

# O Tratamento integrado de toxicómanos (TIT) e resultados(\*)

*Francisco de Vilhena e Silva et al.*

**RESUMO:** É apresentado o conceito de Tratamento Integrado de Toxicómanos nos seus aspectos teóricos e práticos, em comparação diferenciada com os modelos habituais de tratamento, fazendo ressaltar que se trata dum modelo de tratamento e de reabilitação em simultâneo, com a duração mínima de 1 ano. É analisada a forma específica que o TIT tem de abordar o fenómeno da toxicodpendência e as principais dificuldades que surgem no manejo terapêutico dos toxicodpendentes pesados. São desenvolvidas ainda as diferentes estratégias utilizadas pelo TIT, bem como as suas metodologias específicas. Por fim, para além dos diferentes instrumentos terapêuticos utilizados, são descritas as principais características do modelo TIT, bem com as suas indicações e contra-indicações. Como complemento é apresentado um estudo estatístico dos resultados obtidos pelo Modelo TIT.

**RÉSUMÉ:** Le concept de Traitement Intégré des Toxicomanes est présenté dans ses aspects theoriques et pratiques, par rapport différentié aux modèles usuels de traitement, en relevant qu'il s'agit d'un modèle de traitement et de rehabilitation en simultané, avec une durée minimum d'un an. On fait l'analyse de la forme spécifique par laquelle le TIT approche le phenomène de la toxicomanie et les principales difficultés qui surviennent dans le mené thérapeutique des toxicomanes lourds. On développe encore les différentes stratégies suivies par le TIT, bien que ses méthodologies spécifiques. Finalement, au delà des différents instruments thérapeutiques utilisés, on décrit les principales caractéristiques du modèle TIT, bien que ses indications et contre-indications. En complément on présente une étude statistique des résultats obtenus par le Modèle TIT.

**ABSTRACT:** The concept of treatment and rehabilitation of drug-addicts is developed though a new model of treatment - the Drug-addicts Integrated Treatment (known as TIT) in their theoretical and pragmatcal aspects. The way TIT handle therapeutical difficulties of drug-addiction, the different stratagies, methodologies and specific thecnics of TIT are refered. The author describes the indications and contra-indications of TIT, as well as the different therapeutical tools. Finally, a statistical analysis on the good results of TIT programme is presented.

**PALAVRAS-CHAVE:** Tratamento de toxicómanos - Reabilitação de toxicómanos - Tratamento integrado (ou combinado) - TIT - Psicoterapias - Psicopedagogias - Terapias familiares - Terapias médicas - Controle de drogas na urina - Análise Estatística dos resultados.

## 1. CONCEITO DO MODELO TIT

O Tratamento Integrado de Toxicómanos é uma resposta técnica especializada, nos domínios médico, psicológico, familiar e social, à problemática da toxicodpendência juvenil, no contexto duma relação simultaneamente terapêutica, educativa e humanizante.

O TIT é um modelo de tratamento-reabilitação que

combina, num processo sequencial e por fases, com a duração de 12-18 meses, técnicas biológicas (desintoxicação médica), técnicas psicológicas (psicoterapia individual e de grupo, terapia familiar) e técnicas de intervenção social, visando a aquisição de novos hábitos de vida, de novas relações inter-pessoais e de um emprego remunerado (ou curso de formação profissional), de forma a que o ex-drogado progressiva-

(\*) Trabalho subsidiado pela Comissão de Fomento da Investigação em Cuidados de Saúde

mente construa a sua **nova identidade psico-social** - aceitação e descoberta de si próprio e do seu papel social na comunidade em que vive.

Para conseguir estes objectivos o TIT articula e integra diferentes técnicas com modelos conceptuais diversos (teoria da aprendizagem, teoria analítica e teoria sistémica) e os diferentes intervenientes - Técnicos (Médico, Psicólogo, Técnico de Serviço Social, etc.), Pacientes em tratamento, Famílias e Comunidade.

## 2. PROBLEMAS QUE PÕE A TOXICODPENDÊNCIA E COMO SÃO ABORDADOS PELO TIT

A primeira questão reside no facto de a **toxicodependência não ser uma doença** (no sentido tradicional do termo), mas antes um comportamento alterado. De facto, enquanto as "doenças" se tratam através de actuações específicas da Medicina, da Psicologia, ou da Psiquiatria, as alterações de comportamento corrigem-se através de processos de re-educação e neste campo entra-se no domínio da liberdade individual e da subjectividade dos valores pessoalmente assumidos.

O TIT considera a toxicodependência um **comportamento doentio**, e não apenas mais um comportamento diferente e sem consequências. Segundo o TIT, para se corrigir e superar este comportamento doentio, é necessária a paragem do consumo de todas as drogas, conseguida por um tratamento especializado, seguido duma reabilitação psico-social. Deste modo, é possível descobrir novos valores e novos relacionamentos interpessoais, acabando numa inserção social produtiva, que facilita e alcança uma melhoria da qualidade de vida.

O segundo problema é uma consequência natural do anterior, ou seja, **os toxicodependentes não são propriamente doentes**, mas antes dispõem duma personalidade imatura ao nível psico-social, apesar das suas capacidades intelectuais e das suas habilidades. Esta imaturidade pessoal não é específica dos toxicodependentes, pois que a pouca resistência à frustração, a marcada tendência à passagem ao acto e a depressividade também aparecem noutras situações. Porém, os toxicodependentes usam a droga como forma privilegiada de passarem ao acto e desse modo se defenderem dos seus sentimentos. A sua imaturidade determina que eles reivindiquem a satisfação de

necessidades infantis, em vez de tentarem um processo de elaboração dos conflitos e pulsões, visando o seu crescimento psicológico.

O TIT considera que os toxicodependentes, ainda que não sejam doentes, têm uma **relação doentia consigo próprios, com os outros e com a realidade**, como consequência da sua personalidade imatura. Daí que é necessário facultar ao toxicodependente e sua família os meios terapêuticos e reabilitadores adequados, durante um período longo (1-2 anos) pelo mesmo Técnico, ou Equipa, o que habitualmente não acontece. A nossa experiência com o TIT demonstra que é possível a maturação psico-social que os toxicodependentes requerem. De facto, conseguem-se novas relações do ex-drogado com a família (e vice-versa), com os outros e com a realidade, de forma a substituir essa relação doentia por uma relação sadia e mutuamente satisfatória, a médio prazo, tornando desnecessários os comportamentos toxicofílicos.

Em terceiro lugar convirá referir que a **toxicodependência é um comportamento auto-destrutivo, que se perpetua e alastra**, ocasionando graves consequências se não for parado. É como se fosse uma "epidemia de doença contagiosa". As medidas higiénicas para combater essa epidemia são conhecidas, mas vão impôr restrições à liberdade individual e, no mundo presente, isso é um pouco difícil de ser aceite.

O TIT considera a **toxicodependência um comportamento não apenas auto-destrutivo, mas igualmente hetero-destrutivo da família e da sociedade**, que é urgente parar para não causar mais vítimas humanas, oferecidas em holocausto à deusa "droga", apesar de historicamente estarmos muito longe dos sacrifícios humanos apaziguadores dos deuses dos Incas e dos Aztecas, que os drogados hoje imitam inconscientemente, sem o valor sacrificial socialmente reparador do fenómeno religioso assumido por toda a comunidade. De "vítimas sagradas", que prestavam um valioso serviço à comunidade, sendo seus verdadeiros heróis, os Jovens, que presentemente destróem as suas vidas através da droga, passam a ser "vítimas malditas", que a Sociedade científica de hoje desvaloriza e rejeita.

O TIT, para ajudar um toxicodependente a parar os consumos e a mudar de vida, utiliza duas estratégias complementares: o "cerco terapêutico" e as "alternativas à

droga". O cerco terapêutico implica o eficiente controle das drogas, por meio de análises de pesquisa de drogas na urina, bloqueio real de todas as vias de acesso a dinheiro, o controlo familiar do comportamento do jovem durante o período da desintoxicação em casa dos pais e o controle do trabalho e da sua remuneração. As alternativas à droga são conseguidas através de determinadas metas muito concretas, que o Jovem terá que atingir progressivamente e desde o início, nomeadamente: ocupação diária e elaboração escrita do diário, actividades desportivas e lúdicas (a partir de determinado momento), procura de trabalho ou de formação profissional, que culmina com a aquisição dum emprego remunerado, ou um curso de formação profissional ao fim de 2-3 meses de tratamento.

A quarta questão que se põe diz respeito ao tratamento de toxicodependentes ser dispendioso e pouco eficaz. De facto, para além das numerosas consultas, é frequente o internamento hospitalar como forma de paragem dos consumos (desintoxicação), situação esta que se repete ciclicamente em função das numerosas recidivas, o que torna um tratamento caro e de pouca utilidade, na medida em que não consegue a cura definitiva do toxicodependente. Esta situação repetitiva de falhanço terapêutico tem muito a ver com o facto de habitualmente se considerar como alvo do tratamento apenas o Jovem.

O TIT entende que substituir drogas por remédios não é a solução adequada e considera que reside aí grande responsabilidade nas recidivas dos tratamentos habituais. O importante é conseguir uma mudança de vida do drogado, de forma a que o ex-drogado não necessite mais das drogas, porque encontrou outras satisfações e outros objectivos na vida. Porém, isto implica que o alvo do tratamento seja não só o Jovem, como a Família e a própria Comunidade em que eles vivem.

Para atingir o objectivo da mudança de vida, o TIT não se limita apenas a um tratamento médico, ou psicológico, ou social, utiliza-os todos num processo de tratamento-reabilitação faseado, com a duração mínima de 18 meses. Ao mesmo tempo, o Programa TIT exige a participação activa do Jovem e da família desde o início, o que nos permite seleccionar os casos realmente interessados neste processo de mudança. Não desperdiçamos recursos terapêuticos altamente qualificados em casos que os rejeitam. Assim, o

toxicómano e a família terão de conseguir reduzir progressivamente o consumo de drogas até zero, sem o recurso a nenhuma medicação. Deste modo, em vez do internamento hospitalar, o TIT realiza a desintoxicação do jovem em casa dos Pais, dando à família um papel muito importante nesta fase: acompanham o filho como se fossem enfermeiros de cabeceira (Dos técnicos para as famílias). Por último, em vez da habitual segregação do jovem do meio em que vive para se tratar, o TIT realiza o processo de tratamento-reabilitação com o jovem inserido na comunidade em que vive (em determinadas condições), após um curto período de permanência total em casa, visando a aquisição de novos hábitos orgânicos, psicológicos e familiares, de forma a fortalecê-lo para saber enfrentar "sábria e prudentemente" o meio social. Podemos, pois, afirmar que o Programa TIT é pouco dispendioso e bastante eficaz, mesmo quando se torna necessária uma segunda tentativa, o que não é habitual. Para além de ser uma alternativa aos internamentos hospitalares é, igualmente, uma alternativa às comunidades terapêuticas, que são de facto os recursos terapêuticos mais dispendiosos. É evidente que nem todos os toxicodependentes estão indicados para o TIT e, por outro lado, nem todos os que têm indicação aceitam este modelo de tratamento-reabilitação.

### 3. DIFICULDADES NA TERAPIA DOS TOXICDEPENDENTES E SOLUÇÕES APRESENTADAS PELO TIT

Antes de mais, temos que salientar que o toxicodependente geralmente não está motivado para um tratamento a sério, pois que raramente reconhece a sua dependência face ao produto e, portanto, não vê necessidade de realizar nenhum tratamento (que não pede, a não ser pressionado pelos Familiares, ou outros) e de alterar o seu comportamento. Para se convencer disto faz, por vezes, paragens curtas no consumo, mas quando regressa às drogas fá-lo em maior quantidade. Aquilo que serve ao Jovem para provar que não está dependente e que tem controlo sobre as drogas, serve para nós, que fazemos uma leitura sistémica da situação, para termos a certeza da sua dependência não tanto em termos físicos, mas principalmente em termos psicológicos. Afinal ele não consegue mesmo passar sem o produto, acabando sempre

por voltar a ele. Apesar desta situação, rejeita à partida uma ajuda terapêutica de que tem necessidade premente. O TIT trabalha profundamente a motivação desde a 1ª entrevista, que assume um papel fulcral, sobretudo pela tentativa persistente de implicação emocional de toda a família (utilizando a provocação, o desafio, o humor, a confrontação, a antecipação das consequências, a encenação, etc.), uma atitude pedagógica do Terapeuta e a desmitificação de determinados preconceitos sobre toxicodependência e sobre o tratamento. **O TIT ensina a família a lidar com as manipulações do drogado** e a exercer a sua autoridade, num contexto de contestação e desafio. Faculta à Família a compreensão da situação de droga, dando-lhe apoio afectivo para que esta deixe de alimentar a manutenção dos consumos. O TIT, ao exigir do Jovem que reduza progressivamente a droga a zero na 1ª semana de tratamento, está a mostrar-lhe o que é o controlo das drogas e como se faz. O TIT ao exigir o cumprimento rigoroso de todas as prescrições semanais para poder passar de uma semana para a seguinte, está a **motivar o Jovem e a Família** para alcançarem esse desideratum e a continuar o tratamento. Ao mesmo tempo está a colocar o Jovem e os Pais lado a lado na mesma "corrida", sendo o Terapeuta não só o juiz da prova, como também o "amigo" que estimula a continuarem a corrida, apesar dos "acidentes de percurso".

Em segundo lugar, geralmente **o toxicómano quando pede ajuda exige respostas imediatas dos Técnicos**, nomeadamente medicação, internamento, ajudas financeiras, etc. Quer que os outros sejam activos e rápidos, para ele continuar na mesma atitude de receptor de cuidados terapêuticos que desperdiça. As famílias têm habitualmente uma posição semelhante, ainda que por razões diferentes.

O TIT dá uma **resposta imediata** no final da 1ª consulta, que é um verdadeiro desafio: "aí tens um conjunto de tarefas a cumprir durante a semana que começa hoje, a fim de poderes entrar no tratamento". Esta resposta imediata é pôr o Jovem e a Família a trabalhar na conquista dum acesso ao tratamento, bem diferente das respostas médicas e psicológicas habituais, que mantêm o Jovem na passividade agressiva, incapaz de conduzir a uma terapia adequada. Quando o Jovem, ajudado pela família, cumpre as prescrições da 1ª semana (que nós chamamos "semana zero"), então tem como prémio a sua

admissão ao Programa TIT - 2ª fase, em que lhe é ministrada alguma medicação. Mas exigem-se logo outras tarefas para a semana seguinte, numa dialéctica de crescimento contínuo, que bem poderá ser designada de "sistémica" e que ultrapassa a "circularidade".

Sabemos também que **o toxicómano tem uma grande dificuldade em aceitar um tratamento continuado** realizado pelo mesmo técnico, preferindo pequenas ajudas pontuais, que lhe dão a ideia que ele não está tão mal que necessite dum outro tipo de tratamento. Para ele o tratamento destina-se apenas a parar temporariamente os consumos, quando está demasiado "metido". Não pretende nada mais e, desse modo, o seu narcisismo impede frequentemente um tratamento a sério, adiando mais uma vez a solução.

**O TIT vai exigir ao Jovem e à Família que renunciem à sua maneira de tentar resolver a toxicodependência**, pois que os resultados até ao presente se revelaram tão negativos. Deste modo, não permitimos que o narcisismo continue a impedir um tratamento. Damos sempre, porém, a possibilidade de não começar o tratamento enquanto a Família não estiver convencida de que necessita deste procedimento para curar o filho. Aceitar este modelo de tratamento é como ter comprado um bilhete para uma viagem transcontinental (de avião, ou de barco). Uma vez no barco é o "timoneiro" que os leva a porto seguro e não lhe vão dizer como pilotar o barco, ou avião. A viagem é longa e é preciso estar preparado para ela, como no tempo dos Descobrimientos Portugueses, que abriram novos caminhos ao mundo, ainda que com sacrifícios. Neste tratamento não há lugar a pequenas voltas, ou passeios de recreio.

Em quarto lugar, **o toxicómano raramente aceita a necessidade dum tratamento prolongado**, ou seja, uma vez desintoxicado acha que não há mais nada a fazer e desiste, não entendendo a necessidade dum psicoterapia, por exemplo, ou dum formação profissional, ou da conclusão dos estudos.

O TIT é um desafio ao imediatismo, apesar de pôr imediatamente o Jovem a trabalhar se quiser deixar a droga e mudar de vida. O tratamento prolongado é necessário se se pretende uma mudança de vida e não apenas a paragem dos consumos. Para atingir estes objectivos **o TIT é um Programa estruturado em 3 fases, com a duração global de 18 meses**. Qualquer intervenção terapêutica mínima está inserida no plano global de tratamento, que o

Terapeuta conhece bem e que transmite ao Jovem e à Família (a informação consta dum folheto informativo).

Por último, todos aqueles que conhecem de perto os toxicodependentes sabem como eles se defendem dos afectos, sendo, por isso, **incapazes de viver com os outros uma relação afectiva positiva**. De facto, vivem com os outros uma relação de carácter utilitário, que de alguma forma reproduz a relação que têm com a droga.

O TIT evidencia, mediante o ambiente afectivo das sessões e desde o primeiro momento, que **os afectos fazem parte da vida**, e que é necessário conhecê-los, partilhá-los e desenvolvê-los. São uma espécie de “lubrificante” para o motor do automóvel e, como ele, imprescindíveis. Consideramos ser muito significativa e decisiva a revivência dos afectos traumáticos do passado para que os toxicodependentes deixem as drogas, que muitas vezes estão relacionadas com esses afectos da infância. Através da relação afectiva com o Terapeuta, a Família e o Jovem descobrem a verdadeira dimensão dos afectos, que passam a ser vividos como o “condimento” da vida do dia-a-dia e das relações humanas. Por outro lado, a exteriorização dos afectos agressivos nas sessões não leva à retaliação e à vingança, mas à melhor compreensão das reacções humanas e à descarga e libertação dessas “cargas negativas” que aprisionam a vida das pessoas, se não forem devidamente “desactivadas”, isto é elaboradas e sublimadas. As nossas sessões de terapia familiar e de psicoterapia individual são verdadeiros **laboratórios de experiências emocionais pessoais e inter-pessoais**. Aqui se aprende progressivamente a ter afectos positivos uns pelos outros, sem que isso signifique concordância ou dependência. Quem participa no Programa TIT até ao fim, descobre a dimensão afectiva da vida, que passa a utilizar diariamente, inclusivamente através da criação poética ou artística.

#### 4. DIFERENTES ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELO TIT

No TIT utilizamos algumas estratégias terapêuticas, que passamos a referir seguidamente. Dentro das **estratégias globais** - que visam a abstinência das drogas e a mudança de vida - salientamos duas: “Cercos terapêuticos” e “Alternativas às Drogas”, já anteriormente referidas. Estas estratégias pretendem pôr em prática a “Técnica da barragem”: o obstáculo às águas do rio vai fazê-las subir e desviá-las de modo a caírem sobre a turbina, que

accionarão, e produzindo grande quantidade de energia eléctrica, a partir da energia cinética. É isso que nós tentamos obter com o cerco terapêutico e as alternativas à droga - produzir uma vida nova em quantidade e qualidade.

Relativamente às **estratégias específicas** - que visam a redução do poder destrutivo e manipulatório do drogado, de modo a não poder continuar a drogar-se facilmente - referiremos apenas três:

**I - ENGLOBAR O DROGADO E A FAMÍLIA NA TERAPIA**  
Deste modo pretendemos evitar as habituais manipulações que o drogado faz à família, servindo-se da ignorância desta em matéria de toxicodependência; ao mesmo tempo que se utiliza a enorme força da família (ainda que bloqueada, ou agressivamente utilizada sem resultados positivos) no processo terapêutico.

**II - UTILIZAÇÃO DE ANÁLISES DE DESPISTE DE DROGAS NA URINA, SEMPRE QUE NECESSÁRIO E SEM AVISO PRÉVIO**

É mais um instrumento poderoso para levar o drogado a um processo terapêutico válido, sem mentiras e sem fugas. O drogado não pode continuar eternamente a enganar os outros e a enganar-se a si próprio, num caminho de perda de esperença face à vida.

**III - DAR IMPORTÂNCIA AOS COMPORTAMENTOS EM VEZ DE ACREDITAR NAS BOAS INTENÇÕES E PROMESSAS DIÁRIAS**

É através dos comportamentos confirmados pela família que se vai estruturando uma relação verdadeira e de colaboração positiva. É a prova da realidade essencial num processo de tratamento-reabilitação dum drogado.

#### 5. METODOLOGIAS E TÉCNICAS ESPECÍFICAS

No TIT deitamos mão de três **metodologias** básicas, para cada uma das quais apresentamos algumas técnicas específicas.

**I - DESENVOLVIMENTO DA VIA AFECTIVA PARA OBTER UMA RELAÇÃO TERAPÊUTICA FORTE DESDE O INÍCIO, COMO MODELO DE RELAÇÃO INTER-PESSOAL**  
Como vimos anteriormente, a vida afectiva encontra-se particularmente atrofiada nos drogados, pois não têm

capacidade de lidar com os seus afectos, nem com os dos outros. Não conseguem manipular os afectos com a mesma perícia com que manipulam as drogas, em que não existe o perigo de serem rejeitados, dado que a "relação" com a droga é de domínio. Uma verdadeira relação afectiva implica poder ser aceite, criticado ou rejeitado, o que em último caso é insuportável para o drogado, pelo facto de o fazer sentir vulnerável e inferior. Para nós conseguirmos despertar os afectos adormecidos (ou desconhecidos) utilizamos diversas técnicas, com especial ênfase nas 1ª. entrevistas (de avaliação da situação pessoal, familiar e social e de motivação para o ingresso no Programa TIT), de que destacamos as seguintes:

- Provocação/Confrontação/Humor
- Antecipação das consequências
- Utilização de metáforas e aforismos populares
- Análise das contradições afectivas

## II- DESENVOLVIMENTO DA VIA COGNITIVA desde o início do Processo terapêutico VISANDO A DESCOBERTA DA CAPACIDADE DE PENSAR, DE PREVER E ESCOLHER O FUTURO

Utilizamos a via cognitiva para obter a informação que nos parece pertinente, mas também para facultarmos ao paciente e à família a informação necessária ao bom andamento do processo terapêutico - Papel pedagógico e de Desmistificação.

Com estes objectivos utilizamos muitos instrumentos, de que destacamos os seguintes:

- introdução de dados científicos sobre droga: estatísticas...
- utilização de situações-limite hipotéticas (mas reais)
- prescrição do desenvolvimento escrito de temas seleccionados
- realização do questionamento frequente do sentido da vida
- mentalização para a possibilidade de atingir determinados objectivos
- utilização da criatividade, incluindo a via artística

## III - DESENVOLVIMENTO DA VONTADE de forma a que o ex-drogado SEJA CAPAZ DUMA REALIZAÇÃO PESSOAL MÍNIMA

A vontade desenvolve-se através da motivação estimulada pelos testemunhos de outros que já conseguiram vencer as dificuldades presentes e pelo treino repetido de objectivos com dificuldade crescente. Com esta finalidade utilizamos as seguintes técnicas:

- prescrever de tarefas para casa
- utilizar os insucessos terapêuticos anteriores, como justificação para novas exigências
- considerar as pequenas quedas como avisos de prudência e necessidade de continuar com redobrado fôlego
- valorizar sempre as pequenas conquistas alcançadas
- manter sempre a esperança no êxito final.

## 6 . PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO MODELO TIT

Vamos seguidamente salientar apenas 12 características próprias do desenrolar do processo de Tratamento Integrado de Toxicómanos, por nos parecerem as mais relevantes na compreensão deste modelo de tratamento-reabilitação:

### I - SELECÇÃO RIGOROSA DOS CASOS

Porque o enorme investimento técnico e humano de toda uma Equipa especializada não deve ser desperdiçado em casos com poucas probabilidades de deixar a vida da droga, fazemos uma selecção dos casos a admitir ao Programa TIT. Por outro lado, há casos com indicação para o TIT e outros que a não têm, como se pode verificar no quadro seguidamente apresentado:

#### INDICAÇÕES:

- Heroínómanos pesados com consumos regulares há pelo menos dois anos
- Realização prévia de dois tratamentos
- Jovens que vivam com a Família, ou mantenham fortes laços familiares
- País com disponibilidade real
- Casos com desejo real de mudança de vida, ou casos desesperados
- Famílias com afectos bloqueados, mas com capacidade de investimento relacional.
- Bom entendimento entre o Terapeuta e a Família

#### CONTRA-INDICAÇÕES:

- Drogados ligeiros e/ou com menos de dois anos de consumos regulares.
- Ser o 1º Tratamento do toxicómano
- Casos sem Família, ou com família sem disponibilidade para o tratamento.
- Jovem que trafica habitualmente

- Irmãos toxicómanos, ou um dos Pais alcoólico (relativa)
- Crença pessoal e familiar de que são capazes de abandonarem as drogas, se o quiserem.
- Regime prisional ou militar

## II - GRANDE RELEVÂNCIA DAS 1<sup>as</sup> ENTREVISTAS COM O DESENVOLVIMENTO DE UMA ALIANÇA TERAPÊUTICA FORTE E DURADOIRA, DESDE O INÍCIO

As 1<sup>as</sup> entrevistas constituem um modelo novo de relações inter-pessoais, em que é possível ser-se exigente e manifestar afectos positivos, sem se ser cúmplice. Deste modo se começa a fazer um verdadeiro corte com o passado e a conseguir uma relação diferente com as pessoas. Na 1<sup>a</sup> entrevista abordamos oito itens principais: Recolha crítica de informação padronizada sobre: Diagnóstico da situação (*Saúde/doença* do Jovem, incluindo aspectos psiquiátricos; *história familiar* e situação actual da Família; *história laboral* e *escolar*; *Personalidade* e amigos do Jovem; *comportamentos anti-sociais* e *delinquentes*; *história da droga* e *dinheiro* para a adquirir); Motivação para a Mudança (Motivação do próprio, da família e dos empregadores, ou professores, definindo claramente as motivações verdadeiras daquelas que não o são e dando aos clientes a nossa avaliação sobre as motivações dos presentes); Avaliação dos recursos disponíveis e dos obstáculos (tanto a nível pessoal, como familiar, laboral, financeiro, social, cultural, institucional e terapêutico). Por último apresentamos um Plano Terapêutico individualizado, em função dos itens anteriores e tendo em consideração a fase em que o drogado se encontra face à droga (Lua de mel, estabilidade, ou desilusão), o tipo de drogado e as tentativas anteriores de tratamento e seus resultados. Ou seja, fazemos uma muito cuidada anamnese clínica e psico-social. Ao mesmo tempo o Terapeuta tem uma atitude pedagógica ao dar informações e corrigir preconceitos sobre Tratamento e Recuperação, para além de abordar as consequências das drogas. O Médico tenta obter a implicação emocional de toda a Família, através de determinadas técnicas, nomeadamente, “provocação”, “desafio”, “humor”, “confrontação”, etc.. Ao mesmo tempo tenta desmistificar determinados preconceitos habituais sobre a Toxicodependência e sobre as Terapias, criando novas expectativas. O Técnico vai assim definindo metas e objectivos progressivos a atingir

semanalmente pelo Jovem e a Família, entregando-lhes no final de cada consulta familiar uma folha com as prescrições comportamentais escritas. O Médico polariza e unifica a energia familiar, que se encontrava bloqueada, para um Projecto terapêutico novo, que é proposto no final da 1<sup>a</sup> entrevista (ou da 2<sup>a</sup>, quando tal é necessário). Para conseguir esta mudança o Médico-psicoterapeuta utiliza os seus afectos para desencadear os afectos adormecidos da Família. Quando tudo corre bem, o primeiro afecto familiar expresso é o choro e depois a revolta (já não contra o filho, mas culpabilizando-se todos da situação a que a família chegou). A partir deste momento o Médico conseguiu iniciar uma verdadeira relação terapêutica. Por último, mais importante do que as técnicas que o Terapeuta vai utilizar (e que são muitas e diversificadas) é a confiança criada entre todos e que exprimimos por esta frase: “nós todos por este caminho difícil vamos conseguir”.

## III - ADMISSÃO VOLUNTÁRIA AO PROGRAMA

A Equipa não só avalia a motivação individual e familiar para o tratamento, como tenta motivar os casos pouco motivados, como vimos a propósito das 1<sup>as</sup> Entrevistas. Porém, não força a entrada no Programa, deixando sempre uma porta aberta para a altura em que o drogado e a família o pretendam, caso presentemente não preencham as condições de admissão. Habitualmente realizamos a assinatura do contrato terapêutico em que Pais, Jovem e Médico se comprometem a realizar todos os esforços para o bom êxito do Programa.

## IV - O PROGRAMA DISPÕE DE TRÊS FASES SUCESSIVAS COM OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

A primeira fase, ou fase exploratória, engloba a 1<sup>a</sup> entrevista e a semana zero (ou de prova, que medeia entre esta e a 2<sup>a</sup> consulta) e destina-se, por um lado a fazer o diagnóstico rigoroso da situação pessoal, familiar e social, bem como da análise da motivação e dos recursos disponíveis e, por outro, a avaliar o modo como a Família aceitou e assumiu as prescrições da “semana zero”. Se tudo correu bem, o Jovem entra na “semana um”, que é o 1<sup>o</sup> passo da 2<sup>a</sup> fase. Podemos resumir esta 1<sup>a</sup> fase nesta frase: Tónica no desafio ao estabelecido e na aceitação do Programa.

A segunda fase, ou fase do tratamento integrado propriamente dito, com a duração de 8-10 semanas,

inicia-se pela desintoxicação domiciliária em simultâneo com terapia familiar, visando uma vida sem drogas e um novo relacionamento familiar, terminando pela aquisição de um grau mínimo de autonomia através da obtenção de um emprego, ou curso de formação profissional. **Tónica no novo relacionamento inter-pessoal.**

A *terceira fase*, ou do crescimento pessoal e reforço psicológico num contexto social produtivo, com a duração de 1 ano, promove o "desmame" familiar através da psicoterapia individual (ou de casal, para casos com vida de casal estável, ou que se encaminhe para tal), em paralelo com uma terapia de casal para os Pais, de forma a que estes não inviabilizem a autonomia de seu filho, entretanto iniciada (nível afectivo, social e económico). Por vezes, em vez da psicoterapia feita por profissionais sugerimos a pertença a um grupo de auto-ajuda, constituído por ex-drogados. **Tónica na autonomia psico-social e na nova identidade**

#### V - REDUÇÃO PROGRESSIVA E CONTROLADA DO CONSUMO DE DROGAS ATÉ ZERO NA 1ª SEMANA, sem recurso a qualquer medicação

O Técnico aceita ir até ao nível onde se encontra o drogado para o ajudar a vir de volta, mas sem o trazer às costas, isto é, sem lhe dar medicação substitutiva. Dá-lhe ajuda para ele ir deixando as drogas no caminho até à abstinência, a alcançar durante uma semana (nalguns casos mais pesados são necessárias duas semanas). Reside aqui **uma das originalidades do Programa TIT**. Ainda que se possa dizer que é um procedimento equiparável ao da metadona de desintoxicação (que também opera uma desintoxicação por desmame lento da metadona, habitualmente num Programa de 21 dias, após ter parado as drogas e ter ministrado metadona para controlar o fenómeno da carência), a verdade é que nós não substituímos a heroína por metadona, ou por heroína medicamente prescrita (como se faz em certas Clínicas de Londres), pois entendemos que é muito mais importante ser o próprio, com a ajuda da família e a nossa, a conseguir parar a heroína, dando-lhes nós um papel activo no processo de desintoxicação, em vez de transformarmos os toxicodependentes em consumidores passivos de cuidados médicos, que eles maioritariamente rejeitam. Por outro lado, nós não prescrevemos nem metadona, nem heroína, mas aceitamos que o drogado com os seus próprios recursos consiga parar

o consumo da heroína. Uma vez atingida esta conquista tão importante, o toxicómano tem possibilidade de utilizar determinados medicamentos a título de recompensa, como veremos brevemente.

#### VI - SUBSTITUIÇÃO DA DEPENDÊNCIA DAS DROGAS PELA DEPENDÊNCIA DA FAMÍLIA, durante a 2ª fase, UTILIZANDO A DESINTOXICAÇÃO DOMICILIÁRIA, EM VEZ DA DESINTOXICAÇÃO HOSPITALAR.

Através da permanência em casa 24 sobre 24 horas na presença constante de pelo menos um dos Pais (sugerimos que seja o Pai do mesmo sexo a estar presente, mas se tal é de todo impossível exigimos que esse progenitor vá pelo menos almoçar e jantar a casa e que tenha um relato pormenorizado do dia do seu filho, feito pelo progenitor que esteve a acompanhar intensivamente o filho) e com a ajuda dalguma medicação é possível realizar a desintoxicação do drogado sem o recurso ao internamento hospitalar, demasiado dispendioso (privado), ou com uma lista de espera enorme (o público). A família, sob orientação do médico, consegue realizar aquilo que sempre desejou, mas nem sequer sonhava conseguir. Ao devolvermos o filho aos Pais e à Família estamos proporcionando um melhor conhecimento do filho pelos Pais e destes pelo ex-drogado, com inegável importância em termos afectivos. Quantas vezes reside aqui a possibilidade duma relação afectiva verdadeira e profunda entre todos, de forma a que a Família, após esta experiência positiva, saia profundamente enriquecida e diferente, porque todos são capazes de se valorizarem, quando até aí a comunicação preferencial era a desvalorização sistemática ao nível da família. Apesar das dificuldades e do sofrimento que acarreta, as Famílias agradecem habitualmente terem tido esta oportunidade de se encontrarem profundamente e de crescerem afectivamente, passando a ser "verdadeiras famílias".

#### VII - CONTROLE RIGOROSO DAS DROGAS NA URINA

Realiza-se nas diferentes fases e diversos momentos do programa, de forma a termos a prova da realidade, que nos impeça de todos estarmos colaborando num logro terapêutico. Por outro lado, as análises quantitativas permitem-nos ter uma ideia mais rigorosa da evolução dos consumos e da gravidade das recidivas. Dispomos entre nós de métodos laboratoriais bastante rigorosos e com muito poucos falsos positivos, como são os métodos



imuno-enzimáticos. Em caso de dúvidas ainda dispomos da possibilidade de um controlo mais fino através da espectrometria e da cromatografia em camada fina. Para que todo este rigor seja integral, forçosa se torna uma colheita de urina sob total vigilância, preferencialmente ao acordar. Pessoalmente preferimos que a colheita seja feita em casa diante de um dos Pais e enviada de imediato ao Laboratório pelo mesmo, sem permitir que o drogado tenha acesso ao frasco da urina, evitando assim a sua diluição, ou mistura de produtos que poderiam neutralizar a presença de drogas de abuso.

#### VIII - CONTROLO RIGOROSO DO DINHEIRO E DAS SAÍDAS DE CASA

No 1º ano de tratamento a disponibilidade de dinheiro é uma verdadeira tentação e frequentemente acarreta recidivas, pois dinheiro é igual a drogas, sobretudo se houver liberdade total de movimentos. Daí que nós recomendamos não haver acesso a contas bancárias, nem a cartões multibanco e que a partir das 1ªs saídas de casa o ex-drogado apenas disponha de 200\$00-300\$00 para uma bica e um bolo. Esta situação pode ser alterada com o tempo e sempre em função das provas dadas. Por outro lado, quando o ex-drogado quer ir a determinadas distrações nós aceitamos que a namorada, os irmãos, ou amigos de confiança dos Pais (e desde que nenhum deles tenha relações com quaisquer drogas) possam levar algum dinheiro e pagar as despesas. Deste modo fomentamos a colaboração familiar e dos amigos, numa tentativa de relacionamento social com pessoas que não têm nada a ver com as drogas. Como se pode verificar, damos uma grande importância ao aumento progressivo da liberdade, que da permanência em casa 24 sobre 24 horas (1ª semana) passa pela aquisição de saídas de casa, inicialmente acompanhado, depois sob vigilância e, finalmente em liberdade, desde que as provas dadas o aconselhem.

#### IX - PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA ESPECÍFICA E DE CURTA DURAÇÃO

A partir da 2ª semana damos alguma medicação, nomeadamente tónicos, vitaminas, antidepressivos (adequados à situação do paciente: ou mais sedativo, ou mais activador, consoante as necessidades e a fase do tratamento) e um neuroléptico suave (ciamemazina), com efeitos predominantemente ansiolíticos e sem necessitar de

correctores de efeitos extrapiramidais, eles próprios susceptíveis de provocarem dependência. Este esquema posológico mantém-se pelo período aproximado de um mês, ainda que nem sempre seja aplicado na íntegra, ou em todos os casos. Todavia não ministramos fármacos que gerem dependência (nomeadamente benzodiazepinas, anticolinérgicos, etc.), nem analgésicos, nem drogas substitutivas (Metadona), ou antagonistas (Naltrexona).

#### X - PRESCRIÇÃO SEMANAL DE TAREFAS PARA CASA

No final de cada sessão de terapia familiar entregamos uma folha em que estão escritas as prescrições para a semana, competindo à família conseguir que o jovem realize todas as prescrições feitas. A prescrição de tarefas para casa são muito utilizadas pelas terapias cognitivistas e, também, pelas terapias sistémicas, tendo um papel essencial no reforço do programa terapêutico. Através destas prescrições o terapeuta está realmente presente em casa dos pacientes e de sua família, sem ter o inconveniente da sua permanência física. Na consulta seguinte, o Médico vai avaliar se as prescrições foram cumpridas com empenhamento, ou com desinteresse, ou se não foram cumpridas, analisando com o paciente e a família as dificuldades no cumprimento das tarefas prescritas. Costumamos dizer que as prescrições para casa são as obrigações mínimas que os jovens terão que realizar e que depois de as cumprirem poderão realizar muitas outras actividades condicionadas à fase em que se encontram. Não aceitamos saltos rápidos na conquista progressiva de liberdade e aqueles que aceitam o nosso programa de tratamento terão de “subir a pé todas as escadas do Bom Jesus de Braga”.

#### XI - ESTUDO DA PERSONALIDADE E ACONSELHAMENTO VOCACIONAL

Utilizamos testes psicológicos que nos ajudem a melhor conhecer as características da personalidade, nomeadamente o Teste de Rorschach e o Inventário Psicológico da Califórnia (CPI), mas dado que não foram aplicados a todos os casos os resultados da sua utilização, ainda não foram rentabilizados na maioria dos casos que realizaram o Programa TIT. De igual modo fizémos, num número limitado de casos, o estudo das capacidades vocacionais com vista ao aconselhamento em termos de aquisição de um emprego, mais de acordo com as

características pessoais. Parece-nos uma área bastante importante deste Programa e que vai exigir um maior investimento com vista a um verdadeiro serviço de apoio "pós-cura", que presentemente foi realizado relativamente a um número demasiado limitado de casos.

XII - Lema do nosso trabalho "VAMOS CONSEGUIR" O pano de fundo de todo o nosso trabalho clínico é a confiança nas possibilidades de recuperação, ainda que seja difícil e doloroso. Os resultados dos verdadeiros "milagres" conseguidos nalguns casos que nós acompanhámos no TIT são estímulo suficiente para servir de exemplo aos novos casos. Inclusivamente, por vezes utilizamos a presença de ex-toxicómanos (que fizeram o Programa TIT) nalgumas sessões iniciais com os novos candidatos.

## 7. INVESTIMENTOS e INSTRUMENTOS TERAPÊUTICOS UTILIZADOS

A sistematização dos investimentos terapêuticos é esclarecedora sobre o modo como opera ao nível bio-psico-social o Tratamento Integrado de Toxicómanos. O nosso primeiro investimento é realizado no "corpo" do doente, seguindo a tradição dos Clínicos e dos filósofos gregos, adaptada aos latinos: "*mens sana in corporae sano*". Sem um corpo sadio não é possível nenhum outro investimento terapêutico capaz de produzir efeitos duradouros. Por isso nós começamos pela desintoxicação física do drogado, mediante a medicação já referida (tónicos e vitaminas). Seguidamente investimos na "família" no sentido de lhe facultarmos a necessária capacidade e motivação para ela ser a verdadeira executora do processo de desintoxicação realizado em sua casa e sob seu controlo, ainda que segundo o plano definido pelo Médico. Realizamos depois, progressivamente, uma grande investimento ao nível do "ego" através do papel que atribuímos ao conhecimento e desenvolvimento das capacidades e da criatividade pessoal. Este investimento intra-psíquico vai naturalmente expandir-se para o nível das "amizades" e "actividades lúdicas" que nós privilegiamos através de numerosas prescrições para casa, não apenas de temas de desenvolvimento por escrito (Na semana 2 "Os meus amigos"; na semana 3 "Os amigos falecidos e porquê?" e na semana 6 "Retrato psicológico dos bons amigos"), mas também mediante outras prescrições: na semana 4 "Assistir a um bom espectáculo artístico, ou

cultural"; na semana 5 "Organização duma refeição familiar com Amigos em casa dos Pais", etc.. Pretendemos operar investimentos que fomentem a socialização sem droga e que se prolonguem para além da família. Investimos, por último, nas "actividades produtivas", visando a aquisição dum emprego, ou curso de formação profissional adequado. Como Freud, pensamos que o grande desideratum do ser humano é *produzir e amar*, ainda que presentemente se acrescente um outro, a distração. Faço votos que a alienação pela distração não seja impeditiva de amar, nem de produzir, pois ambas estas tarefas sublimes do ser humano são igualmente forma de se realizar e de se humanizar, enquanto ser individual e ser social, capaz de trilhar um destino que o transcende e o dignifica.

O Modelo TIT serve-se de numerosos instrumentos terapêuticos, que passo a enumerar de forma sistematizada:

- 1) **Relação terapêutica** tanto a nível individual (corporal e psicológica), como grupal e familiar, sempre com a característica duma aliança terapêutica forte e duradoira.
- 2) **Medicação** específica, no período da desintoxicação, podendo nalguns casos ter de ultrapassar esta fase, sobretudo em situações de depressão ou de comportamentos disrítmicos (com ou sem epilepsia).
- 3) **Expressão gráfica e artística** mediante a realização de desenhos (livres e com temas padronizados), de pinturas, de músicas, etc. .
- 4) **Expressão muscular e corporal** através de ginástica, exercícios físicos, actividades desportivas e relaxamento.
- 5) **Escrita** através do Diário (livre e padronizado) e da produção de determinados temas de desenvolvimento (Projecto de Vida, Amigos, Tentações da droga, etc., etc., que estão padronizados no Programa TIT, ainda que susceptíveis de serem adaptados caso a caso).
- 6) **Controlos** através da Família (inicialmente total, depois parcial e por último nulo), das análises de pesquisa de drogas na urina e mediante a acção do médico.
- 7) **Obtenção dum emprego** (ou curso de formação) que faculte ao ex-toxicómano a aprendizagem real das relações humanas e a superação das frustrações, analisadas mediante as sessões de psicoterapia.
- 8) **Consultas/sessões terapêuticas semanais** que permitem

ao ex-drogado encontrar no médico o apoio necessário para as suas dificuldades e o acompanhamento de perto da sua evolução psico-social, de forma a suster rapidamente os comportamentos indesejados e a favorecer os comportamentos sadios e positivos. Não é possível com consultas mensais ajudar-se eficientemente um toxicómano que pretenda deixar as drogas. É evidente que todo este trabalho exige um investimento muito grande da parte do Médico, mas não acreditamos em "milagres" sem um grande empenhamento de todos os intervenientes.

## 8. FILOSOFIA DO MODELO TIT

Subjacente ao Modelo TIT existe uma filosofia progressivamente elaborada e de que destacamos os seguintes aspectos:

### I - É POSSÍVEL DEIXAR A VIDA DA DROGA, É MUITO DIFÍCIL, MAS VALE A PENA !

Esta convicção é uma certeza e uma esperança que emprestamos a todos aqueles que estão desiludidos da sua vida e a caminho da desistência e do desespero. Só que esta possibilidade não se atinge por uma via fácil. O TIT mostra um caminho para deixar a droga, que exige grande esforço e alguma persistência, ao mesmo tempo que se atinge uma vida nova sem drogas e em que a droga já não tem sentido, nem lugar.

### II - DEIXAR A VIDA DA DROGA NÃO É APENAS PARAR OS CONSUMOS E TOMAR REMÉDIOS. É MUDAR RADICALMENTE DE VIDA

Se por um lado sem abstinência de drogas não há tratamento eficaz, a verdade é que a abstinência de drogas à custa de remédios é uma grande ilusão, dado que esse procedimento confirma que o drogado não consegue viver sem drogas (ou remédios), no que nós não estamos de acordo. Por outro lado, os remédios facilmente são postos de lado pois não dão a satisfação pretendida, ou então, alguns remédios são transformados em verdadeiras drogas, em substituição de outras. Repete-se o círculo vicioso e agora com colaboração médica, mediante a prescrição de psicofármacos. O TIT não partilha a manutenção deste *status quo* e tenta motivar o drogado a deixar a droga e a descobrir uma vida nova sem drogas.

### III - DEIXAR A VIDA DA DROGA IMPLICA UMA PARTICIPAÇÃO ACTIVA DA FAMÍLIA NO PROCESSO TERAPÊUTICO ORIENTADO PELO ESPECIALISTA, DURANTE UM PERÍODO SUFICIENTEMENTE LONGO

Pelo menos em Portugal são as famílias o maior contribuinte passivo (e por vezes activo), para o financiamento da droga de seus filhos. Daí que as famílias tenham de ser devidamente esclarecidas sobre o fenómeno da toxicodependência de modo a não alimentarem este flagelo. Por outro lado, as famílias necessitam de estar devidamente habilitadas para poderem exercer eficientemente as suas funções educativas. E, efectivamente, utilizar o precioso contributo das famílias, devidamente enquadradas, é muito mais barato e prático do que utilizar as comunidades terapêuticas, ou as instituições de saúde.

### IV - DEIXAR A VIDA DA DROGA É COMEÇAR A VIVER UMA VIDA NOVA CONSIGO PRÓPRIO, COM A FAMÍLIA E COM OS OUTROS, EM QUE AS NOVAS SATISFAÇÕES E REALIZAÇÕES VÃO FAZER ESQUECER AS ANTIGAS RELAÇÕES E AS SATISFAÇÕES PRIMÁRIAS

O processo de tratamento-reabilitação é essencialmente um caminho educativo e de descoberta da vida, tanto à sua volta, como dentro de si, adquirindo maior sensibilidade aos problemas humanos, passo indispensável para opções conscientes de vida.

### V - A TOXICODEPENDÊNCIA É PARA NÓS UM COMPORTAMENTO DESTRUTIVO DA PESSOA E DA FAMÍLIA, QUE ALASTRA À SOCIEDADE E QUE SE PERPETUA E AMPLIA SE FOR DEIXADA AO SEU LIVRE CURSO.

Neste contexto não facilitamos as intervenções que levem à manutenção deste flagelo individual, familiar e social, mas antes oferecemos um caminho alternativo ao consumo de drogas. Não somos cúmplices com o toxicómano e exigimos-lhe um comportamento claro — ou quer deixar a droga e nós ajudamo-lo a isso — ou não quer e nós deixamo-lo ao seu curso de auto-destruição, ainda que avisemos a família do que se pode fazer para impedir esse caminhar para a morte. Numa palavra, não pactuamos com a sua auto-destruição, pois acreditamos no valor positivo da vida.

## VI - O SOFRIMENTO DE DEIXAR A DROGA É TRANSFORMADO EM CRESCIMENTO INTERIOR E NA BUSCA DE NOVOS SENTIDOS PARA A VIDA

A vida do drogado é um alternar de prazer e de sofrimentos, em que progressivamente o prazer é cada vez menor e os sofrimentos cada vez mais frequentes e maiores. O drogado crónico acaba por sofrer no seu corpo e na sua alma, ainda que tenha procurado activamente o caminho do prazer. O sofrimento é para ele um intruso não desejado, mas sempre omnipresente, que o torna infeliz. O drogado não tira do sofrimento nenhuma utilidade. Nós tentamos dar ao sofrimento, inerente à carência e à renúncia do prazer da droga, o papel de caminho de descoberta de novos valores e de uma vida nova, ainda que com sofrimento para o próprio, ou seja, damos um valor positivo ao sofrimento, que só mais tarde é reconhecido pelo drogado.

## VII - O TRATAMENTO É APENAS O 1º PASSO NA RECUPERAÇÃO DO DROGADO, QUE SÓ SE COMPLETA NA PLENA INSERÇÃO SOCIAL PRODUTIVA ATRAVÉS DE UMA MELHOR QUALIDADE DE VIDA: PESSOAL, FAMILIAR E COMUNITÁRIA

Nós partimos do tratamento para atingirmos a reabilitação individual e social dos casos, ou seja, o tratamento avalia-se pelos resultados sociais atingidos. Qualquer tratamento meramente pontual (ou médico, ou psicológico, ou comunitário isolado) conduz habitualmente à recidiva, pelo que nós articulamos no TIT técnicas em diferentes fases evolutivas do processo de tratamento-recuperação. Assim a nossa proposta terapêutica constitui o primeiro passo eficiente numa ruptura com o passado individual, familiar e social, levando à criação de condições que desenvolvam uma vida relacional nova, isto é, uma mudança radical de vida.

## 9. RESULTADOS DO PROGRAMA TIT SOBRE AS VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS

Vamos servir-nos dum estudo estatístico bastante aprofundado<sup>(1)</sup> e coordenado pelo Dr. Luis Ribeiro, que analisou a eficácia do Programa TIT. Presentemente iremos referir apenas os resultados mais significativos desse Programa sobre as variáveis psicológicas consideradas. Estas variáveis são os resultados dos seguintes testes (cada um com várias sub-escalas) aplicados segundo um modelo

previamente definido e escalonado no tempo, de modo a permitir re-testes.

1. Escala de depressão – DACL – Depression Adjective Check List de Lubin
2. Escala de ansiedade – STAI – State-Trait Anxiety Inventory de Spielbergger
3. Escala de locus de controlo de Rotter
4. Teste de Auto-estima – Inventário de Coopersmith
5. Questionário de saúde/doença mental – HSCL-90 – Hopkins Symptom Check List
6. Escala de Clima Familiar de Moos

Relativamente à metodologia utilizada no trabalho referido, analisaremos o efeito do programa terapêutico – Tratamento – e o efeito de Interação Tratamento/Parentesco para cada variável dependente. Esta análise é realizada através de Manovas para Medidas Repetidas. As comparações serão executadas sobre os dados relativos ao início e final da segunda fase do T.I.T., que corresponde ao momento específico de intervenção psicoterapêutica. Apenas nos casos em que a interação se manifestar significativa, procederemos a análises Anova One-Way, seguidas do Procedimento de Postos de Tukey, sobre os valores da diferença entre as medidas pré e pós tratamento, em função dos grupos de Parentesco.

Dado que os resultados mais significativos se apresentam sobretudo para as variáveis das diferentes escalas e sub-escalas dalguns testes, são apenas esses que iremos referir seguidamente.

### 1) Depressão - DACL

Verifica-se que o tratamento determina uma diminuição generalizada dos valores de depressão para todos os grupos de Parentesco, a qual permanece para Pais e Mães até 12 meses pós-cura, enquanto que os Pacientes revelam nesta fase um certo acréscimo, embora permanecendo longe dos valores iniciais.

A Manova sobre as medidas DBI e DGI apresenta efeitos significativos para Tratamento,  $F(1,64)=8.01$   $p<.01$ , e para a Interação Tratamento/Parentesco,  $F(2,64)=5.42$   $p<.01$ . Tal determina a realização de uma Anova One-way e do Procedimento de Postos de Tukey, sobre os grupos de Parentesco. Este indica que os Pacientes diminuem os valores de depressão mais significativamente que Pais e Mães.

(1) Baseado na "Apresentação e análise dos resultados da avaliação psicológica" realizada por Luís Sousa Ribeiro, António José Santos e Maria Manuela Verfssimo (trabalho ainda não publicado).

## 2) Ansiedade - STAI

Igualmente se manifesta uma descida generalizada da ansiedade para todos os grupos de Parentesco, que parece manter-se seis meses pós-cura, desestabilizando posteriormente. É curioso notar que a desintoxicação produz uma ligeira diminuição em Pai e Mãe, contrastando com o fortíssimo efeito tranquilizador observado para o Paciente, o que poderá traduzir a dúvida dos pais ante a solidez do resultado obtido.

Os resultados da Manova apresentam um efeito significativo,  $F(2,31)=4.89$   $p<.05$ , para a interacção Tratamento/Parentesco, e ausência de efeito para o Tratamento. O procedimento de Tukey discrimina significativamente o grupo de Pacientes do grupo de Pais; este resultado é interessante pois a subida dos valores de ansiedade durante a segunda fase do T.I.T., não se relaciona com o agravamento desta mas sim com o fortíssimo alívio sentido no final da primeira fase. Relativamente aos valores iniciais da ansiedade, o grupo de Pacientes apresenta no final da segunda fase uma melhoria. No entanto deve-se notar a subida da ansiedade após a desintoxicação como revelando uma dificuldade de organizar a vida sem a droga, por um lado, e por outro indicando a insuficiência de abordagens terapêuticas concentradas exclusivamente na cessação do consumo; a sua retirada não só não cria imediatamente as competências necessárias ao desenvolvimento de um projecto de vida alternativo, como no curto prazo, fragiliza, inclusivamente, o ex-toxicómano.

## 3) Auto-Estima - COOPERSMITH

Há uma melhoria acentuada de todas as dimensões da auto-estima (Geral, Social, Familiar e Profissional) que foi avaliada pelos procedimentos estatísticos anteriormente referidos e com resultados muito semelhantes, podendo sumariar esses resultados do seguinte modo: O método T.I.T., apresenta efeitos significativos de reforço da auto-estima, para todos os grupos de Parentesco considerados, nas diversas componentes avaliadas.

Estes efeitos são particularmente acentuados no grupo de Pacientes, que é aquele que mais beneficia com o tratamento.

## 4) Psicopatologia - HSCL-90

O programa T.I.T. apresenta efeitos marcados na

diminuição de todas as escalas de sintomatologia psicopatológica consideradas, para os três grupos de Parentesco, avaliados igualmente pelos mesmos procedimentos estatísticos, anteriormente referidos. Estes efeitos são ainda mais salientes para o grupo de Pacientes. Aproveitamos para referir essas escalas: 1 Sensibilidade Interpessoal (Esquizoidia); 2 Ansiedade Fóbica; 3 Depressão Inibida; 4 Hostilidade; 5 Somatização; 6 Depressão Ansiosa; 7 Psicoticismo.

Estes resultados parecem comprovar a hipótese de uma natureza reactiva da sintomatologia observada, demarcando a toxicod dependência do campo psiquiátrico, e colocando-a no contexto mais lato da saúde mental, englobando componentes sociais e familiares para além das estritamente psicológicas.

## 5) Ambiente Familiar - Escala de MOOS

Das 10 sub-escalas que apresenta este teste, os efeitos são estatisticamente muito significativos – sobretudo para os pacientes – para as dimensões do nível relacional, verificando-se uma diminuição do conflito familiar, um aumento da coesão familiar e um aumento da independência de todos os membros da família. ■

*Francisco de Vilhena e Silva*

*Médico Psiquiatra, Chefe de Serviço Hospitalar, Psicoterapeuta e Terapeuta Familiar, Responsável pela Unidade de Investigação Clínica e Epidemiológica do CAT do Restelo (ex-CEPD), Lisboa.*

*Autor do Modelo Tratamento Integrado de Toxicómanos*

*Morada: Rua Augusto Gil, 12, 1º dto*

*1000 LISBOA*

*Tel(s): 796 61 50 / 65*

*com a colaboração de:*

*Luis Ribeiro*

*Mestre em Psicologia e Docente Universitário*

*António José Santos*

*Doutorado em Metodologia da Investigação em*

*Psicologia e Docente Universitário*

*Manuela Veríssimo*

*Psicóloga aguardando doutoramento*