

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



Abordagens Psicoterapêuticas no Tratamento das Dependências

Alda Mariana Gonçalves Vicente

Nº 8791

Relatório submetido como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Clínica

2009

RESUMO

O presente relatório tem como objectivo principal a reflexão crítica da actividade profissional desenvolvida na área da dependência de substâncias psicoactivas numa Equipa de Tratamento do Instituto da Droga e da Toxicodependência.

Pretende-se, fundamentalmente, promover uma análise reflexiva acerca da temática da dependência e das diferentes abordagens psicoterapêuticas descritas na literatura bem como a avaliação e adequação das mesmas na intervenção com o sujeito dependente.

Num primeiro momento, apresenta-se uma revisão dos quadros teóricos no âmbito da problemática em estudo. No sentido da contextualização do trabalho desenvolvido, é realizada uma caracterização da instituição, considerando-se a globalidade e interacção das valências que aí operam e em particular da consulta de psicologia e dos utentes que a integram. A fase final é dedicada à discussão das intervenções psicoterapêuticas com base nos quadros teóricos e técnicas subjacentes.

A metodologia utilizada consiste na recolha e análise bibliográfica em conjunto com os dados provenientes da prática clínica com esta população.

Conclui-se que as propostas de intervenção psicoterapêuticas, em contexto institucional, são tanto mais adequadas quanto maior é a fundamentação e o rigor dos critérios clínicos considerados na selecção das mesmas e a presença de um princípio de transdisciplinaridade que confere um aspecto dinâmico e integrativo na clínica das dependências.

Palavras-chave: Dependência; Abordagens Psicoterapêuticas; Equipe de Tratamento

ÍNDICE

Introdução	1
Enquadramento Conceptual	3
Intervenções Psicoterapêuticas no Tratamento das Dependências	3
Contributos Teóricos e Modelos de Tratamento	5
Modelos Psicodinâmicos	5
Modelos cognitivos	8
Modelos sistémicos	12
Co-morbilidade	15
Enquadramento Contextual	17
Caracterização da Instituição	17
Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P	17
Equipa de Tratamento da Amadora	19
Descrição do Desenvolvimento da Actividade	21
Caracterização da População-alvo	24
Discussão	32
Considerações Finais	36
Referências bibliográficas	37

Lista de Tabelas e de Figuras

Lista de Tabelas

Tabela 1: Áreas de Missão do IDT, I.P	18
Tabela 2: Síntese das actividades realizadas no Centro de Respostas Integradas de Lisboa Ocidental	23
Tabela 3: Descrição da grelha de caracterização da população utente	24

Lista de Figuras

Figura 1: Categorias e conteúdos profissionais da Equipa de Tratamento da Amadora	20
Figura 2: Representação das substâncias em função dos critérios de uso, abuso e dependência	26
Figura 3: Modelos de tratamento farmacológico	27
Figura 4: Interrupção do seguimento na consulta de psicologia	27
Figura 5: Caracterização dos utentes em função do diagnóstico principal com 1 Diagnóstico (CID-10)	29
Figura 6: Caracterização dos utentes em função do diagnóstico principal com 2 Diagnósticos (ICD-10)	30
Figura 7: Caracterização dos utentes em função da perturbação mental associada (ICD-10)	31

Lista de Anexos

Organograma do IDT, I.P / Equipa de Tratamento da Amadora
Grelha de caracterização dos utentes activos em 2008

INTRODUÇÃO

Pretende-se, fundamentalmente, com o presente relatório, dar a conhecer o trabalho desenvolvido na consulta de psicologia de uma equipa de tratamento na área de dependência química, enquanto espaço psicoterapêutico que se deve revelar suficientemente contentor, fiável e confiável, capaz de assegurar a continuidade do tratamento e que permita, nas palavras de Fleming (2005), o auxílio na transformação da uma dor mental, indefinida e intolerável, em uma dor com um nome à qual pode ser adquirido um sentido e um significado, úteis para a reconstrução interna e externa do indivíduo.

A reflexão tem como objectivo principal proporcionar um olhar sobre a selecção e avaliação das intervenções psicoterapêuticas realizadas em contexto institucional, nomeadamente, na importância da construção de planos individuais de tratamento adequados ao pedido de ajuda e às reais necessidades dos utentes, partindo-se do pressuposto de que a clínica das dependências exige na elaboração das estratégias de intervenção, não só a análise e inclusão dos diversos factores (biológicos, psíquicos e sócias) que interagem no processo toxicodependente, mas também a compreensão da circularidade, que a interacção destes factores, pode provocar ao longo do percurso psicoterapêutico.

A propósito do trabalho em contexto institucional, Gonçalves & Welling (2001), defendem a promoção da *integração em psicoterapia* de acordo com as teorias de Norcross & Newman (1992) e Halgin (1997) que descrevem três factores na construção de uma intervenção multidisciplinar que permita uma visão não condicionada a uma teoria única e às técnicas que tradicionalmente lhe são subjacentes. A abordagem dos *factores comuns* que, através da identificação de aspectos centrais partilhados pelos diferentes modelos terapêuticos, poderá levar ao delineamento de projectos de tratamento mais eficazes; O *ecleticismo técnico* que pressupõe a capacidade do terapeuta, com base na investigação empírica e na experiência clínica, de seleccionar a intervenção mais adequada para um determinado paciente e uma determinada perturbação que lhe está associada; a

integração teórica em que um mais modelos podem ser integrados com o objectivo de atingir resultados mais favoráveis à utilização isolada de terapias específicas.

No mesmo sentido, Morel, Hervé & Fontaine (1997), ao abordarem o fenómeno da dependência química, consideram que nenhum modelo é capaz de esgotar toda a complexidade inerente ao mesmo que, pela sua heterogeneidade, exige a integração de estratégias e técnicas oriundas de mais de um sistema conceptual e a construção de uma intervenção global baseada nos princípios de pluralidade, interactividade e reversibilidade. Defendem a adopção de uma abordagem transdisciplinar das intervenções terapêuticas que contribua, tanto quanto possível, para uma integração das diferentes dimensões e significações que o sujeito dependente de substância psicoactivas pode apresentar.

Abordam-se, através de uma breve revisão bibliográfica, os principais modelos conceptuais e técnicas subjacentes mais utilizados no tratamento da dependência, enfatizando-se, sobretudo, a importância da avaliação psicodiagnóstica na selecção e indicação dos mesmos e é apresentada uma caracterização da população utente num esforço de transmitir a multiplicidade de factores e problemáticas implicadas no quadro clínico da dependência química.

Considera-se que o rigor da avaliação ao contemplar as diferentes áreas do funcionamento mental do sujeito, permite aceder a uma melhor compreensão da sua problemática, numa perspectiva que ultrapassa o sintoma, em si, e a relação que estabelece com a substância. Este conhecimento contribui para o delineamento de projectos de tratamento específicos, com os quais os sujeitos se podem identificar e, consequentemente, para uma melhor adesão ao tratamento.

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

INTERVENÇÕES PSICOTERAPÊUTICAS NO TRATAMENTO DAS DEPENDÊNCIAS

Falar na clínica das dependências, pela multiplicidade de factores associados, é falar, em *clínica das interacções, de processos e de trajectórias*, é pensar o indivíduo nas diversas dimensões do sofrimento psíquico, na distinção entre o normal e o patológico e, sobretudo, na relação particular que se instala entre a substância e a pessoa e na influência desta na sua própria existência individual e colectiva. (Morel et. al, 1997)

À semelhança da heterogeneidade intrínseca ao fenómeno da dependência, e da variabilidade dos percursos do sujeito que o vivencia também os contributos para o conhecimento e abordagem da clínica da dependência se têm apresentado, numerosos, e por vezes, até contraditórios.

São diversos os estudos de investigação, no âmbito da problemática das dependências, que têm demonstrado a sua heterogeneidade, designadamente, no que se refere às estruturas de personalidade, à presença ou não de psicopatologia ou doença física associada, ao tipo e grau de severidade da dependência, aos factores sócio-culturais e à própria vivência emocional da patologia. (Fleming & Machado Vaz, 1981; Fabião, 2002; Silva & Bacelar-Nicolau, 2003). Esta complexidade, parece remeter para a compreensão de que os indivíduos com diagnóstico de dependência de substâncias psicoactivas apresentam necessidades distintas relativamente ao tratamento.

Actualmente, a maioria dos autores, defendem que a psicoterapia mais eficaz no tratamento de dependentes químicos é aquela que traduz a modalidade terapêutica mais adequada face às características pessoais e sociais do indivíduo e da função que este atribui à substância. Neste sentido, consideram que a condição essencial para a

selecção de qualquer intervenção psicoterapêutica deve basear-se no rigor da avaliação psicológica na qual se incluem aspectos como o psicodiagnóstico, a motivação para o tratamento, a história toxicofílica, a capacidade de insight bem como factores relacionados com o contexto familiar e sócio-cultural. (Fleming & Machado Vaz, 1981; Fabião, 2002; Silva & Bacelar-Nicolau, 2003). Segundo Sánchez (1992, citado por Ferreira, 2004), *“oferecer uma psicoterapia sem nenhum rigor na selecção dos pacientes pode significar um esforço desproporcionado, para o paciente e terapeuta, relativamente aos resultados obtidos, e até resultar estéril ou prejudicial em certas ocasiões”*. (p.66)

De acordo com Pechansky, Woody, Mercer, & Luborsky, (1998), a indicação para o tratamento e a selecção da estratégia mais adequada ao mesmo pode ser, desde logo, denunciada na análise do pedido do paciente através da apreensão da postura e do tipo de solicitação que este faz relativamente ao tratamento e ao próprio terapeuta. A avaliação da primeira consulta (realizada em uma ou mais sessões) e o estabelecimento da relação terapêutica que ali se começa a desenvolver desencadeiam o delineamento do projecto de tratamento e o início do processo psicoterapêutico.

Relativamente à selecção da estratégia a utilizar, embora o aconselhamento se tenha constituído, ao longo do tempo, como uma das abordagens com maior predominância no contexto do tratamento das dependências, nas últimas duas décadas a investigação científica tem vindo a demonstrar que a psicoterapia traduz uma modalidade eficaz nesta área de intervenção (Pechansky et. al, 1998). Segundo os autores, a possibilidade de utilização da psicoterapia em indivíduos com perturbações decorrentes da dependência química é semelhante à da utilização em outras perturbações mentais, considerando, no entanto, que sua eficácia é influenciada pelo conhecimento específico dos factores inerentes à perturbação, nomeadamente, a intensidade ou grau da dependência, a perspectiva de controlo associada a fases de evolução e as suas consequências.

Para Morel, et. Al (1997), a indicação para psicoterapia do sujeito dependente, necessita de duas condições fundamentais: A existência de um contexto de vida minimamente estabilizado, no sentido em que o sujeito não deve encontrar-se numa situação de ausência total de recursos ou em fase de intoxicação maciça. A segunda

condição diz respeito à manifestação de uma questão, sentida como incompreensível e geradora de conflito no sujeito.

Pechansky, et. al, (1998), destacam algumas técnicas psicoterapêuticas de diferentes quadros teóricos, que sofreram adaptações no sentido de aumentar a eficácia das intervenções com a população dependente, nomeadamente, a Psicoterapia de Apoio Expressiva, a Psicoterapia Interpessoal a Terapia Cognitiva (Terapia cognitiva, Prevenção da Recaída, Teoria da Aprendizagem Social) a Terapia Familiar e a Terapia de Grupo.

CONTRIBUTOS TEÓRICOS E MODELOS DE TRATAMENTO DAS DEPENDÊNCIAS

Modelos Psicodinâmicos

As teorias psicanalíticas foram as primeiras a pensar o fenómeno da dependência para além das características da toxicidade física. Freud em “Malaise dans la civilization” (1929) ao escrever sobre a ameaça do sofrimento diferenciando três origens do mesmo, “o corpo”, o “ mundo exterior” e as “relações com os outros” avança com os factores de motivação que hoje se consideram presentes na génese do consumo de substâncias psicoactivas.

Neste sentido, a substância surge como meio de alívio da dor (física e psicológica) e da angústia, como protectora do mundo exterior, sentido como ameaçador e onde as perspectivas futuras se revelam escassas ou mesmo inexistentes, e como forma de evitar a ameaça proveniente da relação com o outro, pela dificuldade em investir nos objectos, muitas vezes ligada às experiências precoces e à qualidade dos primeiros vínculos (Morel, et. al, 1997).

No contributo das teorias psicodinâmicas para a compreensão da etiologia da dependência de substâncias psicoactivas, destacam-se, a teoria das gratificações narcísicas, a teoria da oralidade, a teoria das relações maníacas e a teoria das perversões. (Ramos, 2004).

No âmbito das diversas teorias, salientam-se alguns autores cujos contributos objectivam a compreensão do funcionamento mental do sujeito dependente.

Autores como Rado (1935), Simmel (1930) e Glover (1938), consideram, como factores dominantes, no fenómeno da dependência de substâncias, a luta entre os instintos de vida e de morte e a personalidade ciclotímica, associando assim a dependência a uma categoria de depressão. (Magalhães, 2008).

Rosenfeld (1965), considera a primeira infância o campo favorável à emergência do comportamento toxicodependente, acentuando a instalação de uma clivagem no funcionamento mental do indivíduo numa idade muito precoce e, conseqüente dificuldade na aquisição da posição depressiva. A falha na função paterna enquanto função separadora da relação fusional (*mãe-filho*) promove a permanência do bebé em estádios de desenvolvimento muito precoces estimulando o crescimento do narcisismo patológico expresso na fantasia do toxicodependente. (Ribeiro, 1992; Fleming, 2005, Ramos, 2004). Nas palavras de Ramos (2004), *“tomar consciência de que se é dependente de alguém é uma das mais profundas feridas narcísicas do ser humano. Quando a dependência é química, a ferida é exacerbada, e o dependente responde onnipotentemente, negando intensamente a realidade (p.482)*

McDougall (1998) considera o consumo e a dependência de substâncias como uma resposta à intolerância afectiva, no sentido de que o objecto de dependência (idealizado) seria experimentado como suficientemente bom, capaz de oferecer prazer e de resolver os sentimentos de angústia constituindo-se como um objecto transitório que resolveria momentaneamente a tensão psíquica através da solução somática. (Ramos, 2004).

Olivenstein (1987), chama a atenção para a questão da falta, defendendo que mais importante do que o prazer narcísico proporcionado pela substância, é o sentimento de necessidade do consumo. O autor define, ainda, três factores que considera dominantes no quadro clínico da dependência, manifestações comportamentais caracteriais, carências ao nível do imaginário e carências identificatórias. (Magalhães, 2008; Fleming, 2005).

A proposta de Khantzian (1985), de uma hipótese de automedicação, baseia-se no hipotético papel das substâncias psicoactivas na regulação dos afectos desagradáveis. Segundo esta teoria, as substâncias opióides, nomeadamente, a heroína, atenuam os sentimentos ligados à violência e à agressividade, o álcool e

outras substâncias depressoras do sistema nervoso central aliviam os sentimentos de vazio e ansiedade e os estimulantes diminuem o sentimento depressivo ou contariam a hiperactividade. (Morel, 1998, Ramos, 2004, Magalhães, 2008).

Para Charles-Nicolas (1991, cit. Ramos, 2004; Magalhães, 2008)), a insuficiência dos objectos internos e a relevância das pulsões agressivas representam um ponto determinante na problemática da dependência, vivenciando o sujeito um constante sentimento de ameaça na medida em que os movimentos pulsionais são percebidos como vindos do outro. O autor considera duas possibilidades no desenvolvimento da toxicodependência, os casos em que os objectos internos se encontram suficientemente elaborados e em que a dependência ao ser relativamente socializada permite a organização de elaboração depressiva e o estabelecimento de relações objectais e os casos em que pela insuficiência dos objectos internos, e pela intrusão maternal ou ausência parental, não é possível ao sujeito a introdução dos afectos e o estabelecimento de novas relações. Na primeira situação, o terapeuta pode vir a representar um Eu auxiliar na paragem do consumo e na compreensão do próprio da origem da perturbação, na segunda situação, pela gravidade das passagens ao acto e a incapacidade de introdução dos afectos através da relação terapêutica, a tarefa inicial consiste, geralmente, na restauração e no contorno das agressões dirigidas contra o *self*.

Na clínica da toxicodependência, o encontro com o sujeito é, muitas vezes, marcado, pela dor psíquica indefinível e intolerável silenciada pelo efeito anestésico da substância que, ao assumir um papel de objecto parcial confere ao sujeito um sentimento ilusório de onipotência, de estar para além da dor mental. (Fleming, 2005). O afecto é substituído pelo produto provocando uma incapacidade de modulação da intensidade dos movimentos instintivos numa verdadeira relação com o outro e uma vivência pouco autêntica de sentimentos que não permite o verdadeiro contacto afectivo. A experiência psicotrópica, produz, por um lado uma sensação de prazer e, por outro, a distorção das relações consigo próprio (com o seu corpo), com os outros, com o tempo e com o espaço e uma ruptura entre a realidade e a vivência subjetiva (Pagès- Berthier, 2002).

No sentido da capacidade de Reverie de Bion, o terapeuta deve, fundamentalmente, ser capaz de se oferecer como um contentor fiável, que não é destruído pelas

emoções não toleradas e investidas, muitas vezes, de forma violenta proporcionando uma relação de continuidade com o sujeito e de compreender a importância dos processos de contratransferência fundamentais na leitura, não verbal, do afecto. (Fleming, 2005, Magalhães, 2008).

Segundo Magalhães (2008), na relação psicoterapêutica, a compreensão da transferência pode permitir o acesso à matriz existencial do sujeito, aos padrões dominantes no seu funcionamento e ao manejo e transformação dos mesmos.

A autora realça a importância dos aspectos transferenciais e contratransferências, não apenas na relação terapêutica, mas também no relacionamento do sujeito com os vários elementos das equipas. A transferência compreendida como o modo como o sujeito vê o seu tratamento e como estabelece as suas relações com os membros da equipa, numa repetição de experiências anteriores e formas de relação vividas, precocemente, pode constituir-se como uma actividade organizadora do tratamento (no seu mundo subjectivo). O manejo da contratransferência, por parte daqueles, que através da atenção aos sentimentos que o comportamento do sujeito provoca, podem utilizar a sua capacidade continente e dar respostas tendencialmente transformadoras.

Modelos Cognitivos

A base da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da dependência, assenta, fundamentalmente, em três pressupostos: o comportamento afecta a actividade física, a actividade aditiva é passível de ser monitorizada, a mudança desejada pode ser afectada pela mudança do pensamento cognitivo. Trata-se de uma abordagem centrada na cognição e no comportamento como áreas de mudança primárias, no conjunto de processos através dos quais o indivíduo adquire informações sobre si próprio e o seu contexto (ambiente) tratando-as para condicionar o seu comportamento (Knapp & Bicca, 1998).

Os autores perspectivam, no tratamento da dependência, uma abordagem estruturada na associação de técnicas cognitivas (motivação e processamento de informação) e comportamentais (prevenção da recaída). Consideram que este modelo de intervenção, pela maior diversidade de recursos e pela possibilidade de flexibilização do terapeuta na associação de diferentes técnicas, integradas em quadros teóricos precisos, oferece uma resposta mais adaptada às necessidades do sujeito podendo também ser utilizada com foco em apenas um sintoma específico.

A literatura cognitivo-comportamental sobre a área das dependências, recai, fundamentalmente, em duas correntes conceptuais: a perspectiva do auto-controlo, ilustrada, sobretudo, pelo trabalho de Marlatt no âmbito da prevenção da recaída e o modelo de reestruturação cognitiva desenvolvido por Ellis em 1973 e Beck em 1983.

o **Prevenção da Recaída**

O modelo de prevenção da recaída, desenvolvido por Marlatt (1983), influenciado pelo modelo de aprendizagem social de Bandura, sublinha a importância da avaliação e intervenção em quatro variáveis cognitivas envolvidas na redução do risco de recaída: a *auto-eficácia*, as *expectativas de resultado*, com focalização a longo prazo, as *atribuições de causalidade*, como forma de evitamento do efeito de ruptura da abstinência e a *tomada de decisão*, enquanto meio de distanciamento do consumo através das denominadas decisões aparentemente irrelevantes. O autor distingue *estratégias específicas de intervenção* de *estratégias globais de auto-controlo*, as primeiras focalizadas nos factores desencadeantes da compulsão para o consumo e as segundas na mudança do estilo de vida e no confronto com os determinantes da recaída (Knapp & Bicca, 1998; Soares, 2005).

As estratégias específicas de intervenção implicam:

- o Identificação das situações consideradas de alto risco para o indivíduo com o objectivo de transformação de um processo automatizado num conjunto de respostas a estímulos discriminativos;
- o Introdução de estratégias de confronto mediante o treino de competências de confronto;
- o Abordagem sobre as expectativas de resultado de positivo de um consumo (gratificação imediata) através da focalização na *natureza bifásica* do mesmo (fase inicial de euforia seguida por uma fase de disforia) e da técnica de matriz da decisão.

As estratégias globais de auto-conhecimento visam:

- o Criação de adições positivas e manutenção de um estilo de vida saudável através da programação dos tempos livre;
- o Introdução de *indulgências substitutivas* através da realização de actividades que permitam uma gratificação imediata;
- o Implementação de alterações no ambiente físico;

O modelo de prevenção da recaída considera a existência de três categorias de situações de risco, os estados emocionais negativos, a pressão social e os conflitos interpessoais. O objectivo da intervenção consiste, fundamentalmente, no aumento da capacidade do indivíduo identificar situações de risco para a recaída e na avaliação das competências para enfrentar essas situações (Knapp & Bicca, 1998; Soares, 2005).

o **Terapia cognitiva de Beck**

Com base na abordagem que considera a existência de pensamentos automáticos e a influência dos mesmos na esfera emocional e comportamental inerentes ao funcionamento mental do indivíduo, Beck (1998), desenvolveu uma metodologia de intervenção a que designou *método socrático ou descoberta guiada* (Soares, 2001).

Esta metodologia pressupõe:

- o Identificar os pensamentos automáticos enquanto dimensão do pensamento, geralmente não consciente, coexistente com a dimensão mais manifesta e que ao tornar-se consciente pode ser confrontado com a realidade;
- o Avaliar esses pensamentos através do teste da realidade;
- o Responder a esses pensamentos através de outros com maior grau de validade e utilidade;
- o Proceder à identificação, avaliação e das crenças mais enraizadas desses pensamentos.

O modelo proposto, inicialmente estruturado relativamente ao quadro da depressão, foi abrangido, com as necessárias adaptações, na intervenção de outras perturbações, nomeadamente, no âmbito da toxicodependência.

Inspirado no modelo descrito, Beck et. al (1993) constrói um modelo cognitivista da recaída partindo do pressuposto de que o pensamento aditivo encontra-se relacionado com as crenças básicas e que através da sua interacção com factores *stressores* da vida é produzida ansiedade que, por sua vez activa as crenças relacionadas com a substância. Neste sentido, o autor defende a possibilidade de uma definição de sequência específica no que diz respeito às crenças relacionadas com o consumo de substâncias: o processo tem início na activação das crenças antecipatórias do prazer do consumo, que, normalmente, evoluem para crenças imperativas relacionadas com o alívio. Por sua vez, a antecipação do prazer (ou do alívio) dá origem à compulsão do consumo e às crenças facilitadoras ou de permissão que o legitimam.

De acordo com o autor, a terapia cognitiva é "colaborativa, activa, baseada em grande parte num questionamento aberto e muito focalizada ou estruturada" (Beck e tal, 1993). Define como características do modelo a possibilidade de ajudar o indivíduo a aprender a relacionar o consumo com a sua perturbação emocional e consequentemente, na relação que estabelece com a substância bem como a reduzir a compulsão do consumo.

o **Motivação/Mudança: Modelo Transteórico e Entrevista Motivacional**

O modelo transteórico (Prochaska e DiClemente, 1982), referente aos estádios de mudança presentes nos diferentes sistemas psicoterapêuticos postula que o processo de mudança é um processo cíclico, no qual é possível encontrar-se quer uma progressão linear quer uma progressão flutuante (com avanços e recuos) entre os diferentes estádios (Janeiro, 2007).

Relativamente aos níveis de mudança, estes abrangem diferentes planos em que a problemática pode ser abordada desde o sintoma ou plano situacional, às cognições desadaptadas, aos conflitos interpessoais actuais, aos conflitos sistémicos ou familiares e aos conflitos intrapessoais.

O processo de mudança é desenvolvido ao longo de um percurso que envolve diferentes estádios de mudança designados de *pré-contemplativo*, *contemplativo*, *preparação*, *acção* e *manutenção* (Diclemente & Prochaska, 1998).

- o *Estádio pré-contemplativo*: fase na qual os aspectos negativos da dependência são ignorados ou negados numa atitude defensiva em relação à perturbação. O indivíduo resiste à pressão externa de mudança e não considera a hipótese de mudar nos próximos seis meses.
- o *Estádio contemplativo*: fase em que o indivíduo revela consciência do problema e em que considera a hipótese de mudança, nos próximos seis meses, não se encontrando, no entanto, preparado para a sua concretização pela existência de um conflito entre os benefícios e os prejuízos do seu comportamento.
- o *Estádio de preparação*: fase correspondente à possibilidade real de realizar mudança, nos próximos trinta dias tendo ocorrido, pelo menos, uma tentativa concreta de mudança do comportamento durante o último ano. O indivíduo pode ainda sentir como perda as restrições que têm de efectuar.
- o *Estádio de Acção*: fase em que o indivíduo desenvolve acções com vista a alcançar objectivos concretos (a abstinência).

- *Estádio de Manutenção*: fase caracterizada pelo trabalho desenvolvido pelo sujeito no sentido de reduzir a possibilidade de recaída e consolidar os ganhos da mudança.

De acordo com Miller & Rollnick (1999), os princípios básicos implícitos na entrevista motivacional, cujo objectivo principal consiste na promoção da mudança do comportamento, consistem em: *expressar empatia, incrementar a discrepâncias, evitar o confronto, lidar com a resistência e fomentar a auto-eficácia*. A expressão de empatia pressupõe uma atitude de compreensão do outro, através da escuta activa e da aceitação da ambivalência como uma reacção normal inerente à hipótese de mudança. O incremento de discrepâncias visa a promoção de conhecimento ou amplificação da discrepância entre os comportamentos do sujeito e os objectivos que possui (conflito). O carácter não confrontativo da entrevista motivacional implica que a resistência produzida no sujeito através da imposição externa de uma realidade deve ser interpretada como um sinal de necessidade de alteração da estratégia terapêutica. A resistência é considerada uma percepção que deve ser respeitada e em relação à qual o terapeuta adopta uma atitude colaborante, não impondo mas oferecendo alternativas. Por último, a promoção da auto-eficácia desenvolve a crença que o próprio possui relativamente às suas capacidades de realizar mudança.

As terapias cognitivo-comportamentais, na abordagem terapêutica da dependência, integram, frequentemente, de forma isolada ou em simultâneo, a Entrevista Motivacional de Miller, os programas de Prevenção de Recaída, as técnicas comportamentais de Marlatt e as técnicas cognitivas de Beck. As diferentes técnicas podem assim ser utilizadas como estratégia clínica global com base na conceptualização cognitiva da problemática em que o caso se insere.

Segundo Soares (2005), as estratégias de intervenção terapêutica devem ser adaptadas a cada um das fases inerentes aos estádios de mudança com utilização das técnicas da entrevista motivacional. Os estádios da pré-contemplação e da contemplação, correspondentes à primeira fase da entrevista motivacional, apresentam como objectivo principal a construção da motivação, através do desenvolvimento, no sujeito, da consciência do problema, expressão de preocupação com o mesmo, intenção de mudar e optimismo em relação à mudança. O estádio da preparação, correspondente, à segunda fase da entrevista motivacional, incide no

fortalecimento do compromisso mediante a recapitulação da situação do indivíduo, a informação e sugestão e a negociação de um plano. No estágio da acção, o sujeito necessita de ajuda prática, encorajamento, e apoio na concretização do plano delineado. O autor aborda o potencial integrativo da terapia cognitiva considerando como vantagens do modelo a possibilidade das intervenções em sujeitos com recursos psicológicos e níveis de motivação para a psicoterapia distintos. Descreve quatro fases possíveis de evolução terapêutica do sujeito dependente: o nível da mudança situacional ou sintomática, através da desabitação física da substância (1º fase), o nível das cognições desadaptadas traduzido pelo desejo de aquisição de capacidade de auto-controlo (2º fase), o nível da mudança interpessoal e familiar (3ª fase) e, por último, o nível do trabalho intrapsíquico (4ª fase).

Modelos Sistémicos

A abordagem sistémica assume uma perspectiva fundamentalmente *ambiental e interaccionista* sendo a sua acção de intervenção dirigida sobre o ambiente na medida em que este é a dimensão considerada responsável pela manutenção do sintoma (homeostasia). Na problemática das dependências o sistema-alvo de intervenção, é, predominante, o sistema familiar do sujeito.

O modelo concebe a dependência enquanto produto de outra perturbação, com génese no meio ambiente, afectando o sujeito que, simultaneamente, se torna o portador do sintoma e o sintoma em si. (Morel, 1998).

Consideram-se três as escolas principais no estudo e desenvolvimento da intervenção em sistemas familiares (MRI, Haley/Madanes e Milão) que, embora apresentem diferenças em diversos aspectos, partilham o conceito de família enquanto sistema e promovem estratégias com o intuito de provocar mudança. (Barker, 2000).

De acordo com Haley (1980) e Stanton (1982), à semelhança de outras perturbações da adolescência, o consumo de substâncias, pode ser considerado, como uma resposta à ameaça de desequilíbrio do sistema familiar face aos movimentos de autonomia de um dos seus elementos. A emergência da perturbação adquire uma função protectora do equilíbrio do sistema, que se sente ameaçado pela eventual

separação. O sacrifício do processo de autonomização é conseguido com o auxílio da substância que funciona como um produto mágico que possibilita ao jovem experimentar a separação, mantendo-se, na realidade, dependente da família e leal ao seu funcionamento.

Com base nesta perspectiva, diversos autores descrevem características comuns, e modalidades de interacção dos sistemas familiares com o objectivo, não de traçar um perfil tipo das famílias, mas de permitir uma melhor compreensão da resistência à mudança que tendem a apresentar.

Segundo Angel & Angel (1987, cit. Cardoso et. al, 2001), estas características podem situar-se em diferentes níveis e constituem os aspectos valorizados pelo terapeuta:

- *Mecanismos de denegação* - “cegueira familiar” face ao processo de dependência perante vários indícios que, muitas vezes, perduram ao longo do tempo.
- *Antecedentes familiares* - presença, por vezes em simultâneo, de doença orgânica grave, perturbação psiquiátrica, mortes prematuras ou dependência de substâncias psicoactivas.
- *Mitos familiares* - a nomeação de papéis de carácter rígido a cada um dos membros da família e a sua aceitação de forma unitária impedem o *locus de controlo interno* relativamente à problemática do sujeito que assume a responsabilidade individual do mal causado ao sistema familiar.
- *Fronteiras geracionais* - desrespeito pelos limites geracionais que se tornam indistintos e que pode originar perversões na dinâmica da hierarquia familiar, muitas vezes, causado pela ausência da figura paterna (real ou fantasmática) e/ou pela relação simbiótica com a figura materna, e responsável por perturbação ao nível do desenvolvimento pessoal do sujeito.

No mesmo sentido e com base numa abordagem sistémica mas também psicanalítica Cancrini (1982, cit. Morel et. al, 1998), propõe uma classificação tipológica das dependências através de uma perspectiva etiológica que põe em relevo a acção do conflito no ambiente familiar, na qual distingue três categorias distintas de toxicodependência: *traumáticas, substitutivas das neuroses actuais e enxertadas em neuroses prévias.*

- *Toxicodependências Traumáticas* - Instalação da perturbação após um acontecimento significativo causador de traumatismo psíquico. A

substância, geralmente a heroína, desempenha a função de substituição (alívio) do sofrimento causado pelo traumatismo sentido como insuportável.

- *A Toxicodependência substitutiva da neurose actual* – a dependência assume uma função de “protecção” do indivíduo de um conflito que envolve o próprio e o seu ambiente na impossibilidade de agir no sentido da sua resolução. O comportamento do grupo familiar é justificado mediante a estigmatização do comportamento do indivíduo passando a sua dependência de consequência a causa da situação de sofrimento.
- *A Toxicodependência enxertada em neurose prévia* – A dependência inscreve-se num quadro psicopatológico preexistente surgindo a substância como forma de alívio dos sintomas da perturbação ou como adopção de uma identidade mais tolerável do que a associada à doença mental. (*comportamento auto-terapêutico*)

A maioria dos autores enfatizam a importância, no plano terapêutico da abordagem sistémica, independentemente das estratégias utilizadas, de o sistema familiar poder constituir um instrumento auxiliador no tratamento deixando de estar reduzido a um elemento isolado “mais ou menos patogénico”. (Cardoso et. al, 2000; Barker, 2000).

A CO-MORBILIDADE

Estudos em populações toxicodependentes apontam para uma elevada taxa de comorbilidade (duplo diagnóstico) entre perturbações mentais decorrentes do uso de substâncias e outros diagnósticos psiquiátricos. Segundo diversos autores, os

diagnósticos psiquiátricos com maior incidência nesta população dizem respeito às perturbações do humor (depressão e distímia) e da ansiedade. (Weisseman, 1976, Khantzian & Treece, 1985; Weiss e cols., 1986, cit. Janeiro, 2007).

Em 1978 Wurmser (cit. Fabião, 2002) refere, com base no resultado de estudos psicométricos, uma presença significativa de psicopatologia severa na população toxicod dependente, considerando que *“As perturbações da personalidade representam a maioria dos casos, as neuroses uma minoria e, as psicoses uma raridade. A extensão da depressão em todas as categorias de toxicod dependentes, particularmente nos heroínómanos, é massiva”* (p.39).

Relativamente ao quadro da psicose, Bergeret (1984), fala em dois tipos de personalidade psicótica associados à toxicod dependência atribuindo-lhe um sentido de *reversibilidade*. Distingue, assim, os pacientes cuja toxicod dependência, pelas alterações comportamentais provocadas pelo consumo de substâncias, procuram evitar o surto delirante, de aqueles que pretendem justificar a sua prévia descompensação através do consumo, legitimando-o. No primeiro caso, a substância psicoactiva (geralmente opióide) *“acalma a angústia de fragmentação ou anestesia a perseguição paranóide”*, sendo a toxicod dependência considerada de grau severo pelo risco de desintegração psíquica que a paragem do consumo pode representar. No segundo caso, considera-se a toxicod dependência como um fenómeno ligado à ideia delirante, podendo, em algumas situações, a substância transformar-se no próprio delírio.

No quadro das Neuroses, de acordo com os conflitos psíquicos subjacentes, as *substâncias parecem exercer funções quer de anestesia psíquica quer de estimulação* constituindo-se o consumo como uma *prótese narcísica*, responsável pelo alívio dos afectos e a suspensão dos conflitos internos.

A depressão, especificamente, o humor depressivo, é frequentemente encontrada na anamnese do paciente, verificando-se, muitas vezes, uma forte correlação entre situações de perdas relacionais e o início de consumos de substâncias psicoactivas, desempenhando estas, uma função *“autoterapêutica”* dos sintomas depressivos. A perspectiva psicanalítica, ao considerar a adolescência como uma fase caracterizada pela perda do objecto, inscreve a toxicod dependência como uma patologia desta fase do desenvolvimento, surgindo a substância como algo que irá *“preencher o vazio*

afectivo”, “*suprimir a angústia*” (Bergeret, 1984) e “*oferecer uma prótese de identidade identificatória e a possibilidade de filiação a um grupo*”. (Morel et. al, 1997).

Blant e col. (1984, 1990, cit. Fabião, 2002), ao estudar amostras de toxicodependentes, com vista à identificação de perturbações da personalidade nesta população, concluiu que as dificuldades mais emergentes são sentidas ao nível das relações interpessoais e da modulação afectiva, consistentes com as perturbações do tipo neurótico e identifica três grupos de perturbações presentes nos toxicodependentes: perturbações da personalidade, perturbações *borderline* e depressão.

Cancrini (1982, cit. Morel et. al, 1997, Fabião, 2008), ao descrever, inicialmente, uma tipologia da dependência, aborda as toxicodependências que designa como “*enxertadas em neuroses prévias*”, distinguindo dois contextos psicopatológicos propícios ao desenvolvimento da perturbação: a perturbação limite da personalidade e a psicopatia. Através de observações clínicas, sistematiza quatro tipos de grupos clínicos: *toxicodependentes com traumatismo psíquico recente, toxicodependência actual ligada a uma neurose infantil e com problemas familiares; toxicodependência sociopática e toxicodependência transistiva, com meios familiares muito perturbado* (p.40).

De um modo geral, na revisão bibliográfica, a existência de co-morbilidade é apontada como um factor agravante do quadro clínico da dependência de substâncias psicoactivas. O duplo diagnóstico, à custa de uma perturbação psicopatológica, independentemente da sua categoria, aumenta os problemas do sujeito, ao nível psiquiátrico, familiar, sócio-profissional bem como o risco de infecção pelo VIH ou de outras patologias associadas ao consumo de substâncias. (Ribeiro, 2008).

Fabião (2002), considera que apesar das questões metodológicas nosológicas particulares, frequentemente levantadas, no estudo da personalidade e dos sintomas psicopatológicos em populações toxicodependentes, a avaliação da co-morbilidade, particularmente, na clínica das dependências, deve constituir um aspecto fundamental e não considerado como um dado de ordem secundária.

ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL

CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP (IDT, IP)

O Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) resulta da fusão, ocorrida em 2002, entre o Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT), dependente da Presidência do Conselho de Ministros, e o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT), tutela do Ministério da Saúde.

Na sequência da aprovação do “Plano Nacional contra a Droga e a Toxicodependência” e do surgimento do PRACE foi publicada a Lei Orgânica do Ministério da Saúde que deu origem ao estatuto de Instituto Público e à criação da Lei Orgânica do IDT (Decreto-Lei nº 221/2007 de 29 de Maio).

A actual Lei Orgânica contempla a implementação das estratégias definidas na União Europeia no âmbito da *luta contra a droga, o abuso de álcool, as toxicodependências e as dependências em geral*, tendo como missão *a redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas e a diminuição das toxicodependências bem como as atribuições dos Centros Regionais de Alcoologia nacionais*.

Com base nesta reestruturação surgiu um novo paradigma de gestão territorial o que provocou transformações ao nível dos Serviços Centrais e Delegações Regionais e do qual nasceram os Centros de Respostas Integradas (CRI) com o objectivo de melhoria da articulação e das intervenções das diferentes áreas de missão através da gestão dos recursos locais.

A estratégia prioritária assenta numa visão integrada sobre o fenómeno de uso/abuso de substâncias psicoactivas desenvolvida através do Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI) que contempla a implementação de Programas de Respostas Integradas (PRI) construídos a partir de diagnósticos de territórios identificados como prioritários ao nível das necessidades de intervenção.

A intervenção do IDT, I.P envolve cinco áreas de missão:

- Prevenção
- Dissuasão
- Tratamento
- Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD)
- Reinserção

Tabela 1: Áreas de Missão do IDT. I, P

Área de Missão	Objectivos Gerais
Prevenção	Prevenir o início de consumo de substâncias psicoactivas; Prevenir a continuação do uso e abuso; Prevenir a passagem do uso ao uso nocivo/abuso e à dependência.
Dissuasão	Prevenir e reduzir o uso e abuso de substâncias psicoactivas no âmbito de um processo de contra-ordenação; Identificar situações de consumo ocasional que careçam de apoio especializado; Combater a exclusão mediante o trabalho em rede das autoridades policiais, instituições de saúde, tribunais e governos civis.
Tratamento	Garantir a toda a população, que o deseje, respostas terapêuticas integradas; Disponibilizar uma oferta diversificada de programas de tratamento mediante diversas abordagens psicossociais e farmacológicas; Promover a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados ao nível dos programas de intervenção terapêutica.
RRMD	Diminuir a prevalência e a incidência do consumo de substâncias psicoactivas bem como das doenças e prejuízos causados pelo mesmo; Diminuir os efeitos nocivos do consumo ao mais baixo nível global possível.
Reinserção	Potenciar e facilitar os processos de inserção sócio-profissional do indivíduo; Promover o desenvolvimento de estratégias de

	informação, orientação e formação profissional com vista à atenuação das dificuldades de integração no mercado de trabalho.
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Equipa de Tratamento da Amadora do CRI de Lisboa Ocidental

O primeiro serviço público de prevenção e tratamento da toxicod dependência existente no concelho da Amadora foi a extensão da Amadora do Centro de Atendimento a Toxicod dependentes (CAT) das Taipas, criada em 1990. Em Janeiro de 1999, passou a Centro de Atendimento a Toxicod dependentes (CAT) da Amadora transformando-se numa equipa técnica alargada e autónoma. Actualmente, encontra-se integrada no Centro de Respostas Integradas de Lisboa Ocidental sob a designação de Equipa de Tratamento (ET) da Amadora fazendo parte da Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo (DRLVT) do Instituto da Droga e Toxicod dependência, I.P (IDT, I.P) do Ministério da Saúde.

Área Geográfica de Atendimento:

A Equipa de Tratamento da Amadora encontra-se localizada na Damaia e serve a população do Concelho da Amadora, composto por onze freguesias (Alfornelos, Alfragide, Brandoa, Buraca, Damaia, Falagueira, Mina, Reboleira, S. Brás, Venda Nova e Venteira).

Caracterização da Equipa:

A equipa é constituída por diferentes grupos profissionais o que lhe atribui um carácter multidisciplinar, designadamente, técnicos de saúde (médicos de clínica geral, psiquiatras, psicólogos clínicos e enfermeiros), técnicos de serviço social, técnicos psicossociais e assistentes administrativos.

Actividades Clínicas e Assistenciais:

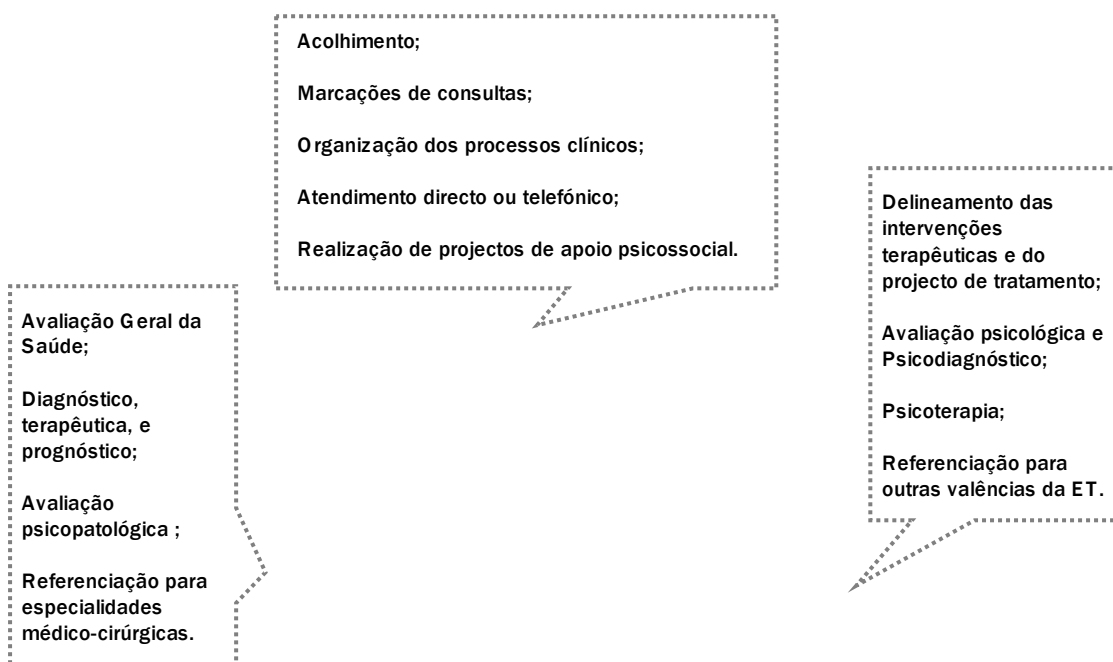
- Acolhimento (primeiro atendimento do utente na Equipa de Tratamento).
- Consultas médicas.
- Consultas de psicologia – acompanhamento psicoterapêutico individual e em grupo.
- Avaliação Psicológica.

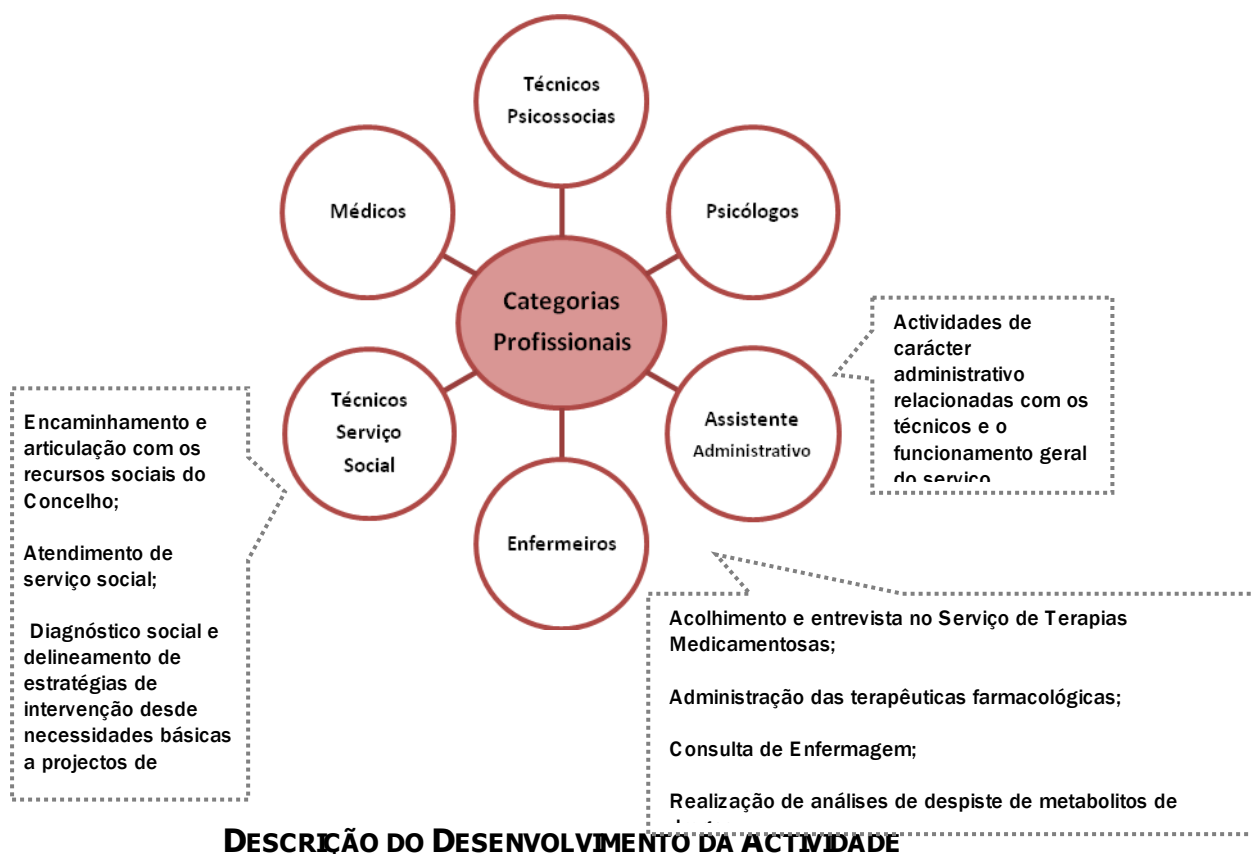
- Consulta Integrada – Psiquiatria, Infecçiology e Pneumologia, com a colaboração dos médicos do serviço de infecçiology do Hospital Fernando da Fonseca e do Centro Pneumológico da Venda Nova.
- Atendimento de serviço social.
- Serviço de Terapias Medicamentosas – local onde os utentes fazem apoio de enfermagem e educação para a saúde bem como administração de medicação de substituição opióide (Metadona e Buprenorfina), antiretrovirais, antibacilares, psicofármacos, etc.
- Grupo de Apoio a Famílias.
- Consulta de crianças, filhas de toxicod dependentes, dos 2 aos 12 anos.
- Projecto Encaminhar – projecto de apoio ao emprego e formação profissional.
- Projecto Criar – projecto que desenvolve actividades lúdicas, dinâmicas de grupo e práticas de indução de relaxamento.

Outras Actividades:

- Reunião geral de equipa (semanal)
- Reunião clínica (semanal)
- Reunião de Intervisão do grupo profissional dos psicólogos
- Articulação com diversas instituições do concelho

Figura 1: Categorias e conteúdos profissionais da Equipa de Tratamento da Amadora





Desde a integração, como psicóloga clínica, na Equipa de Tratamento da Amadora foram desenvolvidas diversas actividades no âmbito da área de missão do tratamento e, mais recentemente, também na área de missão da prevenção.

O primeiro contacto com a equipa de Tratamento da Amadora, então designado Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT da Amadora) ocorreu em 2003 altura em que foi iniciado um estágio profissional com a duração de doze meses.

A primeira fase deste estágio (primeiros três meses) teve como objectivos principais a observação do trabalho desenvolvido pelas diferentes valências existentes no serviço, o que permitiu perceber a dinâmica e a interdisciplinaridade do funcionamento da equipa e, especificamente da consulta de psicologia. A segunda fase consistiu na realização de primeiras consultas e seguimento desses utentes, com supervisão contínua do trabalho realizado através da discussão clínica de casos e fornecimento de materiais técnicos de suporte.

Finalizado o estágio profissional, foi mantida a actividade como psicóloga clínica neste serviço em regime de aquisições de serviços até Novembro de 2008 tendo sido, nesta altura, alterado o regime de trabalho para contratação mediante concurso público.

Durante este período e, no momento actual, a principal actividade exercida consiste no seguimento dos utentes na consulta de psicologia tendo porém sido desenvolvidos, ao longo dos anos, outros projectos de intervenção e avaliação no âmbito do trabalho na dependência.

Na medida em que o objecto de análise do presente relatório consiste na consulta de psicologia e nas intervenções psicoterapêuticas subjacentes são apenas apresentadas as actividades desenvolvidas no âmbito da área de missão do tratamento não sendo abordadas as relacionadas com o trabalho realizado na área da prevenção.

Ao nível dos conteúdos funcionais e, tendo em consideração o facto de o psicólogo, na Equipa de Tratamento da Amadora, assumir, em simultâneo, o papel de *técnico de referência do utente* e, conseqüentemente, a gestão do seu processo, este apresenta como principais competências:

- Desenvolver com os utentes uma relação de empatia e confiança;
- Realizar a avaliação clínica dos utentes, identificando as suas principais competências e défices em termos cognitivos, emocionais e sociais;
- Identificar as áreas problemáticas da vida dos utentes, seleccionando as que são alvo de intervenção psicológica;
- Delinear o projecto terapêutico do utente, de acordo com as avaliações médicas, psicológicas e sociais, designadamente:

Desabilitação física em ambulatório; Internamento em Unidade de Desabilitação e/ou Comunidade Terapêutica; Programa de antagonista opiáceo; Programa de substituição opiácea para tratamento (metadona, buprenorfina, buprenorfina/naloxona) ou para redução de riscos e minimização de danos (programa de metadona de baixo limiar).

Seguimento Psicológico e/ou Psicoterapia adequado ao caso.

- Referenciar os utentes para outras valências da Equipa de Tratamento, nomeadamente, Consulta Integrada, Avaliação da Depressão para Utesntes em Tratamento do HCV, Consulta de Crianças e Adolescentes Filhos de Toxicodependentes, Projecto (En)Caminhar, Projecto Criar, Grupo de Esclarecimento sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis e Grupo de Famílias, e articular com os mesmos.

- Realizar avaliações psicológicas e elaborar os respectivos relatórios, quando solicitado por outros técnicos da equipa.
- Promover intervenções psicológicas que facilitem a aceitação e a adaptação ao tratamento e à reabilitação, tanto por parte dos utentes como das suas famílias, caso seja necessário.
- Desenvolver e motivar os utentes para a adopção de comportamentos preventivos face à infecção pelo VIH/SIDA e de tratamento e redução de riscos para utentes portadores de infecção.
- Estabelecer relações de cooperação e parceria com outras instituições e entidades, articulando com estas na resolução dos problemas dos utentes bem como na melhoria das suas condições de vida e do apoio prestado.

A par das actividades descritas, foi criado e implementado, em conjunto com outra psicóloga clínica, o *Gabinete de Avaliação Psicológica* da Equipa de Tratamento da Amadora que contempla dois objectivos principais:

- Realização de avaliação semiológica a todos os utentes activos, após paragem do consumo de substâncias, mediante aplicação de uma bateria de testes composta por três escalas de avaliação (SCL-90, Mini-mult; Matrizes Progressivas de Raven)
- Realização de avaliação do funcionamento mental / diagnóstico diferencial adequada ao pedido do médico ou técnico de referência.

Tabela 2: Síntese das actividades realizadas no Centro de Respostas Integradas de Lisboa Ocidental

Área de Missão do Tratamento	
Actividades Clínicas	Consulta individual.
	Avaliação psicológica.
	Psicóloga de referência no atendimento da problemática do álcool.
	Atendimento a familiares.
	Apresentação de casos clínicos.
	Participação nas reuniões de intervisão do grupo de psicólogos.
	Participação nas reuniões clínicas.

Actividades de Articulação	Participação nas reuniões mensais da Equipa de Tratamento com os médicos de família do Centro de Saúde da Reboleira e a respectiva Equipa de Psiquiatria Comunitária do Hospital Fernando da Fonseca.
	Articulação com técnicos de outras unidades especializadas, comunidades terapêuticas e diversas instituições do Concelho da Amadora.
Projectos	Desenvolvimento (em conjunto com outra psicóloga) do Gabinete de Avaliação Psicológica da Equipa.
Outras Actividades	Participação nas reuniões gerais de Equipa.
	Participação na organização dos Encontros/Congressos da Equipa de Tratamento da Amadora.
	Frequência de acções de formação profissional organizadas pelo Núcleo de Formação de Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo.
Área de Missão da Prevenção	
Análise e avaliação dos pedidos de intervenção.	
Planeamento	Definição da estrutura das intervenções. Seleccção dos instrumentos de trabalho.
Execução	Realização de acções de formação a professores e outros agentes educativos.
Avaliação das Intervenções	Tratamento e análise de dados. Elaboração de relatórios.

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO-ALVO

Considera-se população-alvo os utentes da Equipa de Tratamento da Amadora seguidos em consulta de psicologia.

Metodologicamente, para a caracterização da população-alvo é utilizada uma grelha de caracterização dos utentes, construída por um grupo de trabalho constituído por psicólogos do Centro de Respostas Integradas de Lisboa Ocidental.

São considerados, na caracterização, o total de utentes activos durante o ano de 2008 tendo sido a informação apresentada recolhida a partir da avaliação da última consulta realizada.

Tabela 3: Descrição da grelha de caracterização da população utente

Dimensão	
Escalão Etário	<15 15-24 25-44 >44
Sexo	Masculino; Feminino
Suporte Familiar	Com suporte; Sem suporte
Substâncias Utilizadas	Uso; Abuso; Dependência
Modelo de Tratamento	
Intervenção Psicológica	Psicoterapia de Apoio; Outras psicoterapias
Intervenção Farmacológica	Programa de substituição opióide Programa de antagonista opióide Psicofarmacoterapia
Seguimento na Consulta de Psicologia	
Caso Novo	1ª Consulta na Equipa de Tratamento
Readmissão	Consulta após período de ausência > seis meses
Interrupção do Seguimento na Consulta de Psicologia	
Com Alta Clínica	Finalização do tratamento
Sem Alta Clínica	Avaliação da Toxicodependência Abandono Transferência Comunidade Terapêutica Detenção
Diagnóstico Principal	ICD-10
Co-morbilidade	
Patologia mental associada	ICD-10
Patologia física associada:	HIV, HCV, Tuberculose

Caracterização da população utente segundo grelha de caracterização do serviço de psicologia do Centro de Respostas Integradas de Lisboa Ocidental.

O número total de utentes activos na consulta de psicologia durante o ano de 2008 é igual a 100.

Do número total de utentes, 27 são considerados casos novos (primeira consulta de psicologia na Equipa de Tratamento da Amadora em 2008), 22 representam readmissões (utentes que regressam à consulta após seis meses ou mais de ausência), 51 são utentes que se mantêm em seguimento (com início em anos anteriores).

⇒ **Caracterização dos Utesntes em Função do Escalão Etário**

Relativamente ao Escalão Etário verifica-se que 76% dos utentes têm idades compreendidas entre os 25 e os 44 anos e 24% têm mais de 45 anos. Nenhum utente apresenta idade inferior a 25 anos.

⇒ **Caracterização dos Utesntes em Função do Sexo**

Relativamente à variável sexo verifica-se que 79% dos utentes são do sexo masculino e 21% são do sexo feminino.

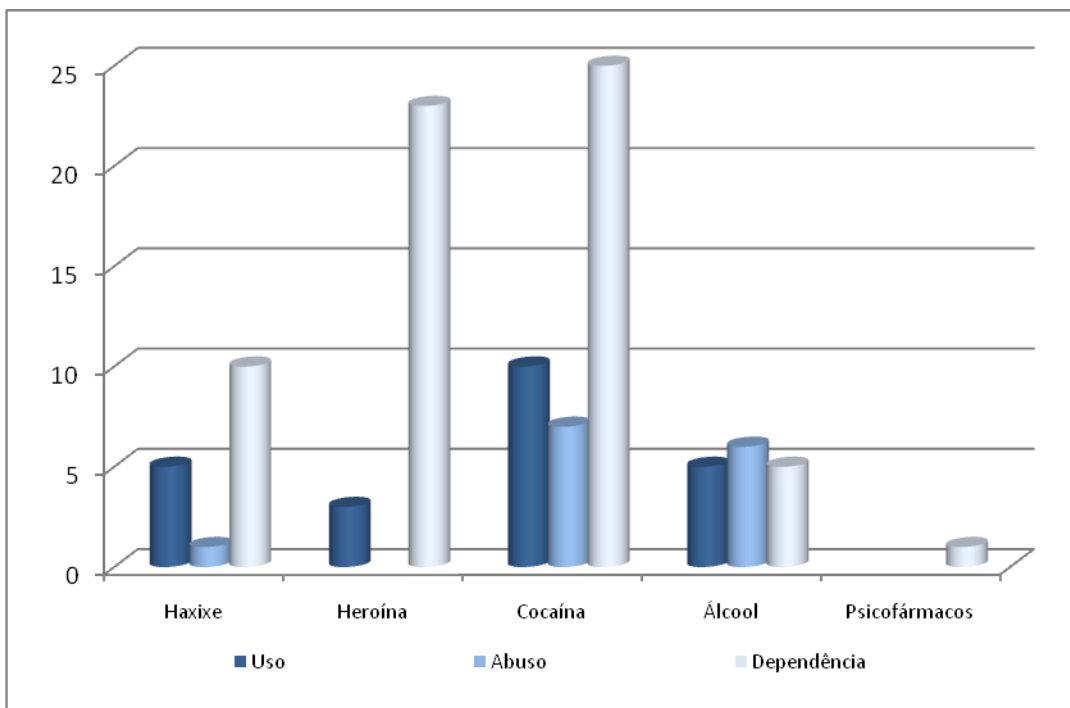
⇒ **Caracterização dos Utesntes em Função do Suporte Familiar**

Em relação ao suporte familiar verifica-se que 71% dos utentes apresentam suporte familiar e 19% não.

⇒ **Caracterização dos Utesntes em Função das Substâncias Utilizadas**

Relativamente às substâncias utilizadas em função dos critérios de uso, abuso e dependência verifica-se que a dependência de cocaína assume a percentagem mais elevada (25%) seguida da dependência de heroína (23%) e de haxixe (10%). A cocaína e o álcool representam as substâncias mais consumidas relativamente ao critério de abuso (7% e 6%, respectivamente). Quanto ao critério de uso, a cocaína é a substância que apresenta maior expressão (10%) seguida do álcool e do haxixe com igual percentagem (5%). O grupo dos psicofármacos apresenta o valor mais baixo de consumo.

Figura 2: Representação das substâncias em função dos critérios de uso, abuso e dependência.



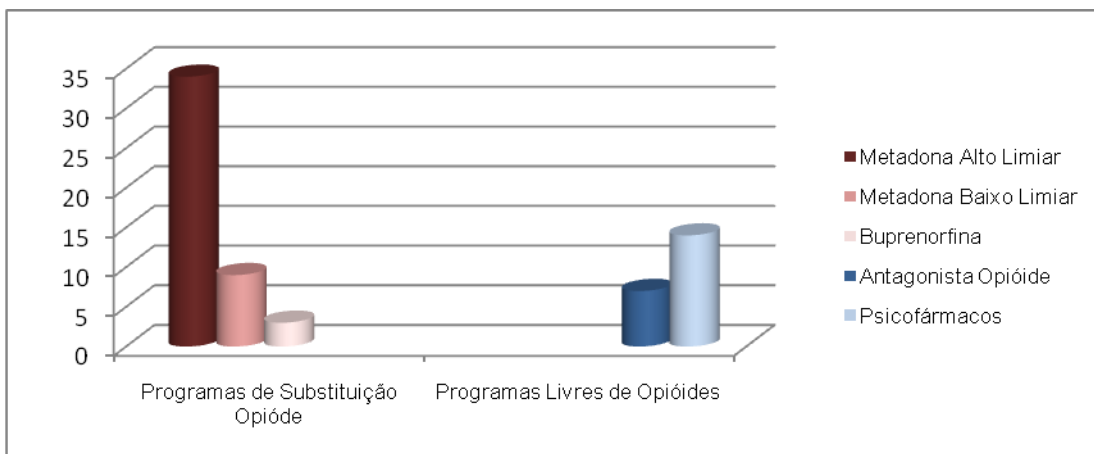
⇒ Caracterização dos Utentes em Função do Modelo de Tratamento

No que diz respeito ao Modelo de Intervenção Psicológica verifica-se que a maioria dos utentes (79%) é seguida em psicoterapia de apoio sendo a população sujeita a outras psicoterapias bastante inferior.

Relativamente à intervenção farmacológica, verifica-se que 67% dos utentes estão incluídos nesta variável do tratamento, constatando-se que a maioria encontra-se integrada em *programas de substituição opióide* (34% com metadona em médio/alto limiar, 9% com metadona em baixo limiar, 3% com buprenorfina).

Os *programas livres de opióides* constituem 21% dos tratamentos farmacológicos (Outros psicofármacos e antagonista opióide).

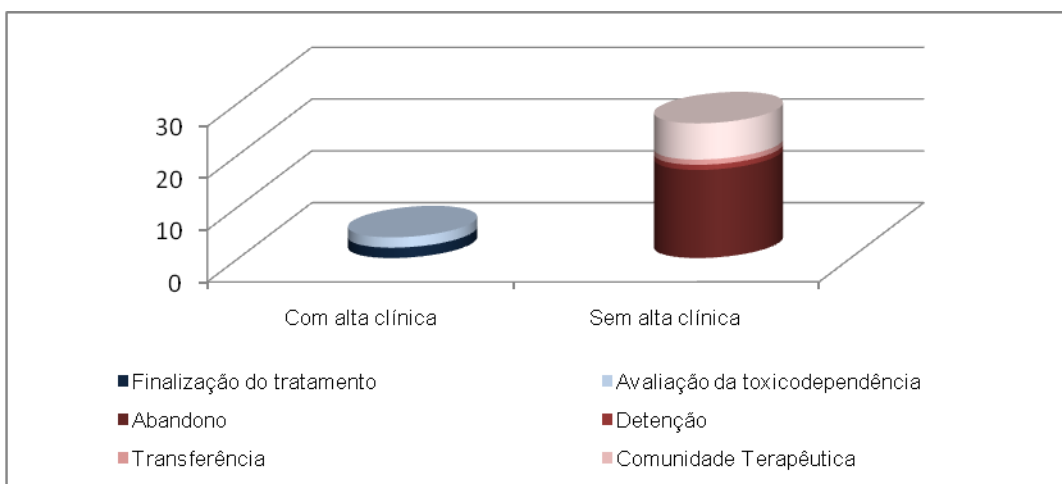
Figura 3: Modelos de tratamento farmacológico



⇒ Caracterização dos Utentes em Função da Interrupção do Seguimento na Consulta de Psicologia

Os dados representados na Figura 7 revelam uma percentagem de 30% de interrupções do seguimento na consulta de psicologia das quais 4% correspondem a altas clínicas e 26% a interrupções sem critério de alta. Com alta clínica, 50% dos utentes terminou tratamento com sucesso e 50% obteve alta em contexto de avaliação da toxicoddependência / indicação para seguimento na Equipa de Tratamento a pedido de outras instituições, nomeadamente, da Direcção Geral de Reinserção Social. A percentagem de situações que não deram continuidade ao seguimento subdivide-se em abandonos, (17%), detenções (1%), transferências para outras Equipas de Tratamento (1%) e integração em comunidades terapêuticas (7%).

Figura 4: Interrupção do seguimento na consulta de psicologia



⇒ **Caracterização dos Utentes em Função do Diagnóstico Principal (ICD-10 Perturbações mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoactivas)**

Relativamente a esta dimensão optou-se pela atribuição de dois diagnósticos diferenciados quando ocorre “perturbação mental e do comportamento decorrente do uso” de duas substâncias distintas e “perturbação mental e do comportamento decorrente de múltiplas drogas” quando se verifica a presença de mais de duas substâncias.

- Percentagem de utentes com 1 Diagnóstico – 55%
- Percentagem de utentes com 2 Diagnósticos – 41%
- Percentagem de utentes sem diagnóstico actual nesta categoria – 4%

Relativamente ao *Diagnóstico de Perturbação Mental e do Comportamento decorrente do Uso de Substância Psicoactiva* – 1 diagnóstico principal (ICD-10), verifica-se a presença de 5 categorias de classificação distintas:

- Perturbações mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool (2%):
 - 1% Actualmente Abstinente, em tratamento com drogas aversivas ou bloqueadoras
 - 1% Com uso contínuo
- Perturbações mentais e de comportamento decorrentes do uso de opióides (42%)
 - 2 % Actualmente abstinente
 - 2% Actualmente abstinente, em ambiente protegido
 - 28% Actualmente em regime de manutenção ou substituição
 - 4% Actualmente abstinente, em tratamento com drogas aversivas ou bloqueadoras
 - 6% Actualmente a usar a substância (dependência activa)
- Perturbações mentais e de comportamento decorrentes do uso de canabinóides (4%)
 - 1% Actualmente abstinente, em ambiente protegido
 - 5% Actualmente a usar a substância (dependência activa)
- Perturbações mentais e de comportamento decorrentes do uso de cocaína (6%)

1% Actualmente abstinente, em ambiente protegido

5% Actualmente a usar a substância (dependência activa).

- Perturbações mentais e de comportamento decorrentes do uso de múltiplas drogas e do uso de outras substâncias psicoactivas (6%)

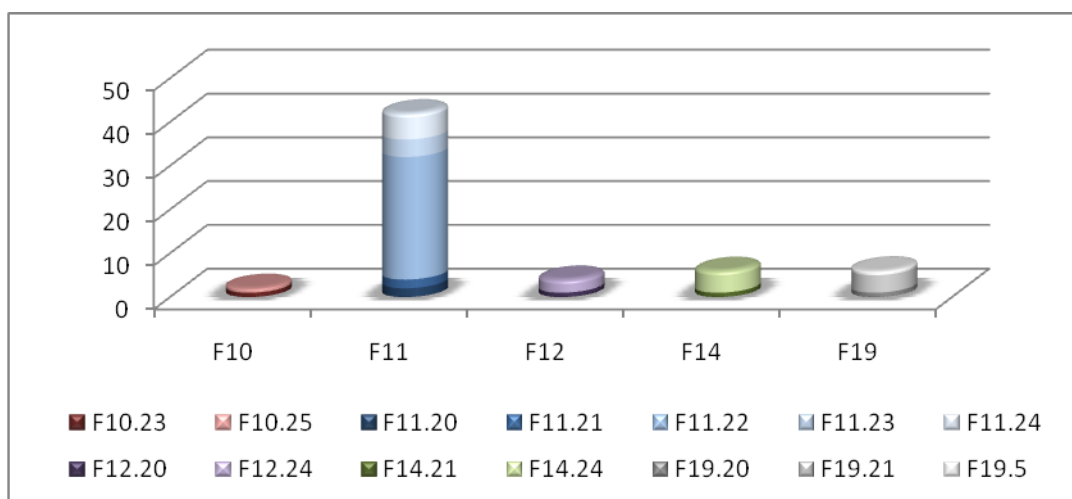
1% Actualmente abstinente

4% Actualmente abstinente, em ambiente protegido

1% Transtorno psicótico predominantemente alucinatório

De salientar, o número de utentes com diagnóstico de perturbações mentais e do comportamento decorrentes do uso de opióides, significativamente superior aos restantes (álcool, canabinóides e cocaína) e, inserida nesta categoria, a prevalência do tratamento em regime de manutenção ou substituição.

Figura 5: Caracterização dos utentes em função do diagnóstico principal com 1 Diagnóstico (CID-10)



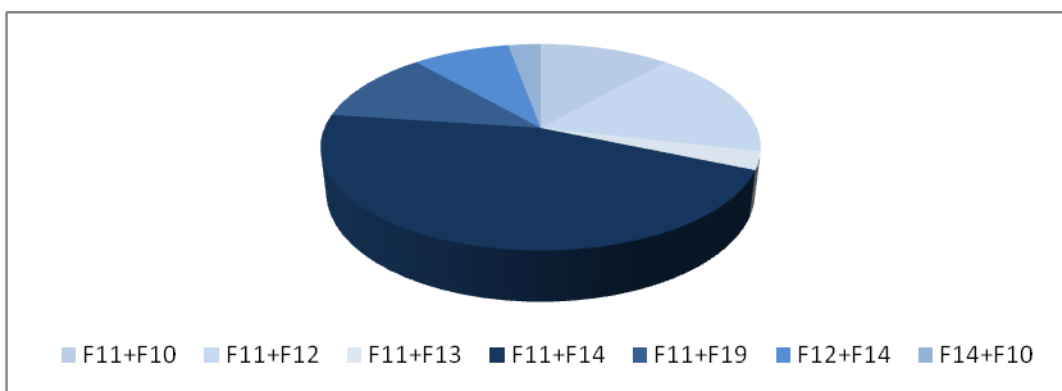
Relativamente ao *Diagnóstico de Perturbação Mental e do Comportamento decorrente do Uso de Substância Psicoactiva - 2 diagnósticos (ICD-10)*, verifica-se a presença de 7 associações de classificação.

- (F11/F10) Opióides / álcool (4%)
- (F11/F12) Opióides /cannabinóides (6%)
- (F11/F13) Opióides /sedativos (1%)
- (F11/F14) Opióides /cocaína (16%)
- (F11/F19) Opióides /múltiplas substâncias (4%)
- (F12/F14) Cannabinóides /cocaína (3%)

- (F14/f10) Cocaína / álcool (1%)

De salientar, a categoria de perturbação mental e do comportamento decorrente do uso de opióides com o maior número de perturbações decorrentes de outras substâncias associadas, com maior percentagem do policonsumo de heroína e cocaína.

Figura 6: Caracterização dos utentes em função do diagnóstico principal com 2 Diagnósticos (ICD-10)



⇒ Caracterização dos utentes em função da co-morbilidade

Relativamente ao diagnóstico de co-morbilidade mental, verifica-se a presença de quatro categoriais distintas e uma percentagem de 21% de utentes que apresentam perturbação associada à patologia principal. Conforme representado na figura 10, a maioria dos utentes com patologia associada apresenta transtornos nas categorias do humor e da personalidade com maior incidência na primeira.

(F20) Esquizofrenia, Perturbações Esquizotípicas e Delirantes (3%)

- Esquizofrenia
- Perturbação esquizotípica

(F30) Perturbações do Humor (9%)

- Perturbação afectiva bipolar, episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos
- Perturbação afectiva bipolar, episódio depressivo grave com sintomas psicóticos
- Episódio depressivo moderado
- Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos
- Perturbação persistente do humor, ciclotimia
- Perturbação persistente do humor, não especificado

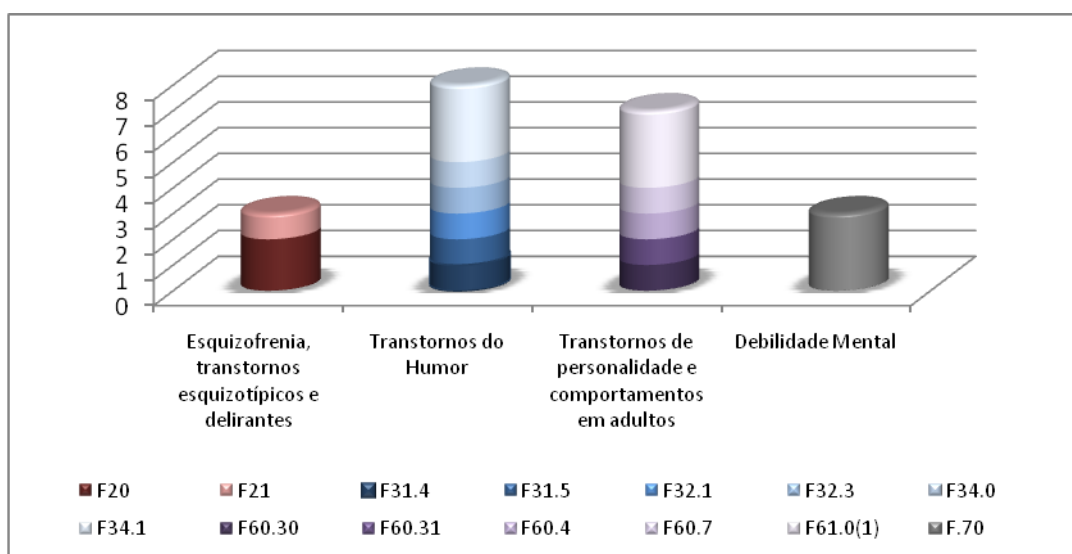
(F60) Perturbações da Personalidade e Comportamentos em Adulto (7%)

- Perturbação de personalidade emocionalmente instável, tipo impulsivo
- Perturbação de personalidade emocionalmente instável, tipo borderline
- Perturbação de personalidade histriónica
- Perturbação de personalidade dependente
- Perturbação mista da personalidade

(F70) Debilidade Mental (2%)

- Debilidade mental leve

Figura 7: Caracterização dos utentes em função da perturbação mental associada (ICD-10)



Relativamente ao estado físico, verifica-se que 51% dos utentes apresentam patologia física com prevalência de HCV positivo (34%) seguido de HIV positivo (14%) e, com menor expressão, tuberculose (2%). A prevalência de co-infecção (HIV+HCV) é de 12%.

Em Síntese, da análise dos resultados obtidos através da grelha de caracterização dos utentes activos em 2008 verifica-se que relativamente à idade, sexo, e suporte familiar, a maioria dos utentes é do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 25 e os 44 anos e, na generalidade, têm suporte familiar.

No que diz respeito às substâncias utilizadas, destacam-se a cocaína, com critério de abuso e dependência e a heroína, com critério de dependência.

O diagnóstico principal com maior expressão é o de *transtornos mentais e dos comportamentos decorrentes do uso de opióides* seguido do de *transtornos mentais e do comportamento decorrentes do uso de cocaína*.

Relativamente aos modelos de tratamento, a maior parte dos utentes faz co-terapias (farmacológica e psicoterapêutica), com incidência nos programas de substituição opióide com metadona associados a psicoterapia de apoio.

Quanto à incidência de co-morbilidade, esta encontra-se presente em 21% da população, com prevalência, ao nível das perturbações mentais, de transtornos do humor e da personalidade e, ao nível das perturbações físicas, de diagnóstico de HCV positivo.

DISCUSSÃO

Considera-se que no trabalho psicoterapêutico, e em particular, na clínica das dependências a finalidade última consiste em auxiliar o indivíduo a *“transformar a dor por sofrer num sofrimento psíquico tolerável, com forma e conteúdo, podendo adquirir um sentido e um significado, o nome, e as palavras que faltavam, para restabelecer a comunicação do sujeito para consigo mesmo e para com o Outro”* (Fleming, 2008, p.174).

No espaço psicoterapêutico, aqui equivalente à consulta de psicologia, sente-se a necessidade de elaborar com o sujeito um plano de tratamento baseado, em simultâneo, numa apreciação dinâmica da sua personalidade e nos problemas reais que procura resolver. De acordo com o pedido, as estratégias terapêuticas podem privilegiar desde o simples apoio combinado com o suporte médico, à facilitação da realização de mudança das condições exteriores da vida do sujeito, ao trabalho psicoterapêutico, propriamente dito, de transformação interna do sujeito numa descoberta de si próprio e da relação com o outro.

Pretende-se, sobretudo, proporcionar um espaço que permita potenciar, no sujeito, a capacidade de tolerar o sofrimento, os medos e as ansiedades através do desenvolvimento do pensamento e da tolerância à frustração, e permitir a emergência de um Eu mais autêntico, mais consciente das fragilidades e capaz de procurar alternativas para lidar com as suas vivências e sentimentos.

A dificuldade, muitas vezes, manifestada, em tolerar o que é vivenciado no espaço psicoterapêutico, a necessidade de auxílio ao nível da motivação para uma maior implicação interna e externa e o desfasamento em relação à realidade, parece implicar no trabalho de reconstrução com o sujeito dependente um cuidado particular na selecção das estratégias psicoterapêuticas a propor e a desenvolver.

A prática clínica tem demonstrado que, muitas vezes, pelo carácter heterogéneo das perturbações decorrentes da dependência, e pelas implicações do sintoma, em vários níveis da vida do sujeito, as dificuldades e necessidades sentidas diferem significativamente ao longo do processo de tratamento. Se, em determinado momento, as dificuldades ao nível das necessidades básicas e da manutenção do consumo, pela ausência total de recursos, assumem um carácter urgente, mobilizando toda a energia do sujeito na resolução das mesmas e obrigando a um trabalho inicial de estabilização pré-psicoterapêutica, num outro momento, ultrapassado o sintoma e emergindo as problemáticas subjacentes, é possível encontrar o desejo e a disponibilidade, necessários à intervenção psicoterapêutica propriamente dita.

O conceito de *integração em psicoterapia* sublinhado por Gonçalves & Welling (2001) e a noção de *princípio da pluralidade* abordado por Morel et al. (1997) ilustram a possibilidade de utilização de modelos transdisciplinares na clínica das dependências de substâncias psicoactivas. Com base nesta perspectiva, considera-se que, particularmente, quando inseridas num dispositivo institucional, as intervenções psicoterapêuticas devem possuir uma característica de flexibilização relativamente à possibilidade de construção de estratégias cujas técnicas utilizadas possam ter origem em diferentes modelos de intervenção, independentemente do quadro teórico em que o técnico ou a própria instituição se inscreve.

Não se pretende desvalorizar a importância da presença de um referencial teórico, subjacente à prática clínica, ou da especialização dos técnicos, considerado de real importância, mas realçar a possível interactividade e dinamismo na construção de programas estruturados de tratamento direccionados e adaptados ao pedido de ajuda trazido pelo sujeito para além da relação linear que possui com a substância.

A importância da avaliação psicológica, enquanto meio auxiliar, para o estudo dos factores que contribuem para uma boa adesão a um projecto terapêutico é enfatizada

por Duran (2005). A multiplicidade de factores inerentes à dependência, desde a natureza da problemática (motivação e ambivalência para a interrupção do consumo) às consequências do sintoma ao nível pessoal, familiar, sócio-profissional e de saúde pública dificultam, frequentemente, o delineamento de modalidades terapêuticas únicas sendo necessária uma proposta de intervenção, caso a caso, sujeita a monitorização contínua e possível de ser redireccionada se assim se verificar necessário. A utilização de metodologias de avaliação pode possibilitar uma ajuda essencial na agilização destes processos e no delineamento de planos individuais de tratamento.

No âmbito do Gabinete de Avaliação psicológica da equipa de Tratamento da Amadora realizam-se, fundamentalmente, dois tipos de actividade, a testagem e a avaliação psicológica, propriamente dita. A Testagem psicológica tem como objectivo principal a obtenção de dados psicométricos objectivos, úteis enquanto medida de evolução dos utentes em tratamento e possíveis de serem utilizados em estudos de *follow-up*. A avaliação psicológica, comporta um objectivo exclusivamente clínico e engloba, para além da testagem, a entrevista clínica, a escolha de instrumentos específicos de acordo com o pedido que dá origem à avaliação, a interpretação dos resultados, a apresentação de um diagnóstico e de recomendações referentes à intervenção terapêutica.

Na área da avaliação psicológica, verifica-se que os pedidos dos técnicos relacionados com a questão do duplo-diagnóstico são aqueles que ocupam um lugar primordial seguidos dos que procuram esclarecimento específico acerca de determinada dimensão do funcionamento mental, ao nível dos processos internos do sujeito. Em qualquer uma das situações, a avaliação assume um papel relevante na definição de estratégias de reabilitação das funções psíquicas afectadas pela perturbação de dependência e/ou pela eventual perturbação associada.

O rigor da avaliação, contemplando as diferentes áreas do funcionamento mental do sujeito, permite aceder a uma melhor compreensão da sua problemática, numa perspectiva que ultrapassa o sintoma, em si, e a relação que estabelece com a substância. Este conhecimento contribui para o delineamento de projectos de tratamento específicos, com os quais os sujeitos se podem identificar e, conseqüentemente, para uma melhor adesão ao tratamento.

A presença elevada de co-morbilidade, descrita na literatura e confirmada pelos dados obtidos na caracterização da população utente, nomeadamente, ao nível das perturbações do humor e da personalidade parece sublinhar a existência de um conjunto de factores psicodinâmicos associados à dependência de substâncias psicoactivas. Esta evidência, na clínica actual, exige uma resposta, ao nível do tratamento, cada vez menos ancorada ao consumo de substâncias psicoactivas enquanto perturbação única ou isolada e assinala a necessidade de uma integração multidisciplinar no mesmo.

Neste sentido, pela dificuldade, frequentemente encontrada, na determinação dos factores ou sintomas independentes representativos da perturbação psiquiátrica e dos provocados pela dependência química considera-se imperativa a realização de uma avaliação que contemple o duplo diagnóstico.

A Identificação e distinção de perturbação psiquiátrica e perturbação decorrente do uso de substâncias adquire um significado prognóstico e permite a definição de estratégias psicoterapêuticas melhor adaptadas ao indivíduo e à(s) problemática(s) que apresenta.

A revisão da literatura referente à investigação de perturbação mental associada revela, de um modo geral, que a presença de co-morbilidade agrava o quadro clínico da toxicodependência, aumentando os sintomas psiquiátricos, familiares, sócio-profissionais e os comportamentos de risco (Fabião, 2002)

O estudo dos casos clínicos demonstra que a taxa de abandono do tratamento é bastante elevada, não chegando, muitas vezes, a ser iniciado, e que o seguimento em regime de internamento, em particular, em comunidades terapêuticas, parece produzir melhores resultados em termos da paragem do consumo e das condições de vida, mas não em termos dos sintomas psiquiátricos. Pensa-se, no entanto, que a escassez de evidência científica nesta área não permite comprovar a melhor eficácia de qualquer tipo de programa ou estratégia psicoterapêutica em toxicod dependentes portadores de perturbação mental grave.

Também a avaliação de resultados das intervenções terapêuticas, possibilita aferir a eficácia dos programas de tratamento disponibilizados ao utente, caracterizadores da população que recorre aos serviços especializados de tratamento e estabelece uma

caracterização efectiva da mesma, a nível clínico, social e familiar. (Fleming & Machado Vaz, 1981; 1998; Fabião, 2002; Silva & Bacelar-Nicolau, 2003)

Com esta informação podemos aceder a uma melhor compreensão da relação existente entre o tratamento e a efectiva abstinência ou taxa de adesão/retenção e aos factores associados à recaída permitindo uma visão crítica sobre a efectividade dos tratamentos colocados ao dispor do utente e, conseqüentemente, adequar as alternativas de tratamento às suas reais necessidades bem como potenciar o regresso daqueles que, por diversos motivos, abandonam o projecto terapêutico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, pensa-se que o tratamento do indivíduo dependente, inserido num quadro institucional, pressupõe uma diversidade de factores que devem ser considerados com vista à melhoria dos serviços prestados e ao aumento da eficácia das estratégias psicoterapêuticas disponíveis. Realça-se fundamentalmente, a presença de uma abordagem pluridisciplinar, a definição da figura de *gestor de cuidados* e do psicólogo ou psicoterapeuta, a importância da elaboração de planos individuais de tratamento que possibilitem uma melhor monitorização da evolução do mesmo, e a avaliação da eficácia dos tratamentos através do desenvolvimento de estudos de *follow-up*.

Da reflexão acerca do trabalho psicoterapêutico na dependência de substâncias retiram-se algumas considerações:

- O delineamento de planos de tratamento e psicoterapias específicas que devem ser fundamentadas em critérios clínicos provenientes da avaliação psicológica dos diversos factores que interagem no fenómeno da dependência, nomeadamente, a presença ou não de duplo diagnóstico, a capacidade de reconhecimento da origem psicológica da perturbação, a motivação para a realização de mudança ou apenas para o alívio dos sintomas, a história toxicofílica incluindo tratamentos anteriores e o grau de severidade dos consumos, a capacidade de *insight* e o diagnóstico sócio-familiar.
- A necessidade de adaptação de técnicas psicoterapêuticas, tanto quanto possível, com vista ao aumento das respostas terapêuticas e melhor adequação das mesmas à população utente.
- A possibilidade de co-existência de programas estruturados de tratamento de orientações diversas, que possam ocorrer em simultâneo, de acordo com as diferentes fases inerentes ao processo psicoterapêutico e às necessidades sentidas como prioritárias em cada uma delas.
- A possibilidade de encaminhamento do sujeito para outras valências ou técnicos cuja formação específica possa disponibilizar uma resposta mais adequada a determinada problemática.

REFERÊNCIAS

Barker, P. *Fundamentos da Terapia Familiar*. Lisboa: Climepsi Editores

Bergeret, J. (1998). *Psicologia Patológica*. Lisboa: Climepsi Editores. (Tradução do original em língua francesa *Psychologie Pathologique*. Masson, 1972)

Cardoso, S., Dias H., Lorga, P., Tomaz, F. Torres, A. (2001). Um modelo estratégico de conotação positiva modificada no tratamento de famílias com toxicodependentes. *Revista Toxicodependências*, 7 (2), 17-22.

DiClemente, C.L. & Prochaska, J. O. (1998). Toward a comprehensive transtheoretical model of change: states of change and addictive behaviors. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating Addictive Behaviors* (pp.3-24). New York: Plenum Press.

Duran, D. (2005). Contribuições da avaliação psicológica para a clínica da toxicod dependência: reflexões sobre uma prática. *Texto das Taipas*, XIV, 61-75.

Fabião, C. (2002). Toxicod dependência: duplo diagnóstico, alexitimia e comportamento. Uma revisão. *Revista Toxicod dependências*, 8 (2), 37-51.

Ferreira, A. (2004). Toxicod dependência(s) e Psicoterapia(s). *Revista Toxicod dependências*, 10(2), 65-74.

Fleming, M. (2005). Dor mental e toxicod dependência. *Revista Toxicod dependências*, 11(1), 3-13.

Fleming, M. (2008). Psicologia da dor e do prazer na toxicod dependência. In A. Torres & A. M. Lito. (Eds). *Consumo de Drogas, Dor, Prazer e Dependências* (pp.161-178) Lisboa: Fim de Século.

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

Haley (1980). *Leaving Home, the Therapy of Disturbed Young People*. New York: McGraw-Hill Book Company.

Gonçalves, I. & Welling, H. (2001). Psicoterapeutas, trabalho em equipa e integração em psicoterapia. *Revista Psicológica*, XV (2), 23-34.

Janeiro, L. (2007). Motivação para o tratamento: estratégias psicoterapêuticas no tratamento da toxicod dependência. *Revista Toxicod dependências*, 13 (1), 49-58

Knapp, P., Bicca, C. (1998). Abordagem cognitivo-comportamental dos comportamentos adictivos. In A. V. Cordioli (Ed.), *Psicoterapias: abordagens Actuais* (pp. 404-416) Porto Alegre. Artes Médicas.

Magalhães, M. (2008). Perspectivas psicodinâmicas no tratamento do toxicodependente. *Revista Toxicodependências*, 14 (3), 67-68.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (1999). *La Entrevista Motivacional: Preparar para el Cambio de Conductas Adictivas*. Barcelona: Paridós

Morel, A., Hervé, F., Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao Toxicodependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

Pagès-Berthier, J. (2002). Personalidade e toxicomania: abordagem psicanalítica. In Angel, P., Richard, D., & Valleur, M. (Eds.) *Toxicomanias* (pp. 179-185). Lisboa: Climepsi Editores (obra original publicada em 2000).

Pechansky, F., Woody, G., Mercer, D. Luborsky, L. (1998). Psicoterapia Individual para a Dependência Química. In A. V. Cordioli (Ed.), *Psicoterapias: abordagens Actuais* (pp. 381-394). Porto Alegre. Artes Médicas.

Ramos, S. (2004). What can we learn from psychoanalysis and prospective studies about chemically dependent patients. *International Journal of Psychoanalysis*, 85, 467-488.

Ribeiro, J.S. (2008). Aspectos psicopatológicos da dependência de drogas. In A. Torres & A. M. Lito. (Eds). *Consumo de Drogas, Dor, Prazer e Dependências* (pp.195-212). Lisboa: Fim de Século.

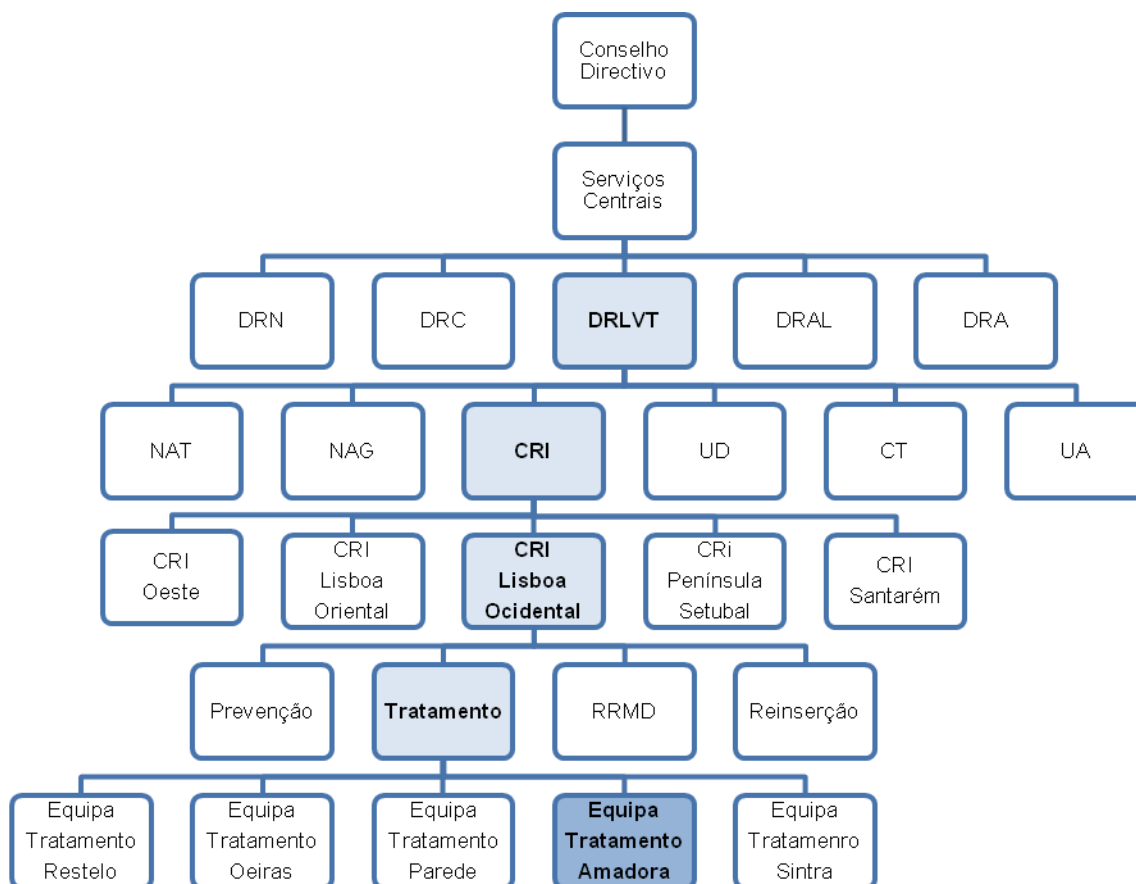
Silva, D. & Bacelar-Nicolau, H. (2003). Um padrão ou vários padrões de características de resposta ao Rorschach num grupo de dependentes de heroína. *Revista Toxicodependências*, 9 (1), 47-62.

Soares, A. (2005). O Potencial integrativo da terapia cognitiva: uma mais valia na abordagem da toxicodependência. *Texto das Taipas*, XIV, 77-89.

Stanton, D. et al. (1982). *The Family of Drug Abuse and Addiction*. New York: The Guildford Press.

ANEXOS

Anexo I: Organograma do IDT, I.P / Equipa de Tratamento da Amadora



Legenda:

DRN – Delegação Regional do Norte

DRC – Delegação Regional do Centro

DRLVT – Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo

DRA – Delegação Regional do Alentejo

DRAL – Delegação Regional do Algarve

NAT – Núcleo de Apoio Técnico

NAG – Núcleo de Apoio Geral

CRI – Centro de Respostas Integradas

UD – Unidade de Desabituação

CT – Comunidade Terapêutica

UA – Unidade de Alcoologia

ET – Equipa de Tratamento

Anexo II: Grelha de Caracterização dos Utentes activos em 2008

