

MODELOS DE ANÁLISE DO USO DE DROGAS E DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

ANALYSIS MODELS OF THE USE OF DRUGS AND THE THERAPEUTICA INTERVENT: SOME CONSIDERATIONS

Manuel Morgado Rezende

Departamento de Psicologia da Universidade de Taubaté

RESUMO

Apresentamos, neste artigo, a conhecida triangulação droga-indivíduo-meio, que, na verdade, é uma maneira genérica de assinalar que a ação psicofarmacológica da substância, aspectos da personalidade do usuário e do ambiente devem ser objeto de análise no fenômeno do consumo de produtos psicotrópicos. Citamos, também, algumas pesquisas que focalizam a presença de fatores de risco para o uso de drogas no meio familiar e social. Abordamos, ao final, alguns aspectos dos modelos de intervenção terapêutica mais difundidos.

PALAVRAS-CHAVE: drogas, meio social e familiar, modelos, intervenção.

INTRODUÇÃO

O presente artigo tem por finalidade apresentar uma breve exposição dos modelos de análise do uso de substâncias psicoativas e de intervenções terapêuticas propostas, nas últimas décadas, para os consumidores desses produtos. A apresentação desta temática está fundamentada em uma revisão, atualizada, da literatura científica da área. Vamos considerar, em nossa análise, a participação das três dimensões que envolvem o complexo fenômeno do uso, abuso e dependência de drogas psicoativas, ou seja, a triangulação “Droga-Indivíduo-Meio”.

A partir do estudo solicitado pela Unesco, com finalidade de promover uma visão científica e crítica a respeito da Farmacodependência, Nowlis (1979) formulou um esquema que discute o consumo de drogas e a interação de seus elementos: a substância, o utilizador e o contexto. Paixão (1995) apresentou quatro modelos fundamentados no autor supracitado: o modelo jurídico-moral, o modelo médico, o modelo psicossocial e o modelo sociocultural.

O modelo jurídico-moral assenta-se numa visão dualista da realidade. A coexistência de posições opostas e irreduzíveis (indivíduo-droga, legalidade-ilegalidade e finalidade médica e não médica) definem esta concepção. Este ponto de vista está relacionado com medidas ‘educativas’ e preventivas, articuladas a princípios repressivos.

O modelo médico ou de saúde pública, no qual, à semelhança das doenças infecciosas, a droga, o indivíduo e o contexto são considerados, respectivamente, o agente, o hospedeiro e o meio-ambiente. O agente é o elemento ativo, definido como o gerador de dependência, e o hospedeiro é a ‘vítima’, o doente a ser tratado ou curado.

No modelo psicossocial, o indivíduo desempenha o papel de agente ativo, e a interação droga-usuário é o alvo da observação. Admite-se, deste ponto de vista, que o uso da droga é um comportamento que persiste enquanto desempenhar uma função para o indivíduo. O contexto é concebido em termos da influência, sobre o usuário, das atitudes e condutas de familiares, amigos, grupos de pares ou da sociedade.

No modelo sociocultural a ênfase é atribuída ao contexto. A droga adquire significado e importância não tanto pelas suas propriedades, mas pela maneira como cada sociedade define sua utilização. O uso de drogas

ilícitas é visto como um desvio do comportamento normal, e as condições socioeconômicas e o ambiente em que vive o indivíduo são tidas como razões desse desvio.

REVISÃO DA LITERATURA

Ambiente Familiar, Social e Estágios do Uso de Drogas

Consideramos que é necessário discutir com rigor metodológico tanto a contribuição de fatores sociais e familiares para a utilização de substâncias psicoativas, quanto a influência dos mesmos para a determinação da modalidade de relação que será estabelecida com a droga. Dessa maneira, poderemos contribuir para amenizar o conturbado quadro de preconceitos, estigmas e acusações que envolvem aspectos familiares e sociais relacionados ao uso de drogas (Rezende 1999).

Há estudos longitudinais que analisam a participação de fatores de risco ambientais relacionados com padrões de utilização de drogas. (Chilcoat e Anthony, 1996; Kandel e Davies, 1996). Carvalho et al. (1995) salientam que vários estudos sugerem que certas características familiares podem estar associadas ao consumo de drogas por adolescentes. As pesquisas têm focalizado principalmente quatro aspectos: consumo de drogas pelos pais; qualidade da relação pais e filhos; personalidade e atitudes dos pais e a presença de problemas de relacionamento entre os pais.

O estudo de Chilcoat e Anthony (1996) corrobora uma série de inferências quanto ao fato de que a efetiva supervisão e monitoramento, na meia infância, por pais ou responsáveis, podem provocar o retardamento ou mesmo prevenir o início do uso de drogas. Uma população formada por 926 sujeitos de 8, 9 e 10 anos, moradores de áreas urbanas, foi acompanhada, de 1989 até 1992, por meio de entrevista anual. As conclusões do estudo evidenciaram que crianças nos mais baixos quartis de monitoramento parental começam a usar drogas mais cedo. A comparação dos graus de risco para iniciação do uso de maconha, cocaína e inalantes (ou outras drogas) cruzada com o nível de monitoramento foi mais significativa em crianças abaixo de 11 anos; em idades acima dessa faixa etária não houve diferenças. O risco mais alto foi observado entre jovens que tiveram os mais baixos índices de monitoramento na meia infância.

Quando iniciaram a pesquisa, os autores já haviam observado, no transcorrer de um ano de acompanhamento, que os níveis mais elevados de supervisão e monitoramento parental na meia infância (8 a 10 anos) apresentavam o menor risco para iniciação precoce. Poderiam ser evitados 20% de uso de maconha, inalantes e cocaína, aumentando-se o nível de monitoramento do quartil mais baixo para o segundo. Este índice subiria para 56%, se a supervisão parental passasse para o quartil mais alto.

Os autores da pesquisa fazem duas indagações:

- Retardar a iniciação do uso de drogas pode reduzir os riscos posteriores de se desenvolver problemas sérios com drogas?
- O cuidado parental precoce pode ter a função de redução riscos?

Chilcoat e Anthony (1996) consideram que é necessário acompanhar os jovens além do período de risco para iniciação, o que significa cobrir toda a fase de risco para o desenvolvimento de problemas com drogas.

Kandel e Davies (1996) investigaram as características distintivas dos adolescentes que atingiram diferentes estágios de uso de drogas, em particular, o grau mais alto, representado pelo “crack”. Foi utilizada uma população de 7611 estudantes, de 53 escolas do Estado de Nova York, do 7º ao 12º grau escolar. Os resultados da pesquisa mostram que os estudantes usuários de drogas ilícitas têm prejuízos no rendimento escolar, na qualidade da relação familiar, na saúde e revelam aumento de sintomas psicológicos. Comparados a não-usuários, são mais propensos a práticas transgressoras e mais ativamente envolvidos com seus pares. Vivem em ambientes sociais nos quais outros jovens e mesmo parentes têm maior tolerância ao uso de drogas. A delinquência e a extensão do uso dessas substâncias aumentam, com a elevação do estágio de utilização. O uso de “crack” provoca o mais baixo nível de funcionamento psicossocial, quando comparado a qualquer outro grupo de drogas do referido estudo.

Entre os amigos dos usuários de drogas, 66% usam maconha e 38%, cocaína ou “crack”.

Entre os pais dos usuários de drogas é duas vezes maior o uso abusivo de álcool e cigarros do que entre os pais de não-usuários.

A análise das diversas drogas e das idades de início de uso das mesmas foi feita entre os estudantes de 11º e 12º grau escolar. Jovens que faziam o uso de drogas ilícitas, outras que não maconha, iniciaram o uso de cigarro ou bebidas um ano mais cedo, em média, e começaram a utilizar maconha sete meses antes daqueles que só usavam maconha.

As conclusões do estudo de Kandel e Davies (1996) são:

- Drogas utilizadas com os pares (maior envolvimento com drogas, maior ligação grupal) e participação em delinqüências são as maiores diferenças entre usuários e não- usuários.
- Existe maior alienação da família e da escola no caso dos usuários.
- O uso de álcool e de cigarros pelos pais está mais relacionado com a utilização, pelos filhos, de drogas legalizadas. Já o uso, pelos pais, de medicamentos prescritos está mais relacionado à experimentação, pelos filhos, de drogas ilícitas. Sugere-se que a sua utilização pode representar uma forma de automedicação.
- Não é possível determinar se o declínio de nível de adaptação social observado entre esses jovens é causa ou consequência do uso de drogas. Provavelmente, ambos os processos estão envolvidos.
- Maior dificuldade de adaptação social indica maior possibilidade de iniciação no uso de drogas, o que, por sua vez, incrementa o desajustamento.
- A aceitação do uso de drogas pelo grupo de iguais é o maior fator de motivação (relatado pelos sujeitos) na evolução de estágios de uso. Falta de intimidade (proximidade) com os pais e problemas psicológicos, refletidos em sintomas depressivos, predizem a progressão do uso de maconha para o de outras drogas ilícitas.

Psicopatologia dos Pais e Transtornos dos Filhos

No estudo de Luthar, Merikangas, Rounsaville (1993) é feita a análise da associação entre a psicopatologia dos pais e a dos filhos abusadores de drogas. São considerados o sexo dos pais e o tipo de droga de abuso (cocaína e opiáceos) do parente focalizado.

Os autores partem de relatos da literatura que afirmam que os dependentes e seus familiares mostram aumento de transtornos mentais, tais como depressão, alcoolismo e personalidade anti-social. Estudos têm mostrado uma unanimidade quanto à presença de fatores de risco nessas famílias. Com relação ao aspecto da organização familiar, nenhuma estrutura específica foi identificada. Os pesquisadores de farmacodependência têm sugerido que se façam comparações da organização familiar de abusadores de diferentes drogas. Nas famílias de dependentes de drogas encontraram-se altas taxas de alcoolismo, entre os pais, e de depressão, entre as mães. Resta saber em que medida o alcoolismo dos filhos pode estar associado ao do pai, ao da mãe ou de ambos, ou ainda a outros transtornos de pais e mães.

A discussão dos resultados, segundo os autores da pesquisa, mostra pouca especificidade de transtornos entre as famílias de dependentes, tanto de cocaína quanto de opiáceos .

“O padrão de transmissão variou de acordo com o sexo e a etnicidade do parente afetado. Forte associação foi encontrada entre psicopatologia dos filhos e depressão das mães (mas não alcoolismo) e alcoolismo dos pais (mas não depressão). Associação entre alcoolismo dos pais foi significativa entre famílias de negros, mas não entre as de brancos” (Luthar et al., 1993).

Verificou-se que a associação entre depressão da mãe e os múltiplos transtornos psicopatológicos dos filhos (única correlação encontrada em todos os casos examinados) sugere a influencia da socialização. A literatura tem indicações de que “mães deprimidas diferem das normais em termos de interação com seus filhos. Utilizam-se de coerções, em vez de negociação; mostram-se mais reservadas e com menor expressão afetiva com suas crianças que, por sua vez, buscam atenção” (Luthar et al., 1993). A ausência de efeitos relativos à depressão dos pais pode ser consequência do papel da socialização, dado que as crianças ficam mais expostas aos cuidados das mães. Contudo, a depressão dos pais pode ter os mesmos efeitos comportamentais dos verificados em mães deprimidas.

Entendemos que os achados contidos nessas pesquisas fortalecem as sugestões de vários estudiosos que apontam para a importância da família fazer parte do conjunto de estratégias terapêuticas. A literatura apresenta evidências de que, quando a família participa do programa de tratamento, os resultados nos aspectos de adesão ao mesmo e na redução de recaídas podem ser melhores, além de possibilitar a realização de um diagnóstico familiar mais completo (Rezende 1999).

Intervenções Terapêuticas

As modalidades de tratamento de dependentes de drogas podem ser classificadas em quatro grandes grupos, de acordo com Milby (1988):

- Abordagens médico-farmacológicas: incluem hospitalização para desintoxicação e tratamento de doenças relacionadas à dependência; tratamento psiquiátrico convencional; cirurgia cerebral (lobotomia); uso de drogas psiquiátricas; tratamento não-psiquiátrico com clínico geral; terapia de manutenção com opiáceos e terapias com antagonistas.
- Abordagens psicossociais: incluem psicoterapia psicanalítica; psicoterapia de apoio; psicoterapia e orientação familiar sistêmica; terapia comportamental; psicoterapia de grupo (comportamental, centrada na pessoa, psicanalítica) e, ainda, aconselhamentos baseados no uso da autoridade racional.
- Abordagens socioculturais: englobam as metodologias seguidas pelas Comunidades Terapêuticas e os Grupos de Narcóticos Anônimos.
- Intervenções baseadas em abordagens religiosas: às vezes, nessas abordagens, inclui-se o trabalho de médicos, psicólogos e assistentes sociais, mas o enfoque institucional básico é a doutrinação religiosa e o aconselhamento espiritual.

Para os objetivos do presente texto, vamos nos restringir aos modelos que, do nosso ponto de vista, apresentam maior aceitação no Brasil. Destacamos o modelo de tratamento francês, inspirado em Claude Olievenstein, e alguns aspectos sobre os modelos psicossociais, socioculturais e religiosos.

Claude Olievenstein e o Modelo Francês

Optamos pela apresentação do modelo francês e de seu representante mais conhecido no Brasil, o médico psiquiatra Claude Olievenstein, devido à marcante influência que este especialista em toxicomania tem exercido, desde a década passada até o presente, entre os profissionais brasileiros do campo da dependência de drogas.

Para este estudioso, é fundamental que o indivíduo tenha vontade de tratar-se, ainda que esta seja apenas transitória, superficial e torne-se aleatória, pela presença do grupo:

“Os toxicômanos, além do mais, não são o que se chama de ‘doentes bem comportados’. Eles não dançam de acordo com a música da instituição psiquiátrica; desmamados, eles não aceitam as regras institucionais. Sempre conseguem introduzir a droga no hospital; mas o mais importante é a sua tendência natural ao proselitismo. E isso constitui um problema muito grave na fase de hospitalização, porque vemos deprimidos e esquizofrênicos jovens que são rapidamente iniciados consentindo, no uso de drogas” (Olievenstein, 1984).

O autor afirma que o ideal seria evitar ao máximo a hospitalização, a não ser, evidentemente, em período crítico ou quando a internação represente uma efetiva proteção ao toxicômano. Medidas apressadas e ansiedade do terapeuta por soluções rápidas devem ser substituídas pela compreensão de que o uso de drogas é um sistema. Deve-se possibilitar condições que ajudem o paciente a descobrir o que há nesse complexo emaranhado biopsicossocial. Apenas olhar para a droga é como olhar uma árvore sem perceber o ecossistema do qual ela faz parte. Olievenstein (1984) conclui que:

“Quando se conhecem os resultados medíocres da luta contra o alcoolismo, que a sociedade tolera abertamente, bem mais que a droga, podem-se entender as dificuldades práticas em que esbarra um tratamento hospitalar decente aos toxicômanos.”

A cura, segundo este autor, é um longo processo a ser percorrido, no qual surgem contratemplos, e as recaídas são comuns. O mais importante, e mais difícil, é compreender as motivações do indivíduo, fazer com que ele tome consciência delas, ajudá-lo a transformá-las e prepará-lo para suportar a vida.

Magalhães (1991) avalia que o sistema francês de atendimento à toxicomania está fundamentado na compreensão da complexidade do fenômeno e na busca de múltiplas formas de intervenção. Há uma preocupação de que não haja substituição da dependência da droga por outro tipo de dependência, como a do

médico, guru, remédio milagroso ou instituição mágica. A coerência ética e a diversidade de locais de atendimento formam a base deste modelo de tratamento. “Assim, a partir de 1970 foram criados numerosos centros de acolhimento, tratamento, alojamento, centros para reinserção social, famílias de acolhimento, pós-cura, centros médicos e centros médicos especializados, etc”.

Esta autora considera que o modelo francês de tratamento das toxicomanias parece haver alcançado “resultados menos ruins do que em outros países”. O número de “overdoses” é igual ao da Suíça, que tem oito milhões de habitantes e é quatro vezes e meia inferior ao da Itália, que tem quase a mesma população. O toxicômano francês utiliza basicamente opiáceos, heroína e medicamentos à base de codeína. O uso de tranqüilizantes é alto e cada vez mais se fala em politoxicomania. O consumo de *Cannabis* parece estacionado ou em decréscimo, mas é a droga eleita pelos adolescentes. Solventes orgânicos e alucinógenos não são citados como problemas, e o “ecstasy”, apesar de utilizado nos estabelecimentos noturnos, não tem levado a incidentes psiquiátricos. A utilização de cocaína parece estar aumentando, bem como a do “crack”.

Abordagens Socioculturais

A concepção fundamental, na abordagem sociocultural, é a da utilização de atividades grupais que visam estabelecer um ambiente terapêutico (socioterapia), que, por sua vez, viabiliza a consecução dos objetivos de tratamento. A ênfase recai sobre os processos de socialização e na manipulação destes.

Nessa abordagem, destacam-se as Comunidades Terapêuticas e as Comunidades Autônomas.

A tônica básica da ‘recuperação’ é atribuída à abstinência. O uso de drogas e a violência física entre os residentes são proibidos. Os membros admitidos no programa ocupam-se com tarefas de arrumação, práticas esportivas, atividades físicas, artísticas e reuniões terapêuticas. Infrações disciplinares estão sujeitas a punições, e comportamentos adequados são reforçados pela aquisição de mais prestígio social, o que significa maiores responsabilidades, privilégios e poder social institucional.

Os residentes, chamados de comunitários, participam da elaboração dos regulamentos, incluindo as condições de admissão e desligamento. Solicita-se aos comunitários a participação nas atividades gerais e nos grupos terapêuticos. Valoriza-se a franqueza e a exposição de atitudes e comportamentos passados e atuais. Estes são objeto de análise e crítica pelos demais.

Há variações na aplicação desta técnica, desenvolvida por Maxwell Jones (1943), na Inglaterra. A equipe dirigente pode ser composta exclusivamente por ex-dependentes, por se considerar que apenas quem já foi dependente está em condições de compreender e ajudar a recuperação de um outro usuário de drogas. Outras equipes podem incluir vários profissionais de saúde, com ou sem a participação de ex-residentes.

Segundo Milby (1988): “os altos índices de sucesso terapêutico relatados por algumas comunidades terapêuticas não devem ser levados em conta: faltam definições claras do que seja tratamento bem sucedido, bem como a metodologia de pesquisa, em geral, é falha. Não há grupo-controle, não há avaliações pré-admissionais e o tempo de seguimento do pós-tratamento é relativamente curto (alguns meses). Os estudos com residentes e desistentes são úteis: evidenciam a utilidade desta modalidade terapêutica, mas não podem ser usados com confiança, para se avaliar a eficácia do tratamento, porque os grupos podem ter sido extraídos de populações diferentes. As diferenças podem refletir outras, já existentes nos grupos”.

O grupo N.A.(Narcóticos Anônimos) segue os conhecidos doze passos utilizados pelos A.A. (Alcoólicos Anônimos). Consideramos muito difícil uma avaliação científica da efetividade desta metodologia de tratamento empregada nos grupos de auto-ajuda, porém, não podemos desconsiderar a relevância social dos mesmos numa área em que as pesquisas e métodos terapêuticos científicos têm oferecido avanços modestos e em que os resultados são pouco encorajadores para atrair, pelo menos, uma parcela da demanda. A disseminação dos grupos de NA. em vários países é uma justificativa para que estes (irmandades) sejam objeto de pesquisa dos cientistas sociais e de Saúde Mental.

Abordagens Psicossociais

Edwards (1997) afirma que nas abordagens psicossociais há duas direções principais no tratamento dos fenômenos relacionados ao consumo de substâncias. A primeira é a abordagem psicodinâmica, de acordo com a qual o problema com drogas é uma manifestação externa das perturbações psicológicas do usuário, ou seja, uma

neurose. A segunda considera como aspecto central o comportamento relacionado com a procura e utilização de substâncias psicotrópicas. A partir dessas concepções são desenvolvidos vários modelos de tratamento, de organização de serviços assistenciais e de treinamento de profissionais. O citado autor pondera que esse conflito de abordagens não deve ser ignorado. É necessário que o centro de pesquisa e de tratamento posicione-se, quanto aos pressupostos teóricos e técnicos, em vez de esperar obter avanços a qualquer custo. Os terapeutas podem tratar os pacientes segundo enfoque psicodinâmico e realizar pesquisas sobre tratamento segundo abordagens biológicas e comportamentais. Apesar de tentador, o ecletismo pode se transformar em confusão, em vez de uma combinação útil, se os pressupostos não forem esclarecidos e testados. “No pior dos casos, uma combinação irrefletida talvez não passe de uma fusão de erros” (Edwards, 1997). Ainda segundo este autor, as qualidades do terapeuta podem ser mais importantes do que o modelo de tratamento utilizado.

Abordagens Religiosas

Há, no Brasil, várias instituições de caráter religioso atuando na recuperação de drogados. A Fazenda Bom Jesus, em Campinas (São Paulo) é uma das pioneiras. O modelo de trabalho lá adotado difundiu-se para outros centros de recuperação do País. A entidade, apesar de ter fundamentação religiosa, conta com os serviços de uma equipe multiprofissional.

Bucher (1985) comenta que essas formas de atendimento, “práticas de desintoxicação pela religião”, são uma variação do modelo comportamental.

“Como as teorias comportamentais, essas práticas se oriundam dos Estados Unidos, sendo realizadas por grupos, em sua maioria, protestantes.

Como as teorias comportamentais, ainda, elas preconizam uma disciplina rigorosa e estabelecem um estrito controle sobre os sujeitos, que aceitam o confinamento em suas instituições. Ali eles são submetidos a uma lavagem cerebral, que lentamente os transforma em cordeiros benévolos, embora mentalmente decotados”.

Escolhemos este trecho para ilustrar como, na história recente dos tratamentos, o conjunto das dificuldades envolvidas na assistência a dependentes de drogas pode desencadear avaliações precipitadas, por vezes drásticas, com matizes mais emocionais que científicos, mesmo por parte de pesquisadores de reconhecido valor. Para Bucher (1985), os centros de recuperação com abordagem religiosa e com utilização de princípios de Psicologia Comportamental geram “uma troca de dependência e de uma re-intoxicação ideológica, com a diferença de que a droga de substituição não reside somente na obediência a regras de reforço e de punição, mas na mensagem religiosa de uma liberação pela submissão ao Senhor Jesus”.

Entendemos que o papel da religiosidade dentro do conjunto das possibilidades de atendimento ao toxicod dependente, antes de ser atacado, deve ser objeto de estudo. Esta dimensão cultural do ser humano não deve ser simplesmente julgada a partir de valores pessoais.

DISCUSSÃO

A respeito das dificuldades encontradas nas diversas modalidades de intervenção, Dias (1995) afirma que “a generalização do discurso, dos mais especializados aos menos especializados (do técnico ao voluntário), faz parte da mesmíssima ofensiva obscurantista, que senta à volta da mesma mesa médicos e polícias”.

Laranjeira (1996) afirma que não houve avanços no atendimento às dependências de drogas em nosso meio. As formas tradicionais de atendimento, baseadas em hospitais psiquiátricos e clínicas, predominam em relação às intervenções mais precoces e às ações comunitárias, que praticamente não se desenvolveram. Há cerca de três décadas os tratamentos psiquiátricos hospitalares, oferecidos pela rede pública, são criticados pela literatura científica relativa às toxicomanias.

Silveira Filho (1996), do Proad (Programa de Orientação e Assistência a Dependentes de Drogas) da Universidade Federal de São Paulo, comenta que o fenômeno da dependência deve-se à droga, ao indivíduo e ao contexto em que se realiza o encontro entre sujeito e droga. Para o autor, a psiquiatria contemporânea vem se utilizando de um modelo científico positivista das ciências exatas, que freqüentemente incorre em simplificações, atualmente inaceitáveis.

Ainda segundo o mesmo autor, o modelo biológico de doença pressupõe que o consumo de drogas e álcool, quanto aos aspectos de abuso e dependência, determina uma doença crônica, progressiva e sujeita a

recidivas. Este padrão é passível de críticas, por basear-se em modelos genéticos controversos, não estar apoiado em uma teoria de dependência e por não abranger grande parte dos casos.

Outro modelo citado é o de modelagem social, o qual postula que o comportamento de consumir álcool e drogas é fruto de processos de aprendizagem ambiental. O citado autor argumenta que esse modelo desconsidera as motivações individuais, por não discriminar padrões de uso (recreativo e ocasional) abuso e dependência, e, finalmente, que é difícil comprovar a relação entre influência social e dependência química.

Para Silveira Filho (1996), “o modelo de fatores de riscos múltiplos é criticável por ser linear e causal; não foram bem sucedidas as tentativas de identificar associações de fatores que possam prever padrões específicos de consumo, e a teoria é estática e linear, uma vez que não dispõe de uma descrição das inter-relações dinâmicas entre os fatores de risco e o uso de substâncias”.

Este autor afirma que o modelo sistêmico, o qual pressupõe que os problemas relacionados ao uso de álcool e drogas devem-se à interação do indivíduo com o ambiente, é o que pode abarcar a complexidade do fenômeno.

CONCLUSÃO

Diante desta breve exposição, ressaltamos que as propostas e modelos de tratamento para farmacodependentes, em geral, são procedimentos ecléticos de ações médicas, psicológicas, sociais e religiosas. É pouco comum encontrarmos modelos puros. Nas últimas décadas, instalou-se uma panacéia de abordagens, um verdadeiro vale-tudo para se obter a abstinência de drogas. Este era o objetivo maior dos chamados tratamentos. A meta da abstinência, como um fim, foi a justificativa para a adoção dos meios mais variados, tais como: desintoxicação, com ou sem manutenção farmacológica; psicoterapia, catequização religiosa; intimidação policial; agressões físicas; laborterapia; internação psiquiátrica; clínicas especializadas; programas de narcóticos anônimos (NA); programas residenciais dirigidos por ex-dependentes; ambulatórios com equipe multiprofissional e enfoque interdisciplinar.

ABSTRACT

We present, in this article, the known triangulation (drug-individual-environment) that, in fact, is a generic way to designate that the psychopharmacological action of the substance, aspects of the personality of the user and the environment, must be subject to analysis in the consumption of psychotropic products. We also quote some researches focusing on the presence of risk factors related to the use of drugs in the family and social environments. We will present the various models of therapeutical intervention.

KEY-WORDS: drugs, family and social environment, models, intervention.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BUCHER, R.E., COSTA, P.F.- A Abordagem Terapêutica do Toxicômano. *Acta Psiquiat. Psicol. Amér. Lat.*, v.31, n.2, p.113-130, 1985.
- CARVALHO, V., PINSKY, I., SILVA, R.S., CARLINI-COTRIM, B. Drug and alcohol use and family characteristics: a study among Brazilian high-school. *Addiction* v.90, p.65-72, 1995.
- CHILCOAT H.D. e ANTHONY, J.C. - Impact of parent monitoring on initiation of drug use through late childhood. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, v.35, n.1, p.91-100, 1996.
- DIAS, C.A. - Ascensão e queda dos toxicoterapeutas: ou a democracia da mentira. *Lisboa, Fenda*, 1995. 103p.
- EDWARDS, G. - Comportamento aditivo: o próximo desafio clínico. In: EDWARDS, G. e DARE, C. - *Psicoterapia e tratamento de adições*. Trad. Maria A. V. Veronese. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997, 247p.
- LARANJEIRA, R. Bases para uma política de tratamento dos problemas relacionados ao álcool e outras drogas no Estado de São Paulo. *J. bras. Psiq.*, v.45, n.4, p.191-199, 1996.
- LUTHAR, S.S., ERIKANGAS, R.K., ROUNSAVILLE, B.J. Parental psychopathology and disorders in offspring. a study of relatives of drug abusers. *J. Nerv. Mental Dis.*, v.181, n.6, p.351-357, 1993.
- MAGALHÃES, M. P. O sistema francês de atendimento à toxicomania. *Rev. ABP-APAL*, v.13, n.2, p.59-62, 1991.

- MILBY, J. B. A Dependência de drogas e seu tratamento. Trad. Silvio M. Carvalho. São Paulo, Pioneira EDUSP, 1988. 279p.
- NOWLIS, H. - A verdade sobre as drogas. Lisboa, GPCCD, 1979
- OLIEVENSTEIN, C. A droga. Trad. Marina Camargo Celidônico. 2ªed. São Paulo, Brasiliense, 1984. 143p.
- PAIXÃO, R. Agorafobia e delinquência na adolescência. Coimbra, 1995 [Tese de , doutorado - Universidade de Coimbra]
- REZENDE, M.M. - Tratamento de dependentes de drogas: diálogos com profissionais da área de Saúde Mental. Campinas, 1999 (tese de doutorado - Universidade Estadual de Campinas).
- SILVEIRA FILHO, D.X, GORGULHO, M.,orgs - Dependência. compreensão e assistência às toxicomanias (uma experiência do PROAD). São Paulo: Casa do Psicólogo 1996, 258p.