-los e, mormente fora dos períodos de abstinência, a pesar a necessidade de, num prazo ainda vago, suspender os consumos. A decisão de suspender os consumos resulta de um equilíbrio periclitante entre o peso da factura das drogas

Quadro 9 - Processo de Passagem do Uso Descontrolado de Drogas à Reabilitação



avaliando como insuportável a manutenção dos consumos e, do outro lado, um desejo de droga à qual a pessoa se tornou muito vulnerável. Na fase da redenção a pessoa alimenta expectativas irrealistas como consequência da suspensão dos consumos, como se merecesse uma recompensa pela abstinência ou, pelo menos, que resultem satisfatórios os seus esforços de adaptação à vida sem drogas, contudo, o peso da factura das drogas ainda está muito presente e é determinante na continuação da abstinência. Pelo contrário, na fase de adaptação a pessoa já ultrapassou a situação crítica a que o uso de drogas conduziu e, de uma forma ainda pouco organizada, começa a ensaiar esforços visando estruturar um estilo de vida sem drogas, os reforços que consegue são escassos ainda, mas a motivação para não consumir, não sendo já a recordação dos efeitos negativos da droga, pode não ter sido suficientemente substituída por outras permitindo, assim, recair. Na fase de realização a vida sem drogas estrutura-se em torno de um número cada vez mais relevante de objectivos significativos, a centralidade da droga esbate-se e a satisfação proporcionada pela vida sem drogas ajuda a conter as recordações da droga e, por vezes, o ímpeto de as consumir. Pensamos este modelo motivacional mais adequado que outros (Prochaska & DiClemente, 1982) ao processo que leva da fase de consumo sem crítica à reconstrução de uma vida satisfatória sem drogas, objectivo último (ideal) de uma intervenção terapêutica.

Se considerarmos conjuntamente as variáveis que traduzem o estado do indivíduo face ao seu problema de droga, dado pelo Mini Mult e pelas Escalas Analógicas, a adaptação e satisfação com a sua vida relacional, dada no Questionário de Vida Sócio-Familiar e, por outro lado, a evolução da taxa de recaídas que traduz o grau de dificuldade em cada uma das fases, pensamos que estes resultados se encaixam bem no modelo de decisão motivacional acima descrito: a tendência de melhoria rápida dos três primeiros meses relacionada com a fase de redenção, entre o terceiro e o sexto mês abranda ou regride esta tendência de melhoria, por as expectativas iniciais muito optimistas resultarem frustrantes, esmorecendo o ímpeto para abandonar o consumo de drogas. O toxicodependente habituou-se a controlar de uma forma onnipotente, se não a sua vida, pelo menos as emoções negativas associadas aos acontecimentos e a transformá-las com o prazer da heroína. Pode julgar deter ainda esse poder quando se abstém da heroína e o confronto com a lentidão com que a sua vida se resolve ao suspender os consumos pode ser mais um factor implicado nas recaídas. A satisfação consigo próprio e a atribuída aos outros, inicialmente relacionada com o sucesso na suspensão dos consumos decresce enquanto, por outro lado, os custos associados à manutenção dos consumos e à dependência da droga que foram avaliados como insuportáveis e que pesaram na decisão de parar, são agora desvalorizados, abrindo caminho para a recaída. Os resultados mostram que as recordações do prazer da heroína subsistem mais longamente do que os custos associados à dependência. As fases de adaptação e de realização são especialmente delicadas e críticas do ponto de vista terapêutico, já que é da implementação de um estilo de vida sem drogas que proporcione um nível de reforços satisfatório delas que depende o sucesso terapêutico. O estudo apresenta vulnerabilidades metodológicas e de operacionalização: desde logo ser um ensaio aberto sem amostra cega de controlo, a exiguidade da amostra, em particular com o evoluir do estudo, também a dificuldade em obter todos os protocolos completos por pior adesão à metodologia contratada. ■

Nuno Felix da Costa
R. Goivos - Ed. Casa Guarany - Birre
2750 Cascais

Bibliografia

- Cooper et al (1982). Work and Leisure Questionaire.
- Editorial: Clinical evaluation of naltrexone treatment of opiate-dependent individuals. (1978). *Arch Gen Psychiatry*, 35, 335-340.
- Felix da Costa, N (1999). Tratamento de toxicodependentes: Estudo sagital de 1997" *Toxicodependências*, 1, 35-47.
- Ginzburg, HM (1984). Naltrexone:its clinical utility. NIDA treatment research report, US Depart Health Human Services.
- Greenstein, RA, Arndt,IC, McLellan AT et al (1984). Naltrexone: a clinical perspective. *J Clin Psychiatry*, 45, 25-28.
- Greenstein, RA, O'Brien CP, McLellan AT et al (1984). Naltrexone: A short-term treatment for opiate dependence. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 8, 291-300.
- Gutierrez, M, Ballesteros, J, Gonzalez-Oliveros, R & Ruiz de Apodaka, J (1995). Retention rates in two naltrexone programmes for heroin addicts in Vitoria, Spain. *Eur Psychiatry*, 10, 183-188.
- Neto, D (1995). Um ano de tratamento de heroínodependentes com Naltrexona e Abordagem Familiar. *Toxicodependências*, 1, 56-62.
- Nicholas, C & Patrício, LD (1990). Savoir prescrire les antimorphiniques dans les toxicomanies aux opiacés. *La Revue du Praticien*, 105.
- Pádua, J Felix da Costa, N & Correia, M (1994). "Opiate antagonists and a full recovery strategy" in *Colectânea de Textos do Centro das Taipas* de 1994. Centro das Taipas, Lisboa.
- Patrício, L & Miguel, N (1992). O naltrexone no tratamento de dependentes de opiáceos. *Anamnésis*, 1, 8.
- Prochaska, J & DiClemente, C (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy, theory, research and Practice*. 19, 276-8.
- Report of the National Research Council Committee on Clinical Evaluation of Narcotic Antagonists. Clinical evaluation of naltrexone treatment of opiate-dependent individuals (1978).
- San, L, Pomarol, G, Peri, JM Olle, JM & Cami, J (1991). Follow-up after a six-month maintenace period on naltrexone versus placebo in heroin addicts. *Brit J of Addiction*, 86, 983-990.
- Vaz Serra, A, Firmino, H, & Ramalheira, C, (1988). Estratégias de coping e auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 9, 317-322.
- Vicente, T. N. & Castro, A. S., (1990). "Tratamento dos heroínómanos por antagonista dos opiáceos" in *Colectânea de Textos do Centro das Taipas* de 1990, Centro das Taipas, Lisboa.

Anexo 1 - ESCALAS VISUO-ANALÓGICAS DE ADAPTAÇÃO À ABSTINÊNCIA DE DROGAS
(para auto-preenchimento)

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Para as seis questões seguintes marque com um traço sobre cada linha o ponto que corresponde ao seu estado entre o mínimo e o máximo propostos.

Por exemplo "gosto de ir ao cinema."

Nada |-----| Muitíssimo

1 - Sinto-me satisfeito com o rumo que a minha vida está a tomar.

Nada |-----| Muitíssimo

2 - Os outros estão satisfeitos comigo actualmente.

Nada |-----| Muitíssimo

3 - Sinto um desejo muito forte de consumir heroína ("ânsias").

Nunca |-----| Constantemente

4 - Lembro-me das práticas, hábitos ou locais relacionados com o consumo de heroína.

Nunca |-----| Constantemente

5 - Tenho recordações dos efeitos agradáveis da heroína (prazer, alívio, calma).

Nunca |-----| Constantemente

6 - Sinto um desejo muito forte de consumir outras drogas ou bebidas alcoólicas.

Nunca |-----| Constantemente

SPTT, 1992, Drs. José Pádua, Nuno Felix da Costa e Manuela Correia