

Introdução

O presente trabalho reporta-se às actividades desenvolvidas no decurso do Estágio Curricular da Licenciatura em Psicologia - Ramo Clínica e da Saúde, da Universidade da Beira Interior; tendo-se realizado este estágio no âmbito do Centro de Atendimento ao Toxicodependente/C.A.T. da Covilhã e no Núcleo de Atendimento ao Toxicodependente/N.A.T. do Hospital do Fundão, no ano lectivo de 2005/2006.

O compósito do trabalho integra três Capítulos, estruturados em função de critérios do Plano de Estágio, facultado pelo orientador académico – Professor Doutor Henrique Pereira.

No Capítulo I apresenta-se uma Contextualização Institucional do C.A.T. da Covilhã e do N.A.T. do Hospital do Fundão, enquanto micro-sistemas regionais articulados entre si, que integram uma Unidade Especializada que se enquadra num Macro-Sistema mais complexo, ou seja, o Instituto da Droga e da Toxicodependência/I.D.T.

Este Capítulo apresenta, sumariamente, as actividades desenvolvidas pela estagiária no C.A.T. da Covilhã e no N.A.T. do Hospital do Fundão, assim como outras iniciativas levadas a cabo no decurso do seu Estágio Curricular, também vinculado á Universidade da Beira Interior. Designadamente, explicitam-se as actividades de Integração Institucional, Acções Preventivas ou de Intervenção Comunitária, Investigação e Formações frequentadas.

O Capítulo I termina com uma Reflexão Crítica sobre o que se "apre(e)nde" acerca da instituição onde se efectuou o estágio, tal como previsto no Plano de estágio.

O Capítulo II apresenta como tema a Fundamentação e Desenvolvimento de Conceitos concernentes á prática clínica: História Clínica; Avaliação Psicológica/Exame Psicológico, Intervenção Psicológica, Psicoterapias. Exempleficando a aplicação desses conceitos em relação com a experiência de estágio.

As actividades respeitantes ao Estudo de Casos, e mais concretamente, de Avaliação e Intervenção Psicológica, são objecto de desenvolvimento aprofundado no Capítulo III.

O término do trabalho remata-se no Capítulo V que integra uma Reflexão Final acerca do processo de Acreditação do Relatório Final de Estágio conferente ao Grau de Mestre/2º Ciclo, e/ou, Diploma Europeu em Psicologia (*‘Registered EuroPsy Psychologist’*)

Capítulo I

1. Enquadramento Institucional

1.1 - O Instituto da Droga e da Toxicodependência e suas Unidades Especializadas

Com a publicação do Guia de Serviços e Unidades Especializadas do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT, 2004), este Instituto visa disseminar informação sistematizada acerca dos recursos disponíveis da sua área de competências (conferidas pelo Decreto-Lei n.º 269-A/2002, de 29 de Novembro e Portaria n.º 484/2003, de 15 de Abril - Anexo I), explicando-nos os objectivos de cada unidade especializada enquanto instrumentos de aplicação e intervenção no âmbito da problemática das toxicodependências.

O Instituto da Droga e da Toxicodependência/IDT tem sede em Lisboa, onde estão instalados os **Serviços Centrais** (Organograma - Anexo II), e exerce a sua actividade a nível do território nacional através das suas cinco **Delegações Regionais**: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve (Organograma - Anexo III). As Delegações Regionais são serviços descentralizados, de natureza operacional, que coordenam um conjunto de **Unidades Especializadas** constituindo estruturas locais às quais compete a planificação, execução e avaliação de actividades no âmbito da Prevenção Primária, Dissuasão, Tratamento, Redução de Danos e Reinserção do utente. As Unidades Especializadas do IDT, que devem funcionar de modo integrado, apresentam-se de seguida.

Salienta-se o Centro de Atendimento ao Toxicodependente da Covilhã e o Núcleo de Atendimento ao Toxicodependente do Hospital do Fundão, uma vez ter sido neste âmbito em que se desenvolveu o Estágio Curricular em causa.

1.2 - Centros de Atendimento ao Toxicodependente (CAT): o Modelo bio-psico-social e a necessidade do trabalho em equipas multidisciplinares

Os **Centros de Atendimento ao Toxicodependente/CAT** são Unidades Especializadas do Instituto Português da Droga e da Toxicodependência/I.D.T. que foram especificamente criadas para serem prestadoras de cuidados compreensivos e globais em regime ambulatorio, a utentes com problemas de dependência de substâncias que procuram tratamento e suas famílias, individualmente ou em grupo, de acordo com o pedido e a indicação terapêutica.

Os CAT's assentam a sua intervenção em equipas multidisciplinares, constituídas por: médicos de várias especialidades (com destaque para a psiquiatria, mas também medicina interna, medicina familiar, saúde pública), psicólogos, enfermeiros, técnicos de serviço social e técnicos psicossociais. A intervenção nestas unidades-tipo interligadas ao Ministério da Saúde, baseia-se num modelo de abordagem bio-psico-social, que procura fazer uma abordagem global do utente com o objectivo da sua (re)integração social plena (IDT, 2004, p.9).

A este propósito Patrício (2002, p.122) á luz a sua experiência clínica no CAT das Taipas reitera *“para o tratamento de pessoas que sofram de toxicodependência, no actual estado da arte, é necessária em múltiplas áreas, a intervenção da Medicina Familiar, Psiquiatria/Saúde Mental, Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, Fisioterapia. Mas também e cada vez mais: Infeciologia, Pneumologia, Hepatologia, Estomatologia, Ginecologia, Obstetrícia”*.

O IDT dispõe ainda de extensões de CAT, isto é, locais de **Consultas Descentralizadas** e **Núcleos de Atendimento a Toxicodependentes/NAT's**. A perspectiva de criação destas consultas de extensão visa desenvolver um trabalho de proximidade que permita chegar àqueles que não procuram tratamento, quer pela sua tendência à imobilidade (vidas centradas em torno dos consumos e dos territórios onde estes têm lugar), quer pelas dificuldades de acessibilidade aos locais de consulta, nomeadamente aos CAT's. Estas intervenções privilegiam sempre a perspectiva de trabalho em parceria com outras estruturas de intervenção local, nomeadamente os Centros de Saúde.

↳ A necessidade das intervenções integradas

Em consonância com o sobredito apresentou-se a Estratégia Nacional de Luta Contra Droga (Presidência do Conselho de Ministros, 1999) que proclamava já “o tratamento de toxicodependentes, embora tenha registado progressos nos últimos anos, é difícil e não permite ortodoxias sectárias ou certezas absolutas” (P.117).

Existe uma grande diversidade de modelos de intervenção de índole bio-psico-social: as desabituções físicas com prescrição médica¹ de fármacos antagonistas (e.g. *Naltrexone*) ou agonistas (e.g. *Metadona e LAAM*) realizadas em ambulatório ou internamento de curta ou longa duração (comunidades terapêuticas); a prestação de cuidados de saúde e rastreio de doenças infecto-contagiosas, as psicoterapias de diversos modelos, individuais ou de grupo que visam a desabitação psicológica; a terapia familiar; a assistência social em função da reabilitação e reinserção socio-profissional. “A diversidade dos métodos é enriquecedora, logo, de manter, sendo necessário favorecer o diálogo entre os diversos modelos” (ibidem, p. 118).

Neste contexto, Patrício (2002) adverte que uma vez dispondo de diferentes modalidades para o tratamento dos utentes, devem oferecer-se a estes doentes ajudas psicológicas, medicamentosas e sociais, como resposta a um problema que envolve frequentemente todas estas vertentes. Este autor preconiza várias combinações pertinentes: “*Psicoterapia (individual ou de grupo) + Antagonista opiáceo (naltrexone); Psicoterapia + Socioterapia + Antagonista Opiáceo; Terapia Familiar + uma das hipóteses anteriores;*

¹ Luís Patrício indica como **Medicamentos específicos para dependentes de opiáceos, de uso, sempre e só, sob controlo médico – utilização em Portugal:** desde 1977 – *Metadona*: E. Lopes – Centro de Estudos e Profilaxia da Droga/CEPD (Porto); desde 1986 – *Naltrexone*: A. Dias, T. Vicente, A. Castro - CEPD (Coimbra); desde 1994 – *LAAM*: L. Patrício e outros – Centro das Taipas (Lisboa) - suspenso em 2001; desde 1999 – *Buprenorfina* alta dose (*Subutex*): L. Patrício, A. Costa e outros – CAT Taipas (Lisboa); A. Pereira – CAT Olhão; O. Fortes – CAT Cedofeita (Porto); R. Coutinho – CAT Xabregas (Lisboa); T. Vicente – CAT Coimbra.

Metadona, LAAM e Buprenorfina alta dose, são agonistas opiáceos para tratamento de substituição. *Naltrexone*, é antagonista opiáceo, tem o efeito contrário, isto é, anti-opiáceo, sendo utilizado nas desabituções físicas (no contrato terapêutico é explicitado que este medicamento tem contra-indicações com o consumo simultâneo de drogas, havendo riscos significativos para a saúde). É fundamental que o doente que beneficie da acção farmacológica de qualquer destes medicamentos usufrua da complementaridade com o tratamento psicológico e com a reinserção social (Patrício, 2002,p.163).

Psicoterapia + Socioterapia + Opiáceo substituto (e.g. metadona, buprenorfina alta dose); Grupo de auto-ajuda + uma das hipóteses anteriores” (p.142).

Em convergência encontra-se também o pensamento de Besugo (2000, p.200) “*a intervenção multidisciplinar surge em resposta á mutação do fenómeno, ás exigências de práticas mais abrangentes e ao reconhecimento da ineficácia de respostas parcelares e reducionistas da compreensão dos problemas, em que a partilha de conhecimentos constitui hoje, a base de uma atitude mobilizadora, no que diz respeito à utilização dos recursos institucionais e ao envolvimento dos actores sociais que participam neste processo directa ou indirectamente”.*

De facto, para o âmbito das toxicodependências têm sido propostas formas de actuação específicas, que inclusivamente constituem evoluções e modificações das metodologias tradicionais de intervenção psicológica, nomeadamente: articulação inter e intra institucional; recurso a apoios exteriores, nomeadamente ás famílias; tratamento por fases integrando metodologias diferenciadas e/ou paralelos. Prata (2000) enfatiza no contexto das propostas mais actuais de trabalho com toxicodependentes a combinação integrada, simultânea ou sucessiva, de diferentes metodologias de intervenção, utilizadas pelos terapeutas segundo uma lógica definida por objectivos claros para cada uma delas.

Para além da sucessão já clássica de desintoxicação seguida de psicoterapia, têm sido sugeridas sequências terapêuticas diferenciadas. Por exemplo, Neto e colaboradores (1996, op. cit. Prata, 2000) têm uma proposta terapêutica a que chamaram Tratamento Combinado e por Etapas que, nas duas primeiras etapas, envolve tratamento farmacológico e terapia familiar, seguindo-se um projecto psicoterapêutico (que pode ser individual ou de grupo) em simultâneo com um projecto que os autores designam de reabilitação psico-social, que inclui a participação em actividades criativas ou recreativas.

↳ **Unidades de Desabituação (UD)**

São estruturas de índole clínica, que têm por objectivo através de internamentos de curta duração (aproximadamente 7 dias), sob supervisão e acompanhamento médico, o tratamento do Síndrome de privação em toxicodependentes que não dispõe de condições individuais ou sociais para o fazer em ambulatório.

↳ **Centros de Dia (CD)**

Alguns CAT dispõem destes centros, dispositivos não contemplados na lei orgânica, que promovem o processo de reinserção a par do processo de tratamento. Através do recurso a actividades ocupacionais lúdicas, pedagógicas e terapêuticas dão resposta á necessidade de melhor enquadrar e reforçar o tratamento em regime ambulatorio.

↳ **Comunidades Terapêuticas (CT)**

São estruturas residenciais de longa duração, em regime de internamento, onde através de apoio psicoterapêutico e socioterapêutico se procura ajudar á reorganização do mundo interno de pessoas dependentes de drogas. Estes dispositivos, ao proporem uma ruptura com o meio onde os consumidores se inserem e através de apoio especializado, sob supervisão psiquiátrica, têm como objectivo o reaprender a viver sem drogas e visam um “re-ordenação” da história de vida que permita uma reinserção sentida como gratificante.

↳ **Unidades de Prevenção (UP)**

Têm como missão executar, na sua área de distrito, as acções promovidas pelas Delegações Regionais e Serviços Centrais, em articulação com outras entidades, desenvolvendo programas e projectos no âmbito da Prevenção Primária das toxicodependências, incentivando e motivando a participação das instituições da comunidade no desenvolvimento de acções co-relacionadas .

Cumpre também ás Unidades de Prevenção desenvolver: acções de Sensibilização/Informação/Formação em meio familiar, em meio escolar, em meio associativo, junto de entidades públicas - saúde, segurança social e outros - forças de segurança, em meio laboral e em meio prisional; apoio, parceria, acompanhamento técnico e financeiro e avaliação de projectos no âmbito dos Planos Municipais de Prevenção, e outros programas de intervenção social; apoio técnico e material a iniciativas locais de

âmbito preventivo e apoio documental (recursos bibliográficos e didácticos) a estudantes, professores e técnicos.

↳ **Comissões para a dissuasão da toxicoddependência (CDT)**

A lei n.º 30/2000, de 29 de Novembro, define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a protecção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica.

A descriminalização do consumo e posse para consumo de drogas, passou a ser tipificado como ilícito de mera ordenação social. O consumo e posse para consumo de drogas deixou de ser sancionado com pena de prisão, mas continua a constituir um comportamento ilícito sancionado com outras medidas, cuja aplicação tem como principal objectivo a dissuasão do consumo.

A competência para o processamento das contra-ordenações e aplicação das respectivas sanções, é atribuída a uma comissão especialmente criada para o efeito, em cada capital de distrito, designada *Comissão para a dissuasão da toxicoddependência*.

Nos termos da lei, estes serviços reportam-se directamente ao membro do Governo responsável pela coordenação política da toxicoddependência, limitando-se o IDT a assegurar o apoio técnico em matérias jurídicas e processuais relacionadas com o âmbito das suas atribuições na área da toxicoddependência.

1.3 - O CAT da Covilhã e o NAT do Hospital do Fundão

↳ **Descrição da Instituição** (historial, espaço físico, recursos humanos, populações/problemáticas atendidas, serviços prestados ao nível assistencial, de articulação com outras instituições e de integração comunitária)

Segundo a Dr.^a Natália Nogueira, psicóloga clínica, co-orientadora da estagiária, o CAT da Covilhã foi fundado em 7 de Outubro de 1993. É um dos dois CAT's do Distrito de Castelo Branco, pertencente à Delegação Regional do Centro do IDT, localiza-se na Avenida 25 de Abril, onde funcionou outrora o antigo Posto Médico. São instalações cedidas pelo Ministério da Saúde (Administração Regional), com boas condições de funcionamento em termos de adequação e conservação, podendo destacar-se que existe um gabinete específico para cada sector profissional. O NAT, por seu turno, localiza-se nas instalações do Hospital do Fundão, em que se destaca a utilização de gabinetes de consulta médica e psicológica, assim como de serviços de enfermagem, sendo a 'responsável máxima' por este serviço uma médica de clínica geral, nesta data também directora do serviço de Alcoologia do mesmo Hospital (Fotos - Anexo IV).

No ano lectivo do estágio em causa (2005/2006), o CAT da Covilhã possui uma equipa de trabalho multidisciplinar composta por 15 funcionários: três administrativos, duas psicólogas clínicas, dois assistentes sociais, um sociólogo, três enfermeiras, um médico psiquiatra e três médicos de clínica geral, sendo um destes o actual Director do CAT da Covilhã e do CAT de Castelo Branco (cf. Organigrama - Anexo V). Podendo ainda referir-se que trabalham nesta instituição três securitas num horário rotativo.

A equipa técnica costuma reunir-se uma vez por semana (reuniões clínicas), no entanto, a periodicidade das reuniões também pode ser quinzenal ou mensal (reuniões gerais) dependendo dos objectivos, disponibilidades e/ou da prioridade dos assuntos a tratar.

A área geográfica de atendimento abrange os utentes dos concelhos da Covilhã, Fundão e Belmonte. O seu horário de funcionamento, reactualizado e em vigor desde 1 de Setembro de 2006, supõe-se das 9h às 13h e das 14h00 às 19h00.

Parafraçando a Dr.^a Natália Nogueira, os objectivos do CAT da Covilhã e do NAT do Hospital do Fundão prendem-se essencialmente com o atendimento do indivíduo com problemas de toxicoddependência, bem como a sua família ou outras pessoas envolvidas no processo de tratamento, em regime ambulatorio.

O Percurso Interno do Utente compreende algumas normas e pode encontrar-se afixado no CAT, estando também disponível para consulta a Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes (Anexo VI).

No dizer da Dr.^a Natália Nogueira, aquando da primeira consulta, desejavelmente, é explicado ao utente assim como à sua família o funcionamento do serviço. Num primeiro momento, o utente pode ser atendido por uma psicóloga ou por outro técnico, que avalia o

seu pedido e a motivação para um possível tratamento. Após o acolhimento do utente ou triagem inicial do caso, há troca de opiniões entre os técnicos envolvidos e decide-se para o que parece ser a melhor orientação para o tratamento. Regra geral é promovida a desabituação física em ambulatório, quando existe motivação do utente e apoio da família, sendo por vezes necessário recorrer ao internamento, quando existem condicionamentos impeditivos para a situação anterior. O internamento poderá concretizar-se localmente, no Hospital do Fundão ou no Departamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar da Cova da Beira na Covilhã. Uma alternativa para desabituação física é a Unidade de Desabituação de Coimbra.

Segundo a Dr.^a Natália Nogueira, para o utente se manter em abstinência - quando a droga principal de dependência era a heroína e não havendo contra-indicações, de ordem médica ou outra, é geralmente proposta a indução de um fármaco antagonista opiáceo. Nestes casos, é geralmente solicitada uma terceira pessoa (familiar) que se responsabilize também para que o utente tome o antagonista conforme a prescrição na consulta médica.

Por outro lado, existem utentes a quem é aconselhada uma terapia de substituição. Isto acontece quando ocorreram múltiplas tentativas de paragem dos consumos mal sucedidas. Por exemplo, a *Metadona*, em que a toma é administrada diariamente no CAT ou na consulta de extensão no NAT do Hospital do Fundão por uma enfermeira. No caso da *Buprenorfina*, a toma poderá ser administrada nos moldes da *Metadona* ou ser gerida por alguém responsável pela sua administração ao doente, fora da instituição.

Perante a dificuldade ou impossibilidade do tratamento em ambulatório, pode encaminhar-se o utente para uma Comunidade Terapêutica. De ressaltar que os CAT's articulam também com outras Unidades Especializadas da Delegação Regional do Centro ou do IDT, como as Unidades de Prevenção e as Comissões para a Dissuasão da Toxicod dependência, neste caso do Distrito de Castelo Branco.

De acordo com a Dr.^a Natália Nogueira, em qualquer das modalidades terapêuticas anteriormente apresentadas, promove-se a manutenção da abstinência, ou como alternativa, uma abordagem terapêutica orientada para a redução de danos. Devendo procurar manter-se o acompanhamento psicológico, médico e social, com o objectivo de estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança e no respeito. Através dessa relação, procura-se promover no indivíduo mudanças e circunstâncias terapêuticas que lhe permitam viver de forma autónoma sem drogas.

1.4 - Apresentação Sumária das Actividades e iniciativas da Estagiária

O estágio teve início no dia 24 de Outubro de 2005, no âmbito da consulta de extensão do CAT da Covilhã no Hospital do Fundão, e terminou no dia 5 de Setembro de 2006, no âmbito do CAT.

A estagiária teve oportunidade de contactar com duas Psicólogas Clínicas que orientaram o seu estágio - Dr.^a Natália Nogueira e Dr.^a Sónia Filipe, ambas com um quadro de referência teórico manifesta e preferencialmente Psicodinâmico.

Com o Dr.^a Sónia Filipe a estagiária teve a oportunidade de assistir a muitas consultas de Psicoterapia Individual (Observação). Com o Dr.^a Natália Nogueira a estagiária desenvolveu como actividades supervisionadas: Observação, Anamnese e Histórias Clínicas, Avaliação Psicológica e Intervenção Psicológica, tal como se quantifica nos Cronogramas (Anexo VII).

A análise mais aprofundada das actividades da estagiária desenvolve-se no Capítulo III.

A maioria dos dias de estágio decorreram no âmbito do CAT da Covilhã, todavia, alguns dias concretizaram-se no Hospital do Fundão, dada a existência de uma Consulta de Extensão do CAT nesta instituição. A cargo da Dr.^a Natália Nogueira encontra-se a consulta de psicologia, e a consulta médica é realizada por uma médica de clínica geral do CAT, que é aliás a responsável máxima desse serviço. No Hospital do Fundão a estagiária teve a oportunidade de assistir a algumas consultas da Psicóloga Clínica sua orientadora, assim como de algumas consultas da Médica.

↳ Integração Institucional

A estagiária teve a oportunidade de estar presente (participar) em várias reuniões clínicas de supervisão ou formação, na presença de uma ou das duas Psicólogas Clínicas e junto da equipa multidisciplinar do CAT, tal como indica o respectivo Cronograma.

Neste contexto, de ressaltar também o contacto com outros técnicos da instituição, nomeadamente com os médicos, que endereçaram alguns dos seus utentes á estagiária (no total cerca de 14), com a finalidade de os utentes disponíveis, colaborarem na sua investigação, ao serviço da tese de licenciatura em curso. Neste contexto, a estagiária teve

a possibilidade de contactar com outros técnicos e realizar alguma “articulação intrainstitucional”, para além do sector profissional da Psicologia.

↳ **Iniciativas, ‘Acções preventivas ou de intervenção comunitária, de investigação e formações frequentadas’**

❶ Visita á exposição de José Manuel Cunha Ferreira, utente do CAT da Covilhã que realizou a sua primeira exposição individual de pintura na Biblioteca Municipal da Covilhã em Janeiro de 2006. A estagiária comprou o quadro “Urbanos na noite” (Anexo VIII).

Visita á segunda exposição individual de José Cunha, realizada em Abril de 2006 no Centro Hospitalar Cova da Beira.

❷ A estagiária utilizou o convite facultado pela Direcção do CAT da Covilhã, estando presente no *VI Simpósio da Sociedade Portuguesa de Suicidologia* com o tema “Violência, Trauma e Comportamentos Suicidários”, nos dias 17 e 18 de Março no Hotel Turismo da Covilhã. Assistindo á comunicação do Director do CAT subordinada ao tema “Toxicoddependência e morte” (Anexo IX).

❸ A estagiária frequentou as *Reuniões Abertas á Comunidade* do Grupo de auto-ajuda/ajuda-mutua de *Narcóticos Anónimos* em Belmonte nos dias: 3 de Abril, 5 de Junho, 2 de Agosto e 4 de Setembro. Nestas reuniões a estagiária teve a oportunidade de observar na prática como funciona um grupo de auto-ajuda/ajuda-mutua de NA. Foi dada a possibilidade pelo grupo, de no final da reunião, fazer alguns comentários e colocar algumas questões sobre o modelo de funcionamento NA.

④ A estagiária esteve presente no *Congresso de Psicanálise*, subordinado ao tema “O Falso Self” realizado nos dias 20 e 21 de Maio de 2006, no auditório da Reitoria da Universidade de Coimbra (Anexo X).

⑤ A estagiária participou como oradora no dia 20/6/2006 numa palestra na UBI subordinada ao tema “A Psicologia no mundo do trabalho - estagiários de Psicologia da UBI” no âmbito da *I semana da Psicologia* organizada pelo PSICUBI (Anexo XI).

⑥ A estagiária desenvolveu a sua tese de licenciatura sobre Avaliação da Perturbação da Personalidade em utentes do CAT da Covilhã, ao longo do seu período de estágio. Essa investigação, conciliou uma metodologia mista, com uma vertente qualitativa (Ideográfica) e uma vertente quantitativa (Nomotética). Para o efeito, iniciou-se a aplicação combinada do teste projectivo gráfico *House-Tree-Person*, seguida da aplicação do Questionário de Personalidade *SCID-II* no II Semestre lectivo, mais precisamente, no mês de Março tendo terminado a recolha de dados no dia 22 de Agosto de 2006.

Ainda em termos de Investigação, por iniciativa própria, a estagiária desenvolveu uma Revisão Bibliográfica com a finalidade de construir uma resenha histórica acerca da Psicologia Clínica e da Saúde, no sentido de aprofundar os seus conhecimentos (referência a Anexo no CapítuloII).

⑦ No dia 7 de Julho de 2006 a estagiária realizou uma Visita de Estudo á Comunidade Terapêutica *Casas de Santiago* em Belmonte. O objectivo desta visita foi procurar conhecer como se aplica na prática desta instituição o Modelo Minnesota e o *Programa dos 12 Passos* no decurso do tratamento dos utentes. Assim, a estagiária foi recebida pela directora da instituição que delegou, a entrevista que a estagiária solicitou, num *Conselheiro* da Comunidade. Cerca de uma semana depois a Directora da instituição passou pelo CAT da Covilhã e facultou á estagiária um CD com fotos da mesma Comunidade Terapêutica (esta visita foi relatada e ilustrada no contexto dos trabalhos de Seminário).

1.5 - Reflexão Crítica

Fazendo uma evocação retrospectiva do percurso de estágio, ponderando sobre o que se “apre(e)nde” sobre a instituição em que se desenvolveram actividades no período a que o relatório diz respeito, a título introdutório, pode afirmar-se que o CAT da Covilhã representa para a estagiária uma instituição com potencialidades e limitações, como outras ?!

A estagiária teve um papel activo e motivação pessoal nos contactos a que procedeu para angariação deste local de estágio, visando articulação interinstitucional com a Universidade da Beira Interior. Todavia, o papel da estagiária torna-se relativo neste processo, pois sem o convite, disponibilidade pessoal e profissional da Dr.^a Natália Nogueira, bem como os contactos feitos entre esta Psicóloga, o Director do CAT da Covilhã e o Director do curso de Psicologia da UBI - Prof. Dr. Manuel Loureiro, a realização deste estágio não seria possível, pelo que a estagiária está grata pela autorização e concessão do estágio. Neste contexto, também pelas suas diligências, a estagiária teve prioridade no acesso a este local de estágio, tal como estipulado pelo Regulamento de Estágios da Universidade da Beira Interior.

A estagiária foi bem acolhida, á priori, pela Dr.^a Natália Nogueira. Não obstante, de referir que foi advertida quer pelo Dr. Victor Sainhas - médico psiquiatra e nessa data o Director do CAT, quer por esta psicóloga, que este estágio ainda que possível, seria desenvolvido no âmbito de algumas limitações. Isto, parafraseando o Director do CAT, pelo facto de as psicólogas clínicas da Instituição, “estarem elas próprias numa situação de estágio” em função do Estágio da Carreira dos Técnicos Superiores de Saúde, que implicou que as psicólogas não pudessem permanecer a tempo inteiro no CAT da Covilhã, dada a necessidade de se deslocarem para outras instituições em outras regiões do País.

A orientação e supervisão directa da estagiária nos meandros do CAT, tal como entendeu também o Director do CAT, ficou a cargo das psicólogas - Dr.^a Natália Nogueira e Dr.^a Sónia Filipe. Além disso, a estagiária teve também um orientador académico - Prof. Dr. Henrique Pereira, psicólogo e docente da UBI, também com um quadro de referência teórico Psicodinâmico. Desde o início, ficou estipulado que o foco da orientação do estágio na sua generalidade, residia na parceria entre estes três psicólogos, ainda que estivesse previsto algum contacto com os outros técnicos e serviços da equipa multidisciplinar, por exemplo no âmbito de reuniões clínicas.

De ressaltar que na generalidade (ainda que não havendo regra sem excepção), toda a equipa multidisciplinar do CAT acolheu bem a estagiária, aliás, foi dada á estagiária a possibilidade de estar presente no jantar de Natal da equipa do CAT, assim como num jantar que assinalou a mudança de Direcção do CAT da Covilhã (sendo este oferecido á equipa técnica pelo Director, incluindo a estagiária).

Através do CAT da Covilhã, a estagiária teve também um convite para estar presente no *VI Simpósio da Sociedade Portuguesa de Suicidologia* que versou sobre o tema “Violência, Trauma e Comportamentos Suicidários”, nos dias 17 e 18 de Março de 2006 no Hotel Turismo da Covilhã.

Focalizando sobre as potencialidades e limitações que a estagiária apre(e)nde sobre a instituição, a estagiária reconhece á partida o valor destes profissionais que “dão a cara”, se me é permitida a expressão popular, num âmbito laboral difícil, tendo em conta a complexidade e por vezes a adversidade, do tratamento dos utentes e da problemática da adicção. Não podemos esquecer o princípio de que quem trabalha nesta área pode e deve procurar “antes intervir que desviar o olhar”, o que só por si é admirável.

No âmbito do trabalho numa equipa multidisciplinar, muito se pode aprender, pois tratando-se de toxicodependência, dependência, adicção, como se lhe queira chamar, a nossa própria perspectiva do problema ou de um caso, limita-se a isso mesmo e as exigências da prática clínica ensinam-nos a dialogar, a aprender conceitos e a utilizar não só, mas também a linguagem de outros técnicos dos serviços adjacentes. Este modelo bio-psico-social e multidisciplinar torna-se enriquecedor, nomeadamente para a formação de um estagiário.

A respeito das limitações, a estagiária sentiu que no geral a equipa do CAT da Covilhã passou por uma fase de instabilidade factual, se me é permitida a assertividade. Situação que, aliás, se repercutiu objectivamente num relatório de autoavaliação – *Moniquord*, solicitado pelo IDT (também facultado á estagiária), que indicou alguns pontos a mudar e melhorar futuramente; assim como ocorreu uma mudança factual na Direcção do CAT, que suscitou a reactualização de algumas normas do funcionamento como por exemplo, afixação de novos horários.

Por outro lado, a estagiária, dado ter saído da Universidade com muitos ideais e talvez algumas utopias em mente, e como é comum após quatro anos de formação teórica, sentia uma grande curiosidade e entusiasmo por contactar, aplicar conhecimentos e competências na prática clínica. Gostaria de poder ter tido mais autonomia ou experiência em algumas actividades, ou melhor, gostaria de poder ter desenvolvido mais actividades de

Intervenção Psicológica. Uma vez que no entender da Direcção vigente na instituição (que abrangem o período das actividades de estágio), o papel/estatuto de estagiário não permite “autonomia clínica”.

Em jeito de conclusão e de modo mais informal, a estagiária sente-se no direito e no dever de afirmar que foi para ela um prazer contactar e conhecer as Psicólogas e também outros técnicos da equipa multidisciplinar do CAT da Covilhã. Estando grata pelo acolhimento do estágio, pela postura técnica, humana e até carinhosa em algumas situações (não resistindo a recordar, por exemplo, a simpatia das enfermeiras!) como foi tratada.

A estagiária faz votos para que esta e outras equipas desta área laboral, continuem, tal como sugere um lema das Comissões para a dissuasão da toxicoddependência do IDT, antes a “tratar que punir”.

Se pudesse voltar atrás, a estagiária elegia de novo este local de estágio, fazendo um balanço final, muito mais são as potencialidades que as limitações!

Para terminar, torna-se impreterível um palavra de agradecimento inestimável porque infinita, ao Professor Doutor Henrique Pereira, pela sua disponibilidade nos ensinamentos académicos e humanos!!!

Capítulo II

2. Contextualização Teórica e Aplicação Prática de Conceitos

2.1 - Anamnese e História Clínica

De acordo com Cunha (2000, p. 57) como história do examinando pode-se compreender, a história pessoal ou anamnese, a história clínica ou história da doença actual e, ainda, a avaliação psicodinâmica, que também explora a perspectiva histórica para entender uma problemática actual dentro de um contexto vital de desenvolvimento. Consequentemente, a distinção que se faz desses itens tem, primordialmente, um sentido didáctico, sendo também utilizada para sistematizar as informações, ou para organiza-las, na comunicação com o receptor dos resultados. Assim, á medida que o paciente relata a sua história, o clínico tem condições de avaliar alguns aspectos que constam do exame do estado mental do paciente. Nesses dois recursos de avaliação, na prática, existem várias áreas de sobreposição. O primeiro contacto com o paciente, por exemplo, permite não só descrever a sua aparência, como observar detalhes do seu comportamento.

Citando Cunha (2000) *“na realidade, ao longo de sua experiência, o clínico vai se dar conta de que as várias perspectivas são áreas de informação tão integradas, que se torna, que se torna mais económico e produtivo não separa-las, na prática, completando os dados com perguntas suplementares, de forma que se termine com um registo sistemático de cada uma”* (p.58). Além disso é bom ter em mente que a história e avaliação devem ser feitas com focos especiais, em função de características dos sujeitos, como por exemplo a sua faixa etária.

↳ História clínica ou história do problema

Por influência do modelo médico, a história clínica é muitas vezes também chamada história da doença actual. Porém, como adverte Cunha (2000) no caso do psicólogo, acontece que muitos dos problemas com que se lida não podem ser

categorizados como “doença mental”, ainda que envolvam uma sintomatologia que pode justificar uma intervenção clínica.

A história clínica pretende caracterizar a emergência de sintomas ou de mudanças comportamentais, numa determinada época e circunstâncias, e a sua evolução até ao momento actual, que habitualmente é entendido como a ocasião em que a consulta ou o exame foi solicitado (p.58).

Por vezes ao indagar a história clínica, já se tem conhecimento das queixas, dos motivos que levaram á consulta, conforme informações prévias dadas por alguém ou discriminadas por encaminhamento, mas é sempre importante atender á versão do próprio paciente. Exploradas as circunstâncias do encaminhamento, parece importante registar as queixas literalmente, mesmo que o sujeito negue absolutamente ter problemas ou faça afirmações ilógicas ou bizarras, pois a resposta dada revela se ele compreende o propósito do exame.

Segundo Cunha (2000) se o paciente nega ter problemas, pode tratar-se de falta de *insight*, ou pode tratar-se de uma posição defensiva, ou pode estar a falar a verdade, se considerarmos que certos encaminhamentos ocorrem por pressão do meio perante comportamentos não aceitáveis convencionalmente, ou ainda por intolerância dos familiares perante uma crise.

Torna-se então necessário que as queixas, os motivos explícitos, ou mesmo a não admissão dos sintomas, sejam descritos, procurando localizar no tempo o seu aparecimento, associá-los com as circunstâncias de vida no momento, analisando o seu impacto em diferentes áreas da vida pessoal ou dos demais, isto é, procurando avaliar a sua repercussão em actividades e relações. Neste sentido, deve ser focalizado o meio familiar, ocupacional e/ou escolar/académico.

Determinado o início da história clínica e de seu curso, ainda é necessário um levantamento da sintomatologia e das condições de vida do paciente, no momento actual, em várias áreas, além da investigação de sua história psiquiátrica pregressa. No caso, é importante examinar as atitudes das outras pessoas, investigar a rede social com que conta para o apoio, definir a sua situação funcional, se trabalha, e registar as características do seu desempenho profissional ou académico, sendo também necessário a exploração da área da sexualidade. Segundo Cunha (2000) é bom lembrar que se tais temas são trazidos ás vezes espontaneamente, este não é sempre o caso e então devem ser abordados pelo psicólogo com a mesma naturalidade com que trata de outros.

A condução da entrevista pode ser mais, ou menos, directiva dependendo das características do paciente e das preferências do psicólogo. De qualquer modo, espera-se que o psicólogo encerre essa etapa com a convicção de que realmente foram abordados todos os pontos essenciais sobre a emergência da problemática e seu curso, com dados cronológicos (p.59).

↳ **Anamnese** (história pessoal e familiar)

A história pessoal pressupõe uma reconstituição global da vida do paciente, como um marco referencial em que a problemática actual se enquadra e ganha mais ampla significação.

Frequentemente a anamnese é delineada de forma mais sistemática e formal, produzindo um acumulo de dados que não contribuem para o entendimento do caso. Um enfoque puramente normativo e exploratório pode ter sentido quando há suspeitas de desvios de desenvolvimento numa criança. Caso contrário, muitas vezes, a série de dados, conseguidos exaustivamente, em busca de uma precisão cronológica, pode ser resumida, porque os dados são importantes, em vista de sua possível conexão com o problema ou a enfermidade corrente (Cunha, 2000).

Posto isto, a história pessoal deve ser enfocada conforme os objectivos do exame e dependendo do tipo e da idade do paciente, o que logicamente se vai reflectir na natureza e quantidade de dados que devem constar ou não do laudo (p. 59).

De acordo com a autora sobredita, é praticamente impossível colectar dados exactamente completos sobre a vida de um paciente. Muitas vezes, também o sujeito não tem todas as informações necessárias (devendo-se tentar utilizar fontes secundárias) ou as omitirá por motivos defensivos.

De acordo com Cunha (2000, p.60) é importante associar a perspectiva histórica a uma **abordagem dinâmica**. Dependendo da problemática e da estrutura de personalidade do paciente, certas áreas e certos conflitos deverão ser mais explorados do que outros, concentrando-se a atenção em certos pontos da vida do paciente que tenham probabilidade de fornecer explicações para a emergência e o desenvolvimento do transtorno actual. Consequentemente, a entrevista pode ser estruturada de forma diversa. Todavia, de acordo com a autora sobredita, a familiaridade com um enfoque teórico psicodinâmico e com a técnica de entrevista em casos especiais é de especial importância para que a história

clínica possa ser complementada pela história pessoal, como um marco referencial que lhe dê significação.

A este propósito Cunha (2000, p.64) afirma que a não ser em casos muito específicos, em que o objectivo diagnóstico é muito circunscrito, a avaliação dinâmica é realizada geralmente integrada com a história, procurando-se uma relação entre a pessoa com os seus problemas específicos actuais e as experiências da sua vida passada. Pretende-se colocar a problemática presente numa perspectiva histórica, que permita compreender o transtorno dentro de um processo vital, num contexto temporal, afectivo e social, com base num quadro referencial teórico.

Por outro lado devemos lembrar, que nesta perspectiva conceptual, todo o comportamento é uma tentativa de adaptação, e a desadaptação actual, que trás o paciente ou a pessoa a nós, está baseada em grande parte em modos aprendidos mais antigos de se adaptar aos problemas.

No dizer de Cunha *“como os padrões psicodinâmicos tendem a repetir-se, devemos entender a situação actual em termos de denominadores comuns, na vida do paciente, ou, mais especificamente, no conteúdo de eventos perturbadores e de reacções passadas correlatas. Isso significa que, a partir do quadro actual do paciente, se pode levantar uma série de hipóteses etiológicas, com base em pressupostos teóricos, o que deve ser justificado por dados históricos”* (p. 64).

Como elucida a autora supra mencionada, neste processo, partimos de queixas, identificamos conflitos, pesquisamos causas, inter-relacionamos conteúdos, reunindo e integrando informações que perpassam o entendimento dinâmico do fluxo da história do paciente.

Frequentemente, o psicólogo segue um roteiro que o ajuda a dar seguimento á sua investigação. Cunha propõe alguns tópicos que podem servir como pontos de referência para a exploração da história de vida do paciente:

- **Contexto familiar** - pode ser útil construir um genograma, nem que seja de forma resumida, focalizando principalmente, o núcleo familiar actual. Em alguns casos, é de interesse diagnóstico obter informações inter e transgeracionais. Pode procurar-se descrever o contexto familiar, considerando a concepção (ou adopção da criança), especificando o estado civil dos pais, as condições socioculturais (nível de instrução, nível socio-económico, rede de apoio social, etc.), o clima das relações afectivas do casal ou da família, suas expectativas quanto ao nascimento do bebé ou a existência ou não de alguma

planificação familiar, bem como as reacções perante a gravidez. Por vezes é conveniente registar outros aspectos ou problemas que caracterizavam a vida familiar.

- **História pré-natal e perinatal** - Pode ser importante desvendar como decorreu a gestação (ou processo de adopção) do ponto de vista físico e psicológico. Torna-se pertinente recolher informação a respeito de aspectos nutricionais, doenças, acidentes, uso de drogas, ou ainda, de factos significativos na vida do casal, em especial para a mãe. Assim como saber qual o estado psicológico da mãe, em termos de ansiedades, temores e fantasias e como isso se repercutiu na vida do casal.

Em muitos casos, é essencial o psicólogo informar-se quando e como ocorreu o parto, isto é, se foi a termo, natural ou não, sobre o tempo de trabalho de parto e sobre problemas concretos que possam ter ocorrido. É importante investigar as reacções dos pais ao bebé, quanto á sua aparência, sexo e estado geral, assim como indagar as experiências iniciais relacionadas coma alimentação deste (se houve ou não amamentação natural, sucção, deglutição, qualidade da relação mãe-filho, etc.).

- **Primeira infância** (até aos 3 anos) - Nesta fase é de especial importância a qualidade da relação mãe-filho, desde a ligação simbiótica primária, até á fase de separação-individação, que se estende dos 12/18 meses aos 36 meses (Mahler, 1983, op.cit. Cunha 2000). Assim, a partir de perguntas sobre hábitos e problemas alimentares, podem-se explorar os contornos que assumiram as relações de objecto. Índicios significativos sobre a experiência afectiva podem ser encontrados exactamente nos problemas de amamentação ou nos sintomas exacerbados de cólicas. Também, distúrbios precoces nos padrões de sono ou sinais de necessidades não satisfeitas, como bater com a cabeça nos objectos ou embalar o corpo continuamente para a frente, fornecem indícios sobre possível privação materna.

A emergência de padrões de comportamento motores (manipulação e deambulação) de linguagem e sociais, devem ser considerados também por confronto com as expectativas médias específicas para cada tipo. Embora tais aspectos normativos possam constituir uma indicação é essencial saber quanto o ambiente foi estimulante para o desenvolvimento, o quanto o meio parecia ansiogénico ou oferecia um clima de afecto. Os aspectos sociais podem ser bem explorados, principalmente pela análise das ligações afectivas com irmãos e na competição pelo afecto dos pais. Alianças e rivalidades devem ser examinadas, com ênfase na caracterização das respostas afectivas usuais do sujeito.

Além disso, devem ser considerados sintomas especiais, como o de chupar no dedo, roer unhas, enurése, explosões de raiva, tiques, terrores nocturnos, medos, etc.

- Infância intermediária (dos 3 aos 11 anos) - Geralmente é nessa fase que há um alargamento da rede das relações sociais da criança, pelo ingresso na escola. É importante perceber como se deu a experiência de separação em termos das ansiedades da mãe, assim como indagar como se foram estruturando as relações no grupo de pares. Os primeiros padrões de auto-afirmação, impulsividade, agressividade, passividade, ansiedade ou comportamento anti-social frequentemente emergem no contexto das relações escolares.

Paralelamente, no começo dessa fase, a criança vê-se às voltas com a experiência e os conflitos associados com a situação de triangulação edípica no lar, dos quais deve emergir com novos recursos de socialização e com uma nova percepção da sua identidade. É importante analisar o ambiente no manejo de suas expressões afetivas (de amor ou de ódio) identificar os responsáveis por recompensas ou castigos usuais e evidências de sintomas específicos.

O desempenho escolar é outro campo a ser investigado, considerando forças e fraquezas em determinadas áreas. Se houve fracassos, deve-se verificar se foram exploradas causas, que medidas foram adoptadas e qual o seu impacto sobre a criança.

História de pesadelos, fobias, urinar na cama, provocação de incêndios, crueldade com animais e masturbação compulsiva é também importante no reconhecimento dos primeiros sinais de distúrbio psicológico.

- Pré-adolescência, puberdade e adolescência - Esta é a época em que as relações sociais vão se tornando mais importantes e devem ser indagadas enfocando os irmãos, colegas e amigos. Deve-se analisar a facilidade ou não de estabelecer e manter relações, avaliar a extensão da rede de amizades, o grau de intimidade das amizades e o seu grau de intimidade nas amizades, identificar qual o papel desempenhado nos grupos, grau de popularidade e liderança, a tendência a participar nos grupos que se envolvem em actividades não aceites pelas normas sociais ou, ao contrário, de organizações com interesses artísticos, políticos, religiosos, etc.

Também neste contexto, devem ser analisadas características, conflitos nas relações com os pais, professores e outras figuras. Da mesma maneira, é conveniente identificar figuras idealizadas no contexto familiar ou na sociedade mais ampla, o que fornece bons indícios em relação à auto-imagem idealizada do paciente.

É também importante registar a história escolar, em termos de desempenho, aproveitamento, ajustamento, interesses específicos em relação às actividades curriculares e extracurriculares (passatempos, desportos, cursos ou outras actividades) bem como as expectativas quanto ao futuro académico e profissional. Da mesma forma, é conveniente

analisar fracassos, interrupções na vida escolar, por necessidade de trabalhar ou por outras razões, e o conseqüente impacto na vida do sujeito.

Torna-se também essencial considerar a área sexual, quanto às primeiras experiências, atitudes frente ao outro sexo, práticas sexuais (masturbação, jogos) escolha e variabilidade de parceiros, dificuldades, conflitos e relações da família frente ao desenvolvimento sexual (preparação para a menarca, esclarecimentos necessários, precauções a serem tomadas, etc.).

Podem surgir problemas específicos, com repercussões de ordem emocional, física ou social. As questões psicodinâmicas típicas desta fase devem ser examinadas, como também a presença de sintomas em uma ou outra área do funcionamento. Problemas comuns podem ser o sentimento de inferioridade, muitas vezes relacionado com a aparência, comportamentos desviantes (fugas de casa, infracções legais, uso, dependência e abuso de drogas ou álcool, etc.). Importa também investigar a experiência de doenças, acidentes, mas também de experiências frequentes.

- **Idade adulta** - Os principais temas a serem abordados incluem a história e a situação ocupacional, as relações sociais, a área sexual, a história conjugal e as atitudes frente a mudanças ocorridas na vida.

A história ocupacional pode ser investigada em continuidade às expectativas do adolescente com relação ao futuro académico e/ou profissional, examinando-se a concretização ou não dos planos prévios, a escolha profissional, a preparação para o trabalho actual, êxitos e fracassos (número de empregos, estabilidade ocupacional, factores positivos ou negativos associados com mudanças de emprego ou de ocupação), relações com chefias, colegas e subordinados, bem como o grau de satisfação quanto à profissão desempenhada (ou seu estatuto). Deve-se incluir uma análise da situação ocupacional actual (emprego, desemprego, situações precárias ou situações de benefício social), assim como das condições financeiras do paciente e do impacto dos seus problemas actuais sobre a sua vida.

É também pertinente compreender a extensão do círculo de amigos, da rede social que conta como apoio (parentes, amigos) e também aferir a qualidade de seu relacionamento, a duração e a profundidade de suas relações interpessoais. Aqui, é importante chegar a uma compreensão dos motivos subjacentes que levam o sujeito a escolher e manter determinados tipos de relacionamento ou as dificuldades e problemas para o estabelecimento e manutenção de relações ou ainda, as dificuldades para compartilhar ideias, interesses e afectos com os demais.

A área sexual pode ser explorada em certos casos junto com a história conjugal, embora deva incluir experiências (escolha de parceiros, troca de parceiros, práticas sexuais, etc.) e problemas pré-conjugais, bem como sintomas de disfunção sexual (frigidez, ejaculação precoce, etc.) tendo em conta a análise do ajustamento sexual do casal (características da relação, preferências, frequência e grau de satisfação dos parceiros) bem como os seus efeitos sociais e psicológicos para a relação com o casal). A história conjugal deve descrever também o início e a evolução da vida matrimonial, abrangendo áreas de satisfação e insatisfação, de atrito ou concordância, em termos da rotina quotidiana e em relação á educação dos filhos.

Por último, a história de vida adulta deve deter-se na análise do confronto com mudanças e crises ocorridas ao longo da vida. Aqui devem ser incluídas as reacções, as atitudes e os ajustes ocasionados pelo nascimento de filhos, por doenças, acidentes, mortes de membros da família, por mudanças drásticas na área profissional, social ou financeira, pelo casamento dos filhos, nascimento de netos, pela ocorrência da menopausa, aposentadoria, etc. É propício verificar como o sujeito lidou com situações críticas e factores stressantes, pois as maneiras típicas de lidar com o stress são essenciais para o seu entendimento psicodinâmico.

Contudo, Cunha (2000, p. 57) adverte que dependendo dos objectivos, a tarefa do psicólogo pode restringir-se à história e ao exame do paciente, sem a administração de testes, se se pretende apenas chegar a uma avaliação compreensiva, com vistas a uma intervenção terapêutica imediata, ou a um entendimento dinâmico, para a identificação de conflitos e possíveis factores psicodinâmicos.

Por seu turno Rigolet (2000) afirma *“as respostas dadas ás perguntas formuladas pelo terapeuta só representam um dos elementos a extrair da anamnese e, por certo, não o mais importante. Para nós, torna-se de facto, difícil ler a anamnese tirada por um colega, porque as respostas aparecem então em toda a sua nudez, despidas de todo um contexto que lhes dá o seu verdadeiro sentido”*.

↳ **Fontes subsidiárias** - Nem sempre o paciente dispõe de todos os dados. Mesmo quando o paciente é adulto, muitas vezes a história deve ser complementada por um exame objectivo, e/ou, através da entrevista com um familiar ou pessoa do seu convívio.

Também em muitos casos, são ás vezes de muita valia resultados de exames anteriores, realizados por outros clínicos (médicos de várias especialidades) ou outros

psicólogos. Assim como pode ser pertinente o exame de material resultante da produção espontânea do paciente, de carácter literário, artístico, etc. (Cunha, 2000, p. 63).

2.1.1 - Guião de História Clínica do I.D.T. para o C.A.T. e o N.A.T

Uma das actividades que a estagiária realizou com frequência foi a História Clínica de casos que acompanhou em actividades de observação, avaliação e intervenção Psicológica. Assim, o seu guião ou formato de História Clínica ao longo do estágio foi aquele que é proposto pelo Instituto da Droga e da Toxicoddependência para os Processos Clínicos dos utentes dos CAT's, em que importa focalizar tópicos específicos como dados socio-demográficos, a história do consumo de drogas, história familiar, história de saúde física e mental pregressa, entre outros.

Além disso, a Dr.^a Natália Nogueira, enquanto psicóloga supervisora, facultou á estagiária um formato de relatórios clínicos segundo a orientação Psicodinâmica, da autoria de Rui Paixão (Professor na Universidade de Coimbra), que a estagiária também consultou. Assim como por iniciativa própria a estagiária consultou as histórias clínicas segundo o formato do CAT Taipas (Anexo XII).

2.2 - Avaliação Psicológica e Exame Psicológico

↳ Conceito de avaliação psicológica

De acordo com Simões (1994) se examinarmos as várias definições vemos que existem várias respostas possíveis que acabam, no essencial, por remeter para alguns elementos caracterizadores fundamentais: a avaliação psicológica é um processo de resposta a questões, que utiliza vários métodos possibilitadores de uma análise científica do comportamento através da pesquisa de informação relevante relativa ao sujeito.

Paralelamente, esta actividade é frequentemente definida como a medida das diferenças individuais, uma vez que os resultados do processo de avaliação procuram caracterizar o que em cada sujeito é diferente e singular (e o que é semelhante) relativamente a outros sujeitos.

Ao mesmo tempo, as várias definições mostram que a designação *avaliação psicológica* aponta para realidades, justificações, e prioridades relativamente diferentes. Assim, a avaliação psicológica aparece definida da seguinte forma: “*processo extremamente complexo de resolução de problemas (resposta a questões) que utiliza vários procedimentos de recolha de dados (testes, entrevistas, análise funcional); os dados obtidos a partir destes métodos são integrados na produção e confirmação de hipóteses acerca do indivíduo e do seu problema (...) e corresponde a “um processo variável, que depende da questão colocada, das pessoas envolvidas, compromissos temporais, um número infinito de factores. Como tal, não pode ser reduzido a um conjunto finito de regras específicas, etapas ou instrumentos”* (Maloney e Ward, 1976, p. 5 ; op. Cit. Simões, 1994).

A variabilidade ou flexibilidade do processo traduz a ideia de que a avaliação psicológica não pode ser pensada, simplesmente, como o uso mecânico de um conjunto de métodos, procedimentos, instrumentos ou fórmulas matemáticas. Todavia a avaliação psicológica passa por, mas não se reduz, a uma simples tecnologia: instrumentos de medida, técnicas de avaliação. Corresponde a um empreendimento orientado para a compreensão de indivíduos. Por isso, nalgumas definições acentua-se a necessidade de compreensão dos outros. Assim, a avaliação psicológica surge como um “processo através do qual uma pessoa tenta conhecer, compreender ou formar um juízo ou uma opinião acerca de uma outra pessoa” (McCreynolds,1975; op. Cit. Simões, 1994) ou implica a existência de um “processo para compreender e ajudar as pessoas a lidar com os seus problemas” (Walsh e Betz,1994, p.2 ; op. Cit. Simões,1994).

Á diversidade das definições há que acrescentar a amplitude dos objectivos da avaliação psicológica: despistagem; descrição (identificação de atributos); compreensão; verificação de hipóteses; explicação; diagnóstico; prognóstico do comportamento futuro; tomar decisões informadas acerca da planificação; execução e medida da eficácia das intervenções (aconselhamento, psicoterapia); investigação (Simões, 1994, p.10).

Há então que reconhecer a existência de limitações: os vários instrumentos de avaliação não são medidas perfeitas, estão sujeitos a erros (e a usos e interpretações incorrectas). A resposta, não a solução, consiste em trabalhar com os melhores

instrumentos disponíveis porque instrumentos perfeitos e infalíveis nunca existiram. Por isso, é consensual que os limites e as deficiências dos instrumentos (e dos saberes) nunca justificam a recusa automática destes porque isso significa desvalorizar aqueles que são competentes na sua utilização.

A avaliação psicológica é, apenas num primeiro momento, um problema particular que supõe uma aproximação laboriosa arriscada que nos obriga a renunciar á ideia de um conhecimento absoluto do outro. Rapidamente se transforma num segundo momento, de um aspecto indissociável da teoria e da prática uma vez que virtualmente nenhuma prática psicológica está completamente fora do alcance de um tipo qualquer de avaliação e medida. Neste âmbito, a avaliação psicológica constitui uma ajuda essencial á decisão. “Apesar dos limites, a avaliação psicológica constitui um dos principais contributos científicos e sociais da psicologia” (Simões, 1994, p.34).

A avaliação psicológica não se esgota numa competência técnica. “Esta ideia remete-nos para um entendimento possível da *avaliação psicológica* como arte” (Simões, 1994, p. 22).

No dizer de Manita (2002) uma das questões centrais na intervenção psicológica com toxicodependentes, hoje, deverá ser a do lugar ocupado pela avaliação, sobretudo pela avaliação na relação com o diagnóstico e com a intervenção psicológica. Neste contexto, “*o modelo teórico que enquadra a nossa intervenção clínica e/ou a concepção que fazemos do indivíduo - e, mais particularmente, da sua personalidade e comportamento - afectam profundamente a forma de avaliar*” (p.12). Para além disso, importa distinguir a avaliação que pretende alcançar um conhecimento geral das características de personalidade e funcionamento psicológico de um indivíduo, daquela que pretende uma análise aprofundada duma dada dimensão ou daquela que visa a identificação de perturbações de comportamento, psicopatologias, quadros disfuncionais, elaboração de diagnósticos. Importa, assim, interrogarmo-nos não só sobre que tipo de avaliação, mas também sobre se o recurso á avaliação psicológica e, mais especificamente se o recurso a instrumentos de avaliação estandardizados é indispensável em todos os contextos. A resposta não será seguramente una: se em determinado tipo de intervenção terapêutica, nomeadamente nos modelos narrativos, estes instrumentos são de facto, dispensáveis, em domínios como o da avaliação psico-forense eles são necessários.

Para o âmbito da investigação, compreensão e da intervenção psicológica com toxicodependentes podemos considerar uma resposta intermédia (dependendo do objectivo, dos sujeitos, do tempo disponível e da possibilidade de recolha alternativa de

informações). Em determinados contextos, os testes ou provas psicológicas estandardizadas serão dispensáveis e substituíveis por outros procedimentos e processos de avaliação clínica, noutros serão particularmente úteis e necessários.

Neste sentido, Manita (2002) adverte que não podemos esquecer que o exercício da avaliação psicológica exige cada vez mais formação sólida por parte do psicólogo em termos técnicos e éticos. Por mais perfeitos que sejam os instrumentos, nunca esta actividade pode prescindir da sensibilidade de quem os utiliza (Zazzo, 1980; op. Cit. Manita, 2002). Os utilizadores devem ser sempre melhores que os instrumentos que usam, o verdadeiro valor das informações e o sentido do instrumento se perde quando o psicólogo não domina o suficiente as provas que emprega (Almeida, Gonçalves & Simões, 1995, p.2).

Por esta ordem de ideias, parafraseando Simões (1999) importa salientar que a qualidade e exercício da avaliação psicológica, enquanto prática profissional, depende em grande parte do nível da formação proporcionado pela disciplina a que se reporta no currículo universitário, compete á universidade estar sensibilizada para o ensino, protecção e defesa da utilização de testes. A avaliação psicológica é um acto profissional que exige uma formação especializada e um esforço de aperfeiçoamento contínuo (p.162).

↳ **A diversidade de métodos, técnicas, instrumentos de avaliação psicológica**

Por outro lado, quando se fala de avaliação no contexto de intervenção (tenha esta ou não preocupações de diagnóstico), as competências e capacidades do terapeuta para realizar uma boa avaliação clínica, sem recurso exclusivo a testes estandardizados, é fundamental, destacando-se outras competências como a observação, entrevista, análise, integração e interpretação dos dados recolhidos.

A este propósito Simões (1999) elucida-nos que o recurso a uma diversidade de métodos e instrumentos (incluindo o recurso a provas complementares para verificação de hipóteses) deve ser entendido não como uma simples justaposição de técnicas, mas como uma prática que visa facultar uma descrição válida do funcionamento psíquico do sujeito nos seus vários aspectos (cognitivo, instrumental, afectivo) e como meio de favorecer o alargamento de pontos de vista. “Estimular a curiosidade intelectual em relação a estas matérias é uma tarefa obrigatória dos professores” (p.141).

A este respeito, no dizer do proficiente autor sobredito, os alunos devem saber analisar criticamente o valor e a utilidade das provas psicológicas, identificando as suas vantagens e limites. Não há um único instrumento de exame do comportamento absolutamente adequado. Existem medidas diferentes do mesmo comportamento ou variáveis psicológicas. Tal facto obriga á necessidade de validação das interpretações através do recurso a várias medidas para captar a complexidade do comportamento. A aprendizagem básica das técnicas de avaliação inclui a aplicação e cotação de instrumentos e constitui uma condição prévia á interpretação.

↳ A dimensão relacional e ética do processo de avaliação psicológica

Os aspectos de natureza relacional são desvalorizados por aqueles que conceptualizam a avaliação psicológica como uma “ciência pura, dura, atórica e objectiva” (Fowler,1998; op. Cit. Simões, 1999). Não obstante, de acordo com Simões (1999) é da maior importância sensibilizar os alunos para a importância da relação de colaboração ou de trabalho conjunto entre o paciente e o examinador e que é obviamente uma dimensão central da avaliação psicológica. Os alunos devem aprender, saber reconhecer, os vários aspectos da dimensão interpessoal da avaliação e as competências necessárias ao seu exercício.

Embora os resultados dos testes sejam importantes é imperioso sensibilizar os alunos para outros aspectos da experiência individual na situação de *testing* que estão implicados nos resultados, uma dessas dimensões é a da relação interpessoal subjacente á aplicação dos testes e outros instrumentos de avaliação. Os testes estão entre o examinador e o sujeito e o técnico é percebido pelo sujeito também através dos instrumentos utilizados. Masling (1998, op. Cit. Simões,1999) defende que a interacção entre o examinador e o sujeito aquando da sua resposta aos testes constitui uma “forma especial de encontro terapêutico”, acrescentando que as sessões de teste e psicoterapia são marcadas pela natureza interpessoal da situação e ainda pela ambiguidade e por respostas idiossincráticas de natureza privada.

O esforço de compreensão empática é uma maneira de não perder de vista o sujeito como pessoa e de reduzir os riscos numa concentração excessiva na validade dos resultados dos instrumentos. Assim, pode tornar-se útil investigar junto de cada paciente as suas expectativas relativas aos testes, sentimentos aquando das suas respostas aos instrumentos,

a estratégia utilizada nas respostas, etc. Para a prática da avaliação são essenciais outras dimensões relacionais como saber compreender e comunicar com o sujeito, saber escutar, saber distanciar-se afectivamente, saber adoptar uma atitude de neutralidade benevolente, saber situar e contextualizar o pedido.

A preparação do cliente para o processo de avaliação contém igualmente uma óbvia dimensão relacional. O examinador deve ser ensinado a ser verdadeiro e a ser rigoroso e a informar o sujeito acerca do objectivo geral da avaliação, facultando-lhe uma compreensão clara do que este pode ganhar com a sua participação ou colaboração. Ao sujeito deve igualmente ser dito que a informação proveniente da avaliação contém muitas aplicações práticas mas, também, algumas limitações importantes. A aplicação de provas deve ser feita com o consentimento do próprio sujeito, de modo a que ele compreenda as conclusões e não se sinta ofendido por elas. Os resultados da avaliação não são um segredo que deva ser escondido do sujeito (ou das pessoas suas representantes), mas pode constituir informação com utilidade terapêutica se facultada de modo adequado, permitindo ao cliente trabalhar melhor na terapia e estruturar a sua vida de modo mais eficaz (Ritzler,1998; Exner,1995 a; Finn,1998; op. Cit. Simões 1999, p.147).

↳ **Interpretação e integração da informação**

De acordo com Simões (1999) é sempre necessário ir além dos resultados dos testes e alcançar uma integração dos dados de uma forma que possa ser significativa para a compreensão e o bem-estar do sujeito. Por sua vez Cramer (1996, op. Cit. Simões, 1999) defende que no processo de interpretação as formulações são hipóteses e que outras interpretações são possíveis. Assim, mais do que procurar uma única explicação a uma resposta específica, é necessário procurar observar que várias interpretações se podem ajustar aos dados e são simultaneamente exactas e significativas. Daí a necessidade de maior atenção sistemática às competências subjacentes a uma interpretação rigorosa. Esta requer “empatia” (envolve atributos como percepção a um largo conjunto de sinais, a capacidade para reconhecer os seus próprios sentimentos e motivações e competência para avaliar os sentimentos e motivações dos outros), intuição e “flexibilidade cognitiva” (abertura a novas maneiras de pensar a pessoa a partir do material produzido). A “perspicácia clínica” implica um ir além do conteúdo manifesto e funda-se na competência

de escuta da história do sujeito. A perspicácia clínica é necessária para prestar atenção ao vulgar e anotar o inabitual, para registrar o explícito e sentir curiosidade de saber acerca do implícito, presentir as hesitações, reconhecer os lugares-comuns e a criatividade, estar mais consciente das alusões, apartes, implicações não ditas ou inexprimíveis e resistências. Também a “sensibilidade clínica” faz parte do processo de escuta: inclui o reconhecimento de que as histórias se referem a algo mais e a algo de diferente do conteúdo superficial, manifesto (Cramer,1998, p.252-257; op. Cit. Simões,1999).

2.2.1 - Avaliação Psicológica, (Psico)Diagnóstico e Comorbilidades na Adição

Na área da avaliação psicológica, Duran (2005) reporta-se ao tipo de pedidos recebidos com maior frequência ao longo dos tempos no âmbito da experiência do CAT Taipas, podendo resumir-se no seguinte esquema que procura seguir de uma forma decrescente o peso relativo de cada tipo de pedido:

- Diagnóstico Geral (DSM IV, ICD 10):
 - Destrinça Quadro psicótico com desorganização do humor / Quadro afectivo com manifestações psicóticas;
 - Diagnóstico de Distúrbio da Personalidade;
 - Deterioração Mental / Mnésica.

- Diagnóstico - questões específicas:
 - Funcionamento Psicótico: qualidade, intensidade;
 - Funcionamento Cognitivo: debilidades, Organicidade Cerebral (presença/ausência, que efeitos);
 - Risco de Suicídio;
 - Avaliação de Adolescentes;
 - Avaliação de Crianças - Filhos de Toxicodependentes.

- Orientação:
 - Vocacional;
 - Terapêutica.

Assim, as questões de esclarecimento de diagnóstico dito geral assumem primazia no tocante á quantidade de pedidos. Sendo esta uma indicação que se tem mantido estável ao longo do tempo, podemos inferir que para os terapeutas as questões do duplo diagnóstico, da comorbilidade psiquiátrica são aquelas que mais suscitam dificuldades no diagnóstico clínico (Duran, 2005).

Um diagnóstico pode ser feito utilizando os testes, provas, métodos clínicos específicos (e.g. observação e entrevista clínica) e também tendo em conta os critérios do DSM- IV e/ou da CID-10. Segundo o DSM-IV as Perturbações Relacionadas com Substâncias dividem-se em dois grupos: Perturbações por Consumo de Substâncias - Dependência e Abuso; e Perturbações Induzidas por Substâncias - Intoxicação; Abstinência; *Delirium* Induzido por Substâncias; Demência Persistente Induzida por Substâncias; Perturbação Mnésica Induzida por Substâncias; Perturbação Psicótica Induzida por Substâncias; Perturbação do Humor Induzida por Substâncias; Perturbação da Ansiedade Induzida por Substâncias; Disfunção Sexual Induzida por Substâncias e Perturbação do Sono Induzida por substâncias.

↳ Instrumentos para o exame psicológico com toxicodependentes

As grandes áreas de análise são idênticas ás de qualquer outra problemática ou patologia. Para lá das indicações diagnosticas, as técnicas psicométricas podem e devem ser utilizadas para suscitar dados relevantes no que concerne a todos os passos do raciocínio clínico. Os instrumentos que são julgados mais úteis, para a investigação de cada uma das áreas, no contexto de uma instituição como o CAT Taipas, são os seguintes (Duran, 2005, p.70):

- Área do Funcionamento Cognitivo:
 - WAIS, WISC
 - PM 38, PM 43, PM 56, D 70
 - Figura Complexa de Rey, Teste de retenção Visual de Benton, Escala Clínica de Memória de Descrer.

- Área da Personalidade:
 - MMPI, Mini Mult
 - Rorschach
 - TAT, CAT - A

- Área específica da Psicopatologia:
 - SCL 90
 - *Brief Psychiatric Rating Scale*
 - Inventário de Depressão de Beck

- Área do Aconselhamento:
 - Inventário de Preferências Vocacionais
 - *Readiness to Change Questionnaire*

- Área da Avaliação da Dependência:
 - Índice de Severidade da Adicção - EUROPASI
 - *Maudsley Addiction Profile - ERIT version*
 - Escala Visuo-Analógica para Heroinodependentes

Duran (2005) ressalva que em termos psicoterapêuticos o Rorschach é o elemento de uma avaliação psicológica que mais informação nos dá sobre o tipo de intervenção a promover. *“Trata-se de um teste holístico em que cada variável é valorizada pelo seu peso específico e também pela sua inserção num todo, permitindo-se por isso perceber quais os pontos em que a personalidade ganhará mais em termos de flexibilidade, ao trabalhar-se um aspecto específico do seu funcionamento”* (p.73).

Este mesmo raciocínio é aplicável á WAIS, pois é simultaneamente um instrumento de planeamento terapêutico. Ao constatarem-se áreas do funcionamento cognitivo deficitárias, circunscrevem-se campos de actuação terapêutica. No caso da toxicodependência, *“a nossa prática é pródiga na elicitação destes elementos; saliente-se pela sua frequência e intensidade, os deficits na cognição social, na percepção e articulação lógica das regras sociais de conduta, que apontam para a necessidade de se estabelecerem estratégias terapêuticas promotoras de ganhos nesta área - aptidões*

sociais, centro de dia, comunidades terapêuticas, para que se registem evoluções sustentadas em todos os campos” (Duran, 2005, p. 73).

No que respeita ao prognóstico, são mais uma vez os testes mais globais como a WAIS, MMPI e Rorschach, que no entender do autor sobredito, se revelam mais úteis.

↳ **Potencialidades e limitações da Avaliação Psicológica**

Para Duran (2005) deve procurar-se responder ao desafio das potencialidades e limitações da avaliação psicológica, pelo estudo aprofundado da psicopatologia geral, pelo conhecimento exaustivo dos instrumentos e das suas características psicométricas, pela intervenção permanente, e ainda pela indispensável formação prática na intervenção clínica - não só pelo conhecimento da realidade da problemática, mas também e principalmente, pela necessária aquisição de um manancial de saberes de outras áreas que são fundamentais para o enquadramento de todas as actividades de avaliação (desde a escolha do momento da avaliação, dos instrumentos, da interpretação dos resultados, da produção de conclusões).

2.2.2 - Avaliação Psicodinâmica no âmbito do C.A.T. da Covilhã

A estagiária realizou uma Avaliação Psicológica individualizada a um utente do CAT, com o consentimento e autorização da psicóloga supervisora. Esta avaliação psicológica em que se utilizou o Teste de Apercepção Temática, apresenta-se descrita, na sua prática, no Capítulo III.

O Objectivo foi treinar a aplicação de instrumentos e testar hipóteses, ao serviço da intervenção clínica, não se considerando como uma tarefa exigível para a estagiária, a interpretação dos resultados ou o exame psicológico do ponto de vista psicanalítico ou psicodinâmico tal como é referido no manual de instruções, dada a sua complexidade para este ano lectivo de aprendizagem. O TAT foi aplicado seguindo as normas de aplicação do manual de instruções.

De acordo com Simões (1999) a aprendizagem básica das técnicas de avaliação inclui a aplicação e cotação de instrumentos e constitui uma condição prévia á interpretação.

Segundo Cubero (2001) é amplamente conhecido que um mesmo estímulo (uma situação social) provoca diferentes respostas (imagens, sentimentos ideias, recordações, etc.) nos indivíduos, porque estes o percebem do seu particular ângulo vital. Cada sujeito comunica em forma de uma história dramática e sem aperceber-se disso, a sua identificação com as figuras percebidas, apoiando-se no seu repertório de experiências perceptivas, mnésicas, imaginativas emocionais. Assim, foi com um material muito simples, H. A. Murray planeou o seu Teste de Quadros ou de apercepção de temas vitais. As lâminas apresentam cenas dramáticas e pelos seus contornos imprecisos, sua impressão difusa ou pelo seu tema pouco ou nada explícito, são suficientemente ambíguas para provocar a projecção da realidade íntima do sujeito através das suas interpretações (estruturações) perceptivas (descrições), mnésicas e imaginativas (histórias). As histórias dão indicações de situações que provocam no sujeito temor, desejos, dificuldades, necessidades e pressões fundamentais na dinâmica subjacente da personalidade (p.4). Esta técnica permite conhecer impulsos, emoções, sentimentos, complexos e conflitos da personalidade, alguns aspectos ou tendências inibidas e subjacentes no sujeito que este não admitiria ou reconheceria, porque não consciente deles (Cubero, 2001).

2.3 - Intervenção Psicológica na Adição

Parafraseando Prata (2000) no que diz respeito ao que muitos psicoterapeutas pensam e sentem sobre o trabalho com toxicodependentes: a ideia predominante é de que se trata de uma tarefa com um alto grau de dificuldade, senão mesmo uma tarefa destinada ao fracasso, que só pode gerar um enorme desprazer no terapeuta. Não obstante, a autora preconiza que se analisarmos a literatura que avalia os resultados dos tratamentos utilizados com toxicodependentes, encontramos claramente expresso o valor das intervenções psicológicas. Aliás, estas intervenções são consideradas como aquelas que podem produzir mais efeitos, a longo prazo, na vida dos pacientes e alcançar maior dimensão e estabilidade nas mudanças produzidas (Platt *et al.*, 1990-91). Todavia, os estudos de avaliação também nos revelam que não há soluções mágicas no tratamento de toxicodependentes.

Em todas as modalidades de intervenção se colocam alguns problemas extremamente difíceis de ultrapassar, ligados a algumas características comuns da população toxicodependente, não descurando as diferenças individuais destes utentes. Esses problemas têm a ver com a dificuldade que muitos toxicodependentes tem de entrar e sobretudo se manterem num processo terapêutico, dificuldade em se envolverem pessoalmente no processo ,dificuldade de manter as mudanças alcançadas, “o que conduz a recaídas recorrentes” (Prata, 2000). Torna-se então pertinente aceitar os limites da nossa intervenção e manter a capacidade de discutir e desenvolver os diferentes métodos de intervenção psicológica, procurando, na prática clínica, tentar utilizar o melhor possível os diversos recursos existentes, *“se nenhum provou, até agora, ter valor absoluto, quase todos eles podem ter alguma importância, no trajecto terapêutico dos nossos clientes”* (Prata, 2000, p.47).

Apesar da eficácia da psicoterapia com indivíduos toxicodependentes ter vindo a ser questionada, a presença de uma pessoa interessada, acessível e que não julga, pode ser terapêutica, mesmo com alguém que esteja a consumir drogas (Read, 2002). De acordo com a mesma autora, se alguns pacientes conseguem apenas suportar alguns episódios pontuais de trabalho terapêutico informal, existem outros casos em que uma psicoterapia pode ser aplicada no contexto de um programa de tratamento mais amplo.

↳ **Toxicoddependência(s) – A heterogeneidade do fenómeno**

A investigação científica efectuada nos últimos anos no âmbito da problemática da toxicoddependência, parece confirmar aquilo que é também uma constatação Clínica, ou seja, que as pessoas consumidoras de drogas, não obstante terem algumas características em comum, diferem bastante umas das outros no que se refere ás suas estruturas de personalidade, á presença ou não de psicopatologia associada e de que tipo, ao grau de severidade do problema, ás doenças físicas associadas, aos problemas sociais, etc. (Fleming & Machado Vaz, 1981a; Cancrini, 1994; Fabião, 2002; Silva & Bacelar-Nicolau, 2003; op. Cit. Ferreira, 2004). Estas diferenças têm como consequência uma utilização de drogas por parte dos seus consumidores de formas diversas e com diferentes significados. Logo, os indivíduos dependentes de substâncias têm necessidades diferentes no que diz respeito ao seu tratamento.

È neste contexto que se justifica que os centros de Atendimento a Toxicodependentes disponham de uma diversidade de respostas e programas de tratamento a vários níveis (médico, psicológico, social), que os técnicos tentarão aplicar da melhor forma a cada caso.

No que concerne á área da psicologia clínica, em particular, os técnicos que trabalham com esta população, apesar de terem formações teóricas diversificadas, “*tentam também fazer um esforço de adaptação aos diferentes indivíduos que acompanham, flexibilizando muitas vezes as suas práticas, no sentido de as adaptarem ás diversas situações clínicas com que se deparam*” (Ferreira, 2004, p.66). Assim, uma reflexão acerca dos diferentes tipos de psicoterapia e suas indicações pode ser útil para estes técnicos, visando facilitar as tomadas de decisão quanto ao rumo a seguir no tratamento.

De acordo com Ferreira (2004), ao ponderar sobre modalidades psicoterapêuticas e sua indicação para as toxicodependências, podemos retirar algumas ideias pertinentes para a orientação da prática Clínica:

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

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

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

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

Não deve ser proposta a um paciente uma resposta psicoterapêutica desadequada ás suas capacidades psicológicas e necessidades, mesmo que estas se venham a modificar e a respectiva proposta possa vir a ser alterada, “*oferecer uma psicoterapia sem nenhum rigor*

na selecção dos pacientes pode significar um esforço desproporcionado, para paciente e terapeuta, relativamente aos resultados obtidos, e até resultar estéril ou prejudicial em certas ocasiões” (Sánchez, 1992, p.40).

No dizer de Fabião (2002) alguns estudos acerca da investigação efectuada com vista á identificação de síndromes e perturbações de personalidade em grupos de toxicodependentes permitem concluir que, embora se tenha investigado intensivamente com o objectivo de pôr em evidência um tipo de personalidade específico para a doença alcoólica e depois, para a toxicodependência, esse tipo de personalidade específica não foi encontrado. Em contrapartida numerosas investigações têm vindo a demonstrar a heterogeneidade e coexistência de vários grupos-tipo sob a designação geral de dependência de drogas.

De acordo com Ferreira (2004) se analisarmos os diferentes critérios de selecção para os diferentes tipos de psicoterapia e os relacionarmos com a informação que dispomos acerca da variabilidade dos indivíduos que dependem de drogas, podemos concluir que, provavelmente existem toxicodependentes capazes de obter benefícios com todos estes tipos de psicoterapia. *“As psicoterapias de inspiração psicanalítica, comportamental, cognitiva, de apoio, rogeriana, intervenção em crise e a terapia familiar, bem como as psicoterapias de grupo, podem ser aplicadas a um grande número de situações, desde que sejam tomadas em consideração as características dos pacientes e os respectivos critérios de selecção” (Ferreira, op. Cit. p.73).*

2.3.1 - Psicoterapias no contexto clínico da Adicção

↳ A Terapia Ocupacional e as Terapias Criativas

Segundo Lito e Silva (2000) no CAT das Taipas os terapeutas ocupacionais integram equipas multidisciplinares quer no internamento, quer no centro de dia. De acordo com estas autoras a terapia ocupacional consiste na avaliação, tratamento,

integração socio-familiar e comunitária de pessoas com deficiência ou disfunção, utilizando técnicas terapêuticas integradas em actividades terapêuticas intencionais e se necessário, tecnologias de apoio, com o objectivo de diminuir ou neutralizar a incapacidade e simultaneamente reduzir a desvantagem, facilitando o máximo de autonomia nas diferentes actividades do dia a dia e uma melhoria da qualidade de vida.

Integrado numa equipa técnica multidisciplinar, o terapeuta ocupacional contribui para a avaliação, tratamento e integração social do toxicodependente, utilizando na sua prática conhecimentos da terapia ocupacional, saúde mental, saúde comunitária, dinâmica de grupos a par dos conhecimentos de Ciências Sociais e Humanas. A terapia ocupacional pode intervir em qualquer área de prevenção primária, secundária ou terciária, da toxicodependência.

Em saúde mental e toxicodependência a terapia ocupacional privilegia o trabalho em grupo utilizando o seu potencial terapêutico. Numa actividade grupal, esta terapia, de acordo com o seu modelo teórico de referência, intervém graduando essa actividade, isto é, introduz intencionalmente as variáveis necessárias, como por exemplo, o tipo de liderança, a técnica a utilizar, o tipo de actividade e tarefas, equipamento, materiais, locais de actividade, ajustando todo o *setting* aos objectivos que o terapeuta estabelece para determinado grupo.

Segundo Lito e Silva (2000) de acordo com a sua formação pessoal, os Terapeutas Ocupacionais podem trabalhar com grupos com características, objectivos e meios terapêuticos muito diferentes: desde grupos de drama, arte e outras abordagens expressivas e projectivas, a grupos orientados para a realização de actividades estruturadas, como a de jardinagem ou um jogo de sociedade.

Um terapeuta ocupacional pode ter formação em psicoterapia, e um outro terapeuta desenvolver o seu saber na exploração terapêutica de um conjunto de actividades artesanais mais estruturadas.

Lito e Silva (1997) reportam-se às terapias criativas como sendo “*a utilização da arte, (desenho, pintura, escultura, drama, música e movimento, escrita criativa e de outros processos criativos) como facilitadoras do tratamento, fomentando o crescimento pessoal através de um envolvimento activo num contexto terapêutico*” (p.329).

A inclusão das técnicas criativas no programa do Centro de Dia do CAT Taipas, está sem dúvida em relação com uma abordagem mais ampla em que se interligam aspectos da prática em terapia ocupacional e de dinâmica grupal. Nesta abordagem entram

em jogo os vários componentes desta dinâmica: Indivíduo – Grupo – Acção – Criatividade – Relação.

↳ **O carácter Terapêutico de um Centro de Dia**

Como nos elucida Patrício, á luz da sua experiência clínica no âmbito da toxicoddependência, frequentemente a vida de drogas e a marginalização reduz violentamente ou anula a capacidade de interacção social. Assim, as carências de socialização são patentes em muitos adictos, nomeadamente nos que têm outra patologia psíquica associada, dita comorbilidade, e nos excluídos. *“Como as dificuldades de socialização são frequentes e a estigmatização agrava o quadro, surge a rejeição que desencadeia mais rejeição”* (Patrício,2002).

É comum revelarem-se dificuldades na escola, no trabalho, na via pública e inclusive no âmbito familiar, onde alguns doentes se tornam associais. Alguns necessitam de fazer intensos esforços para atingir um nível adequado de socialização.

Segundo Patrício (2002) muitos projectos terapêuticos falham porque não são diagnosticadas e cuidadas essas dificuldades no âmbito da socialização. Naturalmente o equívoco é mais provável quando os movimentos de reinserção são feitos sem estar cuidada a socialização.

Por esta ordem de ideias, o Centro de Dia é um recurso que permite realizar a socialização e ainda potenciar o processo psicoterapêutico desenvolvido em regime ambulatorio. Significa isto que o doente mantém, regularmente, a frequência das consultas com o seu terapeuta (tratamento ambulatorio), e reforça o apoio no tratamento com a frequência do Centro de Dia, com as suas actividades numa dinâmica de grupo, com os seus ateliers. *“Este modelo está indicado para o tratamento dos toxicoddependentes para quem é deveras importante activar processos que contribuam para a socialização e reinserção social (p.169)”*.

Utilizando a aprendizagem da gestão do tempo, do espaço, dos limites, a aquisição de competências, e o treino da autonomia, o Centro de Dia, para além de socializar, contribui para a preparação da reinserção social dos doentes. Facultando uma relação quotidiana de proximidade com a equipa terapêutica, esta estrutura de tratamento proporciona aos doentes múltiplas actividades, lúdicas, ocupacionais, pedagógicas, pré-profissionais. Procura-se, deste modo, ultrapassar as dificuldades internas e relacionais que podem

contrariar a evolução terapêutica e a reinserção social, mantendo-se a abstinência de consumos ilícitos de substâncias psicoactivas.

A título de exemplo, Patrício (2002) apresenta-nos em síntese, as repostas disponíveis no Centro de Dia do CAT Taipas em Lisboa. Sendo este CAT uma estrutura terapêutica onde o utente beneficia do apoio do responsável por cada actividade, participa nas reuniões de grupo e mantém a frequência das consultas com o seu terapeuta.

Procurando contribuir para a descoberta ou reactivação de capacidades, são desenvolvidas diversas actividades, dando-se particular relevo a :

- **Terapia Ocupacional** – Utensílio terapêutico que permite melhorar a qualidade de uma estrutura de tratamento no âmbito da saúde mental, intervém utilizando Técnicas Criativas, tal como referido por Lito e Silva (2000). Assim como o treino e promoção de Aptidões Sociais, recorrendo a meios expressivos como a pintura, a escultura, a escrita criativa e a colagem, desenvolvendo a capacidade de comunicação, de expressão, de pensar e de conhecimento da pessoa, promovendo a experiência lúdica, criativa e expressiva num ambiente protector, que facilita e recria a relação interpessoal, organizando passeios, a celebração de datas festivas, refeições e reuniões.

- **Fisioterapia** - Desenvolvendo no ginásio actividades conducentes á consciencialização da pessoa e do grupo, á consciencialização do movimento. Atingida através do relaxamento, ao poder sentir-se bem, poder diminuir a dor, poder pensar no seu corpo de uma forma organizada e com prazer.

- **Actividade em ateliers** – Artesanato, proporcionando o desenvolvimento da capacidade criativa no contacto com diversos materiais, madeira, pano, azulejaria, etc. transformando-os de forma funcional, incluindo o interesse e estética pelo vestuário, contributos para a valorização da auto-estima. As Artes Plásticas, facultando a expressão livre, desfazendo medos e receios e, posteriormente a realização de uma produção artística mais elaborada. A Fotografia, permitindo reconhecer as máquinas, as sensibilidades, as aberturas e as velocidades, a revelação, ver o mundo de dentro para fora. A informática, permitindo aprender como é o computador e o sistema operativo, criar texto, bases de dados, desenhos, sons, imagens, comunicar com o mundo ou simplesmente...jogar. O jornal, promovendo o espirito crítico, o debate, uma atitude atenta á consciência do mundo e a re-iniciação á leitura e á escrita. Concretamente, produz-se o *Ecos* das Taipas.

↳ Pintura e Toxicodependência

Jung (1935) numa técnica que considerou como um prolongamento do método de associação livre de Freud, sugeria aos seus pacientes que pintassem na realidade o que tinham visto em sonhos ou na sua fantasia. A respeito dos seus pacientes Jung relata “*geralmente, opõe-se dizendo que não são pintores, o que contesto dizendo que os pintores de hoje em dia tão pouco o são, e que em consequência a actividade pictórica é absolutamente livre e, além disso, o que importa não é a beleza, mas o empenho posto no quadro*” (p.92). Jung advertia que é algo muito distinto pintar a realidade de fora ou pintar a realidade de dentro. Assim, muitos dos seus pacientes começaram a pintar, não se tratava de pessoas que tinham de demonstrar a sua utilidade social, mas sim aquelas a quem não lhes satisfaz já a sua utilidade social e tropeçaram na questão mais perigosa do sentido da sua vida individual.

Jung procura responder á questão do porquê de sugerir a pacientes que se encontram num certo estado da sua evolução a expressar- se mediante o pincel, o lápis ou a pluma.

“*Com este método - se me é permitido utilizar esta palavra – o paciente pode fazer-se criadoramente independente. Não depende mais dos seus sonhos nem do saber do seu médico, pois ao tratar de pintar-se a si mesmo, pode mudar-se a si mesmo. Porque o que pinta são fantasias actuaes, aquilo que actua nele. E o que actua nele é ele mesmo, mas não no sentido equivoco de antes, em que considerava ao seu eu pessoal como sendo ele, mas num sentido novo, estranho, aparecendo o seu eu como objecto do que actua nele*” (p.94). Assim, o paciente ao esforçar-se em representar o que actua dentro dele, acaba por descobrir que é o eternamente desconhecido e estranho, o fundamento mais profundo da nossa alma. *É-me impossível descrever as mudanças de valores e pontos de vista, as mudanças do centro de gravidade da personalidade que se produzem. É algo assim como se a terra descobrira o sol como centro dos sistemas planetários e do seu próprio*” (Jung, p. 95).

Por seu turno, Barros (1989) relata que num total de 120 inscrições no Atelier de Pintura (de 1 de Agosto de 1987 até 1 de Maio de 1988) 20% dos inscritos nunca apareceram no Centro de Dia do CAT Taipas; 60% frequentaram o Atelier de Pintura; 50%

dos inscritos escolhiam a actividade de pintura como primeira opção, sendo esta uma das áreas mais escolhidas e sendo que 10 % já tinham conhecimentos prévios de pintura.

A princípio existe uma enorme resistência, insegurança e falta de confiança em si mesmo, para tomar a iniciativa e pegar um lápis de cor, um pincel e começar a riscar seja o que for. Para que tal aconteça estes utentes procuram uma relação de apoio e cumplicidade com o monitor, sendo este, por sua vez, o elo de ligação entre o utente e o grupo de trabalho. Depois de este se sentir inserido no grupo do atelier, começa então a pôr-se em contacto directo com o material que irá utilizar.

Começando por projectar para o papel “os seus receios e pesadelos, ele vê e sente os seus medos retratados, sentindo uma sensação de relaxe interior”, Barros (1989, p.60). Esta fase é muito importante pois os seus receios acabam por diminuir um pouco, depois de executados e “conversados” com o monitor. Este processo vai dar-lhes força e coragem para prosseguirem e construírem algo completamente diferente e que nunca pensaram poder realizar. Esta 1ª fase é de expressão livre, sem realçar ou preocupar-se com a técnica utilizada. Após esta fase de adaptação ao grupo, ao espaço e ao material, e ultrapassados os obstáculos anteriores, é nítida a evolução, vontade e mudança da expressão artística do utente, através das cores suaves e desenhos menos violentos que realiza. Este é o momento oportuno de se fazer a aprendizagem da técnica e processos de pintar.

É também importante estimular a verbalização do que se sentiu ao pintar, o que lhe sugere o que desenhou ou, mesmo, interessar-se por descobrir aquilo que o outro quis transmitir com o seu trabalho.

A partir do momento em que é capaz de dominar minimamente uma técnica, sente o prazer de conseguir construir qualquer coisa, objectos ou figuras humanas, provocando assim a pintura um efeito de concentração e relaxamento interior.

Por uma questão de valorização e estimulação do indivíduo ou grupo, realizam-se periodicamente exposições dos trabalhos executados no atelier, dentro da própria instituição, desenvolvendo um sentido crítico, responsável e confiante no utente. Dentro desta perspectiva de valorização pessoal aproveitaram-se alguns trabalhos para decoração da instituição.

De 15 em 15 dias fazem-se visitas a exposições de pintura e museus, criando assim interesses culturais, noções estéticas e jogos cromáticos, tão necessários para o desenvolvimento e estímulo do trabalho no atelier.

A média de permanência dos utentes no atelier de pintura é de 4 meses, deixando estes de o frequentar por razões principalmente de carácter profissional, continuando em

todo o caso a manter contacto com o centro de dia, especificamente com o seu monitor (Barros,1989, p.61).

Neste sentido, para ilustrar o valor da pintura na reabilitação dos utentes, apresentam-se neste trabalho quadros pintados por um utente do CAT da Covilhã, com a sua autorização prévia.

↳ **Terapia de grupo – Psicodrama**

Constitui um tipo de tratamento no qual as pessoas com problemas emocionais, cuidadosamente seleccionadas, são colocadas num grupo e orientadas por um terapeuta para se ajudarem mutuamente a efectuar alterações de personalidade. Utilizando uma variedade de técnica se constructos teóricos, o terapeuta usa as interacções do grupo para fazer essas alterações Kaplan & Sadock, 1990).

As psicoterapia de grupo têm como principais correntes teóricas o psicodrama, a teoria sistémica, cognitivo-comportamental e psicanalítica (Cordioli,1998^a). A intervenção de um modo geral foca-se no “aqui e agora”, tem objectivos claros e é estruturada., sendo o objectivo principal a modificação de padrões de relacionamento considerados desadaptativos. As indicações deste tipo de terapia incluem: as dificuldades persistentes em iniciar e manter relacionamentos; dificuldade em lidar e expressar sentimentos; dificuldades ao nível da identidade; sintomas como ansiedade, depressão e somatização que precisam de ser ligados a problemas de esferas anteriores, pacientes que colocam grandes dificuldades quando tratados individualmente (Bloch & Aveline, 1999; op. Cit. Ferreira,2004).

Estão contra-indicados pacientes nos quais existe incompatibilidade com as regras do grupo, que não toleram o setting grupal, ou que têm incompatibilidade severa com um ou mais membros do grupo (Cordioli,1998^a). Segundo Bloch e Aveline (1999; in Ferreira, 2004) alguns diagnósticos apresentam problemas específicos para as terapias de grupo como depressão grave, esquizofrenia em episódio agudo; perturbações graves de personalidade e doenças psicossomáticas. As pessoas com problemas de abuso de substâncias tendem a beneficiar mais de grupos altamente estruturados, compostos inteiramente com pacientes com o mesmo problema.

Como refere Pádua (1989) podemos definir psicoterapia de grupo, como um tipo de tratamento em que um grupo de pessoas com problemas emocionais, orientado por um terapeuta experiente, se reuna com alguma regularidade com a intenção de modificar comportamentos perturbados dos seus membros, mediante a utilização de uma metodologia específica.

O autor refere o Psicodrama como uma terapia de grupo, uma das mais antigas e das mais divulgadas. A história do Psicodrama está estreitamente ligada ao seu fundador Jacob Moreno que em 1921 inaugura um teatro a que chama “*expressão espontânea*” onde actores amadores iam representar a realidade quotidiana, e onde se apercebem de importantes modificações no comportamento ao fazer certas pessoas representar certo tipo de papéis. Surge a noção de “*catarse pela acção*”, libertação purga emocional; o público adere e identifica-se nos conflitos encenados no palco: iniciou-se a “*catarse do público*”.

O Psicodrama é um método de psicoterapia de grupo e de treino de relações humanas que faz uso da representação dramática para explorar as relações interpessoais, aspectos da personalidade e conflitos emocionais, com o propósito de facilitar modificações construtivas nos padrões cognitivos dos indivíduos e, concomitantemente, modificações no comportamento. Esta dramatização terapêutica de problemas emocionais faz uso de técnicas de várias áreas: teatrais, /encenação, de dinâmica de grupo, da teoria de “papel” (*role theory*), da sociometria e análise de sistemas sociais. Pretende-se que o indivíduo melhore a estrutura dos seus papéis e aprenda novos.

Parafraseando o próprio Moreno, Pádua (1989) afirma que a enorme influência do psicodrama no treino de relações humanas provém de ser uma psicoterapia modelada a partir da vida, oferecendo flexibilidade para o crescimento pessoal e a aprendizagem emocional. O psicodrama tem sido utilizado como terapia de múltiplas patologias psiquiátricas, em alcoólicos, toxicómanos, surdos, doentes em fase terminal, idosos, crianças e adolescentes.

Como indicações os pacientes devem estar motivados, serem razoavelmente inteligentes e capazes de *insight* psicológico e de interacção com os outros membros bem como de formar uma relação positiva com o terapeuta.

Para existir motivação é necessário que exista um desejo de alívio dos sintomas que leve a pessoa a vencer as mais frequentes resistências ao psicodrama: inibição de agir em face de um público; receio de expor coisas íntimas em público; insuficiente preparação; diferenças culturais e étnicas entre os vários membros.

Várias modificações têm sido introduzidas no método clássico, existindo diferenças no modo como o psicodrama é actualmente praticado pelas várias escolas, em vários países.

Ainda a este propósito, torna-se pertinente mencionar Vasconcelos (1995) que nos elucida “*Em comunidade terapêutica, o psicodrama tem-se revelado um instrumento capaz de mobilizar factores de mudança, operando de um modo, integrado com os restantes recursos promotores de crescimento, autonomia e mudança encontrados nas comunidades*” (p. 23). Para o autor a especificidade do psicodrama consiste em tratar indivíduos em grupos, recorrendo entre outros, a métodos de interacção, privilegiando a história pessoal do indivíduo, da qual a passagem por uma comunidade terapêutica é apenas um fragmento. “*Trabalhando com pessoas que muitas vezes apresentam dificuldades ao nível da compreensão e elaboração das emoções e afectos verificámos que o psicodrama se mostrou capaz de produzir uma forma activa de insight e actuando na tipologia promover a mudança*” (Vasconcelos,1995).

↳ **Terapia Familiar**

De acordo com Sousa (2002) compete ao Psicólogo, ou ao assistente social no âmbito de equipas multidisciplinares (e.g. nos CAT's) em procedimento de consulta interagir não só com o toxicodependente, mas também com os seus envolventes mais próximos e o meio em que está inserido, nomeadamente a família, tendo como objectivos principais o facilitar ao toxicodependente o domínio da sua racionalidade e do seu autocontrolo, a aprendizagem de alternativas de vida social e emocional mais gratificantes, a promoção de competências, bem como a tomada de decisões incentivadoras de auto-crescimento e de auto-responsabilidade. “*O envolvimento da família e meio envolvente no processo de reinserção social constituirá, por inerência, o processo que dará mais ênfase ao meio, sendo estimulador da auto-realização. Se o toxicodependente não receber amor e apoio de pessoas significativas, provavelmente sentir-se-á conotado de marginal, pessoa sem valor e não digno, e aos outros dar-lhes-á essa imagem*” (Sousa, 2002,p. 28). O seu comportamento não se modificará (mesmo que estabilizado em programas de substituição) e tornar-se-á então defensivo (seu autoprotector). O autor mencionado adverte, que quem depende de substâncias, isolando-se ou apenas interagindo com igual grupo de pares, terá

o seu crescimento em direcção á auto-realização dificultado. Com efeito, a imagem que o toxicodependente tem do seu *eu* e do seu meio, incluindo os seus familiares ou outros significativos são a sua realidade; agindo em conformidade como se estivesse profetizado para que nada mais mude a sua vida e o impeça de mudar.

Envolver a família no processo de tratamento, tanto quanto possível, dará esta capacidade de ajuda e de crescimento mútuos bem como a possibilidade de olhar o toxicodependente como alguém que sofre de uma angústia, também de exclusão (por via da toxicoddependencia e demais dificuldades associadas), permitido-lhe passar a um nível de compreensão-amor que vai potenciar maior racionalidade e desenvolver em si as competências e capacidades necessárias á construção e recriação de novas interacções, sendo ela também indutora da mudança dos comportamentos de todos os elementos.

Esta terapia teve a sua origem a partir da insatisfação de muitos clínicos com a evolução muito lenta de pacientes tratados individualmente, devido ao facto de os progressos do paciente serem neutralizados por outros membros da família (Falceto,1999; op.cit. Ferreira, 2004). Apesar das diferenças nos modelos específicos o que há de característico nesta terapia é a sua orientação para a família. Todos os membros da família estão inter-relacionados de modo que uma parte da família não pode ser isolada do resto. A estrutura e organização familiares devem ser encaradas como uma unidade, sendo importantes para determinar o comportamento dos membros da família (Kaplan & Sadock, 1990).

Os objectivos da terapia familiar visam: melhorar a comunicação entre os membros, desenvolver a autonomia e individualização dos membros, descentralizar e tornar mais flexíveis os padrões de liderança, reduzir os conflitos interpessoais e os sintomas e melhorar o desempenho individual (Falceto,19999; in Ferreira,v2004) .

A terapia familiar está indicada em situações de conflitos familiares (especialmente se um dos membros for usado como “bode expiatório”); dificuldades dos adolescentes na conquista de autonomia e independência; dependência de drogas, gravidez precoce; presença de doença física ou mental severa (cancro, esquizofrenia, alzheimer); nas crises evolutivas típicas da família; nas questões envolvendo divórcios, separação, novo casamento; nos conflitos típicos com as famílias de origem (dependência/independência, separação/ individuação); tratamento de crianças com problemas (cordioli,1998a).

A terapia familiar está contra-indicada em situações que ocorreu violência familiar ou abuso sexual, pelo menos numa fase inicial (Bentovim,1999; op. Cit. Ferreira 2004).

↳ **Psicoterapia Centrada no Cliente**

Esta psicoterapia parte do pressuposto de que o homem possui uma tendência positiva e construtiva para se realizar por si próprio, desde que lhe sejam proporcionadas as condições para tal. Para o grande mentor deste modelo, Carl Rogers, a gênese do conflito psíquico reside num desacordo entre o *self* (imagem que a pessoa tem de si próprio) e a experiência vivida. Assim, as condições que o psicoterapeuta deve proporcionar ao cliente para que este possa por em marcha a sua capacidade de construção pessoal são a autenticidade, a aceitação positiva e a verbalização.

Fleming e Machado Vaz (1981b; op. Cit. Ferreira, 2004) sugerem a utilização da técnica Rogeriana em toxicodependentes que não tenham indicações para uma psicoterapia analítica, como tentativa de criar o primeiro contacto com estes indivíduos e manter uma relação com potencial evolutivo.

De acordo com Rodrigues (2006, p.53) a psicoterapia existencial, ao enfatizar a liberdade de escolha e a capacidade de autodeterminação do ser humano, é considerada uma perspectiva útil na abordagem aos problemas da dependência de substâncias. Entende-se que a sua maior valia reside na responsabilização do dependente pelo seu comportamento e recuperação, aspecto tido como essencial para a automotivação e mudança. Assim, a toxicodependência é conceptualizada como um fenómeno essencialmente humano e como um comportamento resultante, antes de mais, de uma escolha individual.

Rodrigues (2006) considera que uma intervenção demasiado centrada em abordar o consumo e tudo o que a ele diz respeito e que não leve em conta o contexto global da vida da pessoa, corre o risco de ser mal sucedida. Acima de tudo, convém lembrar que a solução última reside no próprio dependente, pois só ele tem o poder de decidir o que fazer com a sua condição de existir (p.59).

“A suprema relação, do médico com o seu doente é uma comunicação existencial, que ultrapassa toda a terapêutica, isto é, tudo aquilo que pode ser organizado ou metodicamente encenado. Assim, a cura realiza-se e circunscreve-se na comunidade de dois seres livres dotados de razão, no plano existencial possível.” (Jaspers,1956; op.cit. Mueller,1976).

↳ **Intervenção em situações de crise**

De acordo com Ferreira (2004) designada por alguns autores de Psicoterapia de Apoio de Curta Duração, tem como objectivo o alívio rápido dos sintomas e o retorno ao equilíbrio anterior, com vista á prevenção de descompensações maiores. Adoptam-se predominantemente medidas imediatas de modificação do ambiente externo, com o afastamento do paciente da situação conflitual ou factor causador de stress. Este tipo de intervenção ou psicoterapia é indicada em todas as situações agudas que configuram uma emergência (tentativas de suicídio, crises psicóticas agudas, crises de ansiedade, episódio maníaco agudo, luto, stress pós-traumático, etc...). Também pode ser usada em pacientes que apresentem uma sintomatologia intensa que não configure uma emergência, mas eventualmente com perda de controlo emocional e sem condições momentâneas para uma terapia que envolva *insight*. Uma vez superada a crise pode-se reavaliar se o paciente necessita e se tem condições para realizar outro tipo de psicoterapia.

↳ **Psicoterapia de Apoio de longa Duração**

Têm como objectivos manter ou restabelecer o nível de funcionamento anterior, mediante o reforço de mecanismos de defesa adaptativos, promover o crescimento através do reforço de aspectos positivos da personalidade e o desenvolvimento de capacidades para lidar com déficits provocados por doenças. Estão indicadas em pacientes com psicoses, com transtornos severos de personalidade, com controlo precário de impulsos, tendências a *actings* sucessivas com poucas condições para terapias de *insight*, atraso mental e problemas físicos crónicos limitadores.

A psicoterapia de apoio é talvez a forma mais controversa de todas as psicoterapias, pois era essencialmente recomendada apenas quando não estava disponível outra forma de tratamento específico. Actualmente este panorama mudou, com um interesse crescente pelo papel fundamental que este tipo de psicoterapia pode desempenhar no cuidado de pacientes que se encontram com doenças crónicas e nos que apresentam perturbações

graves de personalidade, para os quais a mudança fundamental não é um objectivo realista (Bloch, 1999^a, op. cit. Ferreira, 2004).

↳ **Terapia Cognitivo-Comportamental**

Segundo Soares (2005) a terapia cognitiva combina actualmente técnicas de um a diversidade de teorias, é o chamado eclectismo técnico. Utiliza técnicas comportamentais, cognitivas, emocionais, imagéticas.

Seguindo o modelo de Proshasca e Norcross (1994, op. Cit. Soares, 2005) há vários planos em que os problemas psicológicos podem ser abordados terapeuticamente: sintoma/situacional; crenças desadaptadas; conflitos interpessoais actuais; conflitos sistémicos familiares; conflitos interpessoais.

Uma outra realidade do fenómeno da mudança é que, a motivação para a mudança pode oscilar por vários estádios (Anexo XVIII):

- Pré-contemplação – a fase em que os aspectos negativos da dependência são ignorados ou negados e a pessoa não sente que tem um problema (quando o indivíduo vai nesta fase á consulta é porque se sente pressionado pelo meio);

- contemplação – o indivíduo demonstra consciência do seu problema e começa a pensar fazer mudanças mas sem um sério comprometimento em agir;

- Preparação/determinação - a pessoa pensa em fazer mudanças concretas, ainda que possa sentir como uma perda as restrições que tem de fazer;

- Acção- há tentativa concretas de modificar comportamentos;

- Manutenção – o indivíduo trabalha para evitar a recaída e consolidar os ganhos.

Os objectivos e estratégias terapêuticas deve der adaptados a cada fase. Uma abordagem que integra os estádios da mudança é a Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick,1991; op. Cit. Soares 2005) que pretende aumentar a consciencialização do problema por parte do indivíduo e ajuda-lo na sua decisão para a mudança, recorrendo á dissonância cognitiva e ao aumento da auto-eficácia. O cliente é levado a examinar os aspectos positivos e negativos do consumo, mostrando o terapeuta empatia quer com as pressões exteriores, quer com as dificuldades que experiência para a mudança. O terapeuta resume o discurso de forma a enfatizar a ambivalência do cliente. Tenta amplificar o seu envolvimento emocional de forma a conseguir o compromisso para a mudança.

De acordo com Soares (2005) o tratamento de toxicod dependentes requer um processo desenvolvimental a longo prazo que passa por várias fases. De modo geral preparar a desabituaco física  a primeira fase do tratamento (nível do sintoma/situacional). Posteriormente manter a abstinência  o objectivo.

Depois da desabituaco segue-se o confronto com as compulsões de consumir. Nesta fase  recomendada a utilizaco de estratégias de *coping* cognitivo-comportamentais para prevenir a recaída: identificaco de estímulos de alto risco; resposta aos estímulos de alto risco optando consoante os casos ou a situaco por evitamento dessas situaces, ou a sua confrontaco, neste caso se o evitamento no  possível, preconiza-se a utilizaco de técnicas de distraco tais como a interveno imagética de imagens positivas ou como interveno comportamental o planeamento da exposico a situaces de activaco das compulsões de consumo. Torna-se importante também a análise das redes de suporte social nas sessões e estimular a participaco em grupos de ajuda-mutua, clubes recreativos, grupos desportivos, etc., encorajando-se em simultneo a reduo dos contactos com outros consumidores.

Numa fase seguinte, passa a estar em foco a recuperao gradual das actividades e laos sociais, a reorganizaco vida da pessoa , confrontaco com dificuldades de vida , sobretudo a questo do controlo dos consumos, importa trabalhar no contexto terapêutico mudanas no estilo de vida. No se descure nesta fase de interveno a dimenso emocional do indivíduo, impõe-se ao terapeuta facilitar a libertaco de sentimentos acerca de experiências passadas bem como promover a aprendizagem de gesto de sentimentos de modo adaptativo e saudvel, o que pressupõe um trabalho de identificaco, aceitao, e expresso de sentimentos. Podem utilizar-se técnicas como o “trabalho de cadeira vazia” (passa por levar o cliente a expressar os seus sentimentos em relato a conflitos no resolvidos  pessoa a quem esto associados, simbolicamente presente na outra cadeira). Ainda nesta fase, implementa-se uma interveno comportamental que visa a aproximaco gradual ao objectivo (uma vida sem drogas) exigindo do cliente mudanas acentuadas dos seus comportamentos. Por outro lado, ser também indispensvel o combate s crenas aditivas. Para Beck (1993, op. Cit. Soares, 2005) a vulnerabilidade para a recaída mantém-se enquanto se mantiverem as crenas aditivas, por isso precisam de ser identificadas e combatidas em termo de trabalho terapêutico.

Numa ultima fase, de pendor mais cognitivo, propriamente dito, promove-se a redefinio do *Self*. A tendência com a continuaco do acompanhamento  para este se orientar mais para questões internas dos clientes, ainda que a propósito da sua interaco

com o ambiente. Impõe-se agora a reestruturação de crenças básicas e esquemas desadaptativos precoces (Young,1990, op. Cit. Soares, 2005) adquiridos na infância, inconscientes e que tendem a prolongar-se ao longo da vida com prejuízo para o próprio e os outros. Quando os esquemas – ideias mais centrais a respeito do *Self*, são muito disfuncionais tendem a dar suporte á identidade do toxicodependente. Os esquemas podem ser identificados através de técnicas interpessoais e cognitivas como a disputa racional e reestruturação cognitiva, assim como através de técnicas mais pragmáticas e comportamentais tais como registos de auto-monitorização.

Mascetti (1996, op. Cit. Soares 2005) propõe que na fase final da terapia se percorra várias vezes a história de vida da pessoa, ligando-a a outros mais significativos e ás várias etapas do desenvolvimento. *“A reconstrução de uma identidade suficientemente coesa deve permitir ao paciente reconhecer-se no passado e perceber a continuidade do Self através de experiências e períodos de vida extremamente diferentes e frequentemente contraditórios (p. 87).*

O modelo Cognitivo-comportamental apresenta-nos modelos de Prevenção da Recaída (Anexo XIII) que comportam instrumentos de avaliação das principais Situações de Risco:

↳ Escalas de prevenção da recaída (AnexoXIII) - são apresentadas por Henriques (2004) a LOCAD 50 que visa avaliar *As 8 categorias de Situações de Grande Risco de Recaída* (de Marlatt,1996); e a *Escala de Fases e Sinais de Aviso da Recaída* (de Gorski,1985), destacando-se também neste contexto os Registos de Auto-monitorização de comportamentos, emoções, pensamentos disfuncionais e pensamentos racionais alternativos.

↳ **Recursos comunitários - grupos de auto-ajuda/ajuda mutua**

Segundo a organição Mundial de Saúde (1994, op. Cit. Ferreira-Borges e Cunha Filho, 2004) entende-se por grupo de ajuda-mutua um grupo no qual os paticipantes se ajudam mutuamente no processo ou na manutenção da recuperação da dependência do

álcool, drogas ou problemas, ou dos efeitos resultantes da dependência de outro, sem qualquer tipo de terapia ou ajuda profissional.

Desejavelmente á medida que o tratamento decorre, as relações familiares e sociais do cliente melhoram, reforçando a recuperação e abrindo caminho a uma rede social de apoio como os grupos de ajuda-mutua do tipo Alcoólicos anónimos/Narcóticos Anónimos, que irá contribuir para os ganhos alcançados com o tratamento, após o seu término. *“Nesta fase os recursos comunitários e redes sociais de apoio desempenham um papel importante, na medida em que existem problemas de saúde e sociais que precisam de ser resolvidos e que podem comprometer os resultados do tratamento, os quais estão ligados não só á eliminação ou redução do uso de substâncias, como também á melhoria do funcionamento pessoal e social do indivíduo e a uma redução das ameaças á saúde e segurança pública”* (Ferreira- Borges e Cunha Filho, p. 419).

O grupo dos Narcóticos anónimos (NA's) foi fundado cerca de 1950 nos EUA, derivando a sua inspiração do modelo dos Alcoólicos Anónimos (Angel, Richard & Valleur, 2002). Trata-se de um grupo de auto-ajuda (constituído por pessoas dependentes ou que foram outrora dependentes) que funciona de acordo com um modelo de grupos de verbalização. Os NA não possuem qualquer estrutura de autoridade hierarquizada, cada grupo é autónomo, mas o seu funcionamento assenta no modelo das *“12 tradições”*, enquanto a via para a recuperação do indivíduo é definida pelos *“12 passos”*, estes dois textos são referencias para todos os grupos de NA a nível internacional.

Os NA consideram a toxicomania como uma doença da dependência, encarada aqui como doença física, mental, e espiritual, trata-se então de uma doença incurável que, cuja progressão pode no entanto ser sustida; a recuperação é possível mas não a cura. O grupo representa o tratamento da dependência ou da *Adição*; sendo que esta afecta a vida em todos os domínios, não basta mudar só o comportamento relacionado com a droga, há que mudar o comportamento em geral, nomeadamente, os *defeitos de carácter*. A pessoa dependente ou adicta, deve aprender a existir de um de um outro modo, de forma a viver sem a substância, ou seja, mudar-se a si mesma com a finalidade de viver essa abstinência de modo feliz. O objectivo que se procura atingir consiste em promover uma mudança do modo de vida, mudança essa que passa por uma integração social e por uma outra concepção do mundo.

Os NA destinam-se a qualquer pessoa que tenha um problema com droga, quaisquer que sejam as substâncias consumidas. O programa de recuperação propõe que seja empreendida uma série de diligências pessoais, sendo a *abstinência* o objectivo

alcançar e, sobretudo, a manter. Para esse efeito, são organizadas reuniões onde cada participante *partilha* com os outros, a sua própria experiência da toxicomania e da vivência inerente. As reuniões é suposto começarem impreterivelmente a uma hora predeterminada e terminam cerca de uma hora e meia depois. Durante os primeiros tempos do tratamento aconselha-se que a participação de reuniões seja de, pelo menos uma, uma vez semana, frequência esta a manter durante 90 dias. Estas reuniões fazem um pouco as vezes de uma terapia de grupo, mas segundo Angel, Richard & Valleur (2002) á que adjectivalas de “selvagens”, na medida em que elas não são orientadas por nenhum técnico. De acordo com a concepção dos NA, a pessoa dependente é a que mais está “á altura” de compreender e de ajudar um outra pessoa dependente; a experiência comum acha-se assim, colocada em primeiro plano: estas pessoas viveram o mesmo tipo de acontecimentos o que possibilita uma *identificação*.

O grupo dá lugar a uma solidariedade comunitária através da relação de apadrinhamento. Cada “caloiro” escolhe um padrinho membro dos NA há já muito tempo, que vai assumir um papel de referência individual e com o qual vai poder ser estabelecida uma identificação. O padrinho deverá demonstrar-se inteiramente disponível para o seu afilhado (dia e noite se necessário) para o guiar ao longo de todo o modelo dos 12 passos. Trata-se de um verdadeira entre ajuda, pois desta maneira o padrinho também está a reactualizar os seus próprios esforços e diligências, sendo este o melhor meio de ele mesmo não recair - ajudar os outros que se encontram na situação que ele já viveu. A *entreaajuda* representa a essência terapêutica do programa: o grupo evita o isolamento total e é fonte de amizade de calor humano; o grupo dá a cada um dos seus membros o sentimento de já não estar entregue a si próprio e proporciona assim uma certa segurança. Graças ao que trás de positivo á dimensão humana, o grupo convida que o indivíduo regresse a ele (e.g. no final da reunião os membros dizem em coro “*volta que isto resulta!*”). No seio dos NA insiste-se constantemente na importância de fazer prevalecer as semelhanças que existem entre os membros e esquecer as diferenças entre eles (Angel, Richard & Valleur, 2002,p. 248).

2.3.2 – Psicoterapia no âmbito do C.A.T. da Covilhã e do N.A.T. do Hospital do Fundão

A estagiária destacou o conceito de Intervenção Psicológica no contexto da Psicoterapia de Inspiração Psicanalítica, uma vez que as psicólogas clínicas do CAT da Covilhã, assim como o orientador académico da estagiária, assumem esta modalidade psicoterapêutica, que impreterivelmente orientou o seu estágio e respectiva supervisão.

↳ **Psicoterapia de Inspiração Psicanalítica (PIP)**

↳ **Introdução e breve resenha histórica**

Segundo Freud (1905, p.1014) *Psique* é uma palavra grega que significa *alma*. Portanto, Psicoterapia refere-se a tratamento psíquico ou *tratamento da alma*. Podia supor-se que se entende como tal as manifestações mórbidas da vida anímica, mas não é esse o significado do termo. “*Tratamento psíquico*” denota bem mais o tratamento desde a alma, um tratamento - dos transtornos anímicos tanto como corporais - com meios que actuam directa e imediatamente sobre o anímico do ser humano.

Um meio é antes de mais a palavra, e as palavras são, com efeito, os instrumentos essenciais do tratamento anímico. “*Um profano seguramente achará difícil compreender que os transtornos patológicos do corpo e da alma possam ser eliminados por meio das “meras” palavras do médico. Suporá, sem dúvida que se espera de ele uma fé cega no poder da magia, e não estará de todo errado, pois as palavras que usamos quotidianamente não são outra coisa que não magia atenuada, disfarçada*” (Freud, 1905).

Todavia, muitos médicos “*vêm na Psicoterapia um produto do misticismo moderno e consideram-na anticientífica e indigna do interesse do investigador, comparada com os nossos meios físico-químicos, cujo emprego se baseia em descobertas fisiológicas. Permitam-me que me constitua em defensor da causa da Psicoterapia e assinale a vossos olhos o que semelhante opinião tem de injusta e de errónea*” (Freud, 1904, p. 1007).

Em primeiro lugar, Freud argumenta que à partida a Psicoterapia não é nenhum método curativo moderno. Pelo contrário é a terapia mais antiga da medicina antiga e primitiva.

Em segundo lugar Freud adverte que os médicos não podem prescindir da Psicoterapia, pela simples razão de que a outra parte interessada no processo curativo, o doente, não tem a menor intenção de renunciar a ela.

Em terceiro lugar, *“heide recordarvos o facto geralmente conhecido de que certas enfermidades, e muito especialmente as psiconeuroses, resultam muito mais acessíveis ás influências psíquicas que a nenhuma outra medicação. Segundo um dito muito antigo, o que cura estas enfermidades não é a medicina, senão o médico, ou seja a personalidade do médico, enquanto o mesmo exerce, por meio dela, uma influência psíquica (...), as promessas de melhoria que digamos consoladoramente aos enfermos correspondem já a um dos métodos psicoterápicos”*. (Freud, 1904, p. 1008).

Há médicos mais capazes que outros para conquistar a confiança do enfermo; em tal caso, o paciente já percebe um alívio quando vê o médico aproximar-se do seu leito (Freud, 1905, p. 1020).

Segundo Freud, o exemplo mais comum da acção psíquica sobre o corpo, observável sempre e em qualquer indivíduo é a denominada *expressão de emoções*. Quase todos os estados anímicos de uma pessoa se exteriorizam por tensões e relaxamentos de sua musculatura facial, pela orientação de seus olhos, a ingurgitação de sua pele, a actividade do seu aparato vocal e as atitudes dos seus membros. Estas mudanças corporais concomitantes, pelo geral, não oferecem ao sujeito proveito algum; muito pelo contrário, podem malograr as suas intenções quando se propõe ocultar ao próximo os seus movimentos anímicos, e geralmente se confia mais nelas que nas simultâneas expressões intencionadas por meio da palavra (p.1016).

Freud disse *“aquele que tem olhos para ver e ouvidos para ouvir convence-se que os mortais não podem esconder segredo algum. Aquele cujos lábios se calam tagarela com a ponta dos dedos, trai-se por todos os poros. È por isso que a tarefa de tornar conscientes as partes mais escondidas da alma é perfeitamente realizável”*.

From (1980, p.26) considera que a descoberta de Freud foi que o que pensamos não é necessariamente idêntico ao que somos; que aquilo que uma pessoa pensa de si mesmo pode ser e, de facto, usualmente é muito diferente ou até pode estar em completa contradição com o que realmente é.

Por seu turno, From (1980) ressalva que Freud ampliou de forma dramática o conceito de verdade, a verdade deixou de se referir apenas ao que acredito ou penso conscientemente para se referir também ao que reprimo porque não desejo pensar nisso. “*Aí está a grandeza da descoberta de Freud - ter criado um método para se chegar á verdade que está além do que o indivíduo acredita ser verdade; e pode fazê-lo ao descobrir os efeitos da repressão, e correspondentemente, das racionalizações. Freud demonstrou empiricamente que o modo de curar mentiras é o verdadeiro insight sobre a própria estrutura mental e, por conseguinte, na des-repressão. Essa aplicação princípio que a verdade liberta e cura, é a grande - talvez a maior - realização de Freud, muito embora a sua aplicação desse princípio sofresse muitas distorções e, com frequência, produzisse novas ilusões (From, p.8).*”

Por seu turno Sá (2003, p. 165) afirma que “*Um acto clínico, no âmbito de uma psicanálise ou de uma psicoterapia psicanalítica, não pressupõe um diagnóstico abstracto de que resultem interpretações aleatórias. Exige uma compreensão nítida dos diversos níveis que contribuem para que se crie um determinado quadro psicopatológico, um diagnóstico e um prognóstico ‘milimétricos’, uma proposta de intervenção clara, e um tempo de latência, entre a comunicação dos resultados e uma decisão acerca do eventual seguimento, para que ela se organize de forma esclarecida e sem quaisquer constrangimentos*”.

Acerca de semelhanças e diferenças entre psicanálise e psicoterapia analítica, Sá (2003) refere-se a Coimbra de Matos (2002)² para quem a psicanálise é “uma ciência da relação”, que por isso, toma a doença mental como resultado de “relações interpessoais patológicas e patogénicas internalizadas”.

O tratamento psicanalítico assenta em dois procedimentos metodológicos fulcrais: *reconstrução e análise do passado vivido e dismantelamento das relações patogénicas* (com “dissolução dos maus objectos internos circulantes, recalçados/clivados, e/ou projectados”), e *desenvolvimento de uma nova relação*, “desenvolutiva e sanguínea” com o psicanalista (que possibilite a transferência das conquistas dessa relação para outras fora do *setting* analítico: “*transferência da transferência*” (Sá, 2003).

Coimbra de Matos (2002) descreve a psicoterapia psicanalítica como o “*corpo de técnicas que utilizam métodos psicológicos para tratamento de estados mentais patológicos e doenças psicossomáticas*”, as consequências de uma psicoterapia serão: uma

² Matos, C. (2002). Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica. Lisboa: Climepsi.

melhor percepção de si próprio e da sua situação interior (*insight*), uma compreensão (melhor, reconstrução) da sua história, e a conquista de uma experiência relacional diferente, através da qual pode retomar o desenvolvimento que ficou suspenso.

Segundo Sá (2003) *Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica* (obra de autoria de Coimbra de Matos) não é um manual sobre a técnica psicanalítica, é, muito mais que tudo isso, um desafio ao humanismo de todos os clínicos. E subentende que, mais do que a placidez da remoção dos sintomas, ou a megalomanias de algumas leituras onipotentes, a cura analítica se propõe, nas palavras de Coimbra de Matos (2002), “*relançar o processo criativo, interdito ou inibido pela doença, expandir o imaginário e desenvolver o simbólico, restaurar o crescimento psíquico em espiral evolutiva*”, funcionando o terapeuta como *objecto vincular transformador*.

“*A Psicoterapia oferece-nos procedimentos e caminhos muito diferentes. Qualquer deles que nos conduza ao fim proposto, o tratamento do enfermo, será bom*”, Freud (1904, p.1008).

Principais Diferenças entre a Psicanálise e a Psicoterapia de Orientação Analítica ³

	Psicanálise	Psicoterapia de Orientação Analítica
INDICAÇÕES	(1) Neuroses e transtornos de carácter; (2) conflitos internos e externos, relativos aos conflitos infantis básicos; (3) pacientes com capacidade de ego para suportar a frustração e que façam a distinção da realidade interna e externa.	(1) Transtornos reactivos, crises viativas e acidentais; (2) conflitos circunscritos, com autonomia em relação aos conflitos infantis básicos; (3) pacientes com capacidade de introspecção, mas que necessitem reassseguramento e não toleram um maior grau de regressão.
OBJECTIVOS	Resolução de conflitos infantis através da neurose de transferência.	Obtenção de um nível maior de equilíbrio através do trabalho sobre conflitos derivados que possam ser destabilizadores.
PRINCÍPIOS TÉCNICOS	Associação livre, uso do divã, sessões mais frequentes (4 sessões semanais); interpretações transferenciais; estímulo à regressão (interpretações, clarificações).	Associação livre, paciente e terapeuta face a face, menor frequência das sessões (1/2 sessões semanais), intervenções mais integradoras, não há estímulo à regressão.

³ Machado, S. C. & Vasconcellos, M. C. (1998). Psicanálise e Psicoterapia de Orientação Analítica *in* Cordioli, A. V. Psicoterapias abordagens actuais. Porto Alegre: Artmed.

↳ Indicações e contra-indicações para a Psicoterapia de Inspiração Psicanalítica (PIP)

Esta modalidade psicoterapêutica tem como objectivos a resolução de conflitos seleccionados, a remoção das defesas patológicas, a promoção do crescimento em pessoas com atrasos nas chamadas tarefas evolutivas e a correcção de problemas psicopatológicos ou deficits adquiridos em etapas anteriores (Cordioli, 1998 a). Todas as indicações da psicanálise são acessíveis á PIP, representando esta nestas circunstâncias, uma segunda escolha (Milheiro, 2001). Muitos outros casos de Ego frágil, demasiado dependente ou facilmente regressivo, onde a psicanálise não pode ser indicada, são também acessíveis. Estão nesta circunstancia certos doentes psicossomáticos, neuroses facilmente descompensáveis no sentido depressivo ou ansioso, neuroses com forte componente de realidade externa, neuroses graves e neuroses de carácter ou perturbações da personalidade. Outros ainda onde a psicanálise ortodoxa está formalmente contra-indicada (pré-psicóticos, *borderlines...*) podem ter grandes benefícios com este processo. Também Cordioli (1998) considera que a PIP está também indicada em todos os pacientes que estariam indicados para a psicanálise mas não dispõe do tempo ou dinheiro necessários, ou não estão motivados para efectuar mudanças mais profundas.

Os candidatos á PIP são, em regra geral, os que têm dificuldades de personalidade persistentes e aqueles cujos sintomas são penetrantes e duradouros. Pacientes com perturbações depressivas recorrentes, ou reacções de luto prolongadas, ansiedade continuada, dificuldades de relação repetidas e especialmente perturbações de personalidade estado-limite e narcísica, constituem a maioria dos pacientes da PIP (Holmes & Crow, 1999; op. Cit. Ferreira, 2004).

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

A PIP é contra-indicada em pacientes com problemas de natureza aguda, severamente comprometidos nos quais a busca de *Insight* pode provocar regressões graves, com elevado grau de atraso mental, e com incapacidade para simbolizar, expressar sentimentos, ou sem interesse para fazer modificações pela compreensão dos seus conflitos (Cordioli, 1998a). Uma atitude terapêutica de cariz marcadamente analítico e ortodoxo nem sempre se revela a mais adequada para tratar toxicod dependentes nos quais se verificarem personalidades em que as funções egoicas estão distorcidas e limitadas e em que a capacidade para suportar a angústia e controlo dos afectos é de tal modo baixa que o *acting out* sucessivo numa tentativa de resolução dos conflitos internos no exterior não deixa a possibilidade de reconstrução na base da interpretação do material inconsciente (Fleming e Machado Vaz, 1981b; op. Cit. Ferreira 2004).

↳ **Aplicação da PIP na Adição**

Na linha de pensamento de Bucher e Costa (1988) por modelo psicodinâmico ou modelo relacional entendemos as abordagens que enfatizam a importância da relação intersubjectiva como instrumento ou meio de trabalho terapêutico. *Instrumento* no sentido de ela possibilitar uma “brecha”, uma entrada no universo cerrado e desconfiante do toxicod dependente, *meio* no sentido de acolhedor e tranquilizante, que pela situação de eventual catalisador afectivo recíproco, reconstrói um espaço onde viver sem perseguição, sem falsidade e sem violência se torna enfim ou novamente possível. Este modelo também se inspira na teoria psicanalítica, na sua concepção do homem no que diz respeito á importância dos conflitos inconscientes na base da neurose e também da toxicomania. É desta corrente teórica que a PIP herda as sua concepção de vínculo relacional (ou “transferencial”) e da sua adequação ao atendimento de toxicómanos.

Para que se possa estabelecer uma relação autêntica com o toxicómano, são necessárias condições como, em primeiro lugar, o atendimento da pessoa dependente de drogas requer “voluntariado” (Bucher e Costa, 1988, p. 76). No entender destes autores somente quando é a própria pessoa que solicita a consulta, a entrada na terapia terá uma oportunidade de ser bem sucedida. Os autores advertem que a experiência demonstra que quando a motivação não é pessoal, como expressão da sua vontade de sobreviver ou se salvar, a entrada na terapia propriamente dita não acontecerá. Se a pessoa for levada á

força ou (até com as melhores intenções) por instâncias que ele rejeita (magistrados, polícia, médicos, pais, educadores...), não poderá aceitar a terapia relacional, baseada na liberdade da sua decisão pessoal. A pessoa poderá desconfiar do terapeuta e da instituição que será perspectivada como um prolongamento do braço da repressão.

Neste modelo o que conta de facto no estabelecimento da relação terapêutica não é o saber ou a técnica do terapeuta, mas a sua presença, a sua empatia, capaz de superar as barreiras da desconfiança para envolver-se num contrato que permita a evolução transferencial.

Será também essencial, para manter uma relação de confiança que o atendente se abstenha de qualquer pressão sobre o consultante. Assim, renunciar ao consumo de drogas não pode ser a condição da sua entrada em psicoterapia (caso contrário esta nunca se efectuará em liberdade). Subjacente ao pedido, cabe perceber e revigorar o desejo de chegar a uma mudança efectiva, mudança que ultrapasse o nível utilitarista e imediatista do primeiro contacto e abarque a existência inteira do indivíduo, até às raízes da sua personalidade. Segundo Bucher e Costa (1988) quando o toxicod dependente decide pedir ajuda, pode presumir-se que a sua motivação contenha um desejo de mudança e libertação da droga. Mas este desejo será inconstante e as suas expressões ambíguas, uma vez que existem outros desejos, no início até mais fortes, visando a obtenção de novos prazeres, a regressão a uma vida de harmonia intra-uterina ou mesmo a autodestruição.

A confiança, autenticidade, flexibilidade do psicoterapeuta será essencial para que a relação possa aprofundar-se, aceitando-se o desafio que o toxicómano nos endereça. Somente assim será possível aceder àquela dimensão profunda na qual se enraízam os desejos secretos oprimidos de tempos remotos, com todas aquelas conotações infantis inconfessáveis, ligadas a experiências de carência afectiva, de rejeição e de desamparo. Pode até dizer-se se “que a relação psicoterapêutica com o toxicómano deve ter algo de fusional para lhe permitir renunciar às drogas”. No dizer de Bucher e Costa (1988, p. 79) é possível dizer, portanto que na abordagem relacional há também *substituição de dependência*, mas a dependência criada pela relação fusional com o terapeuta, na fase inicial da terapia, não representa um fim em si mas uma etapa apenas. Esta terá que se ultrapassar quando o jovem tiver adquirido “substância” suficiente para enfrentar a sua problemática sem aquele amparo fusional. A partir daí, a pessoa está mais apta - se o desejar - para entrar numa relação psicoterapêutica, com aquela distância afectiva que o toxicod dependente no início não suporta.

Os autores supramencionados consideram que a esta etapa não será possível fugir se a pessoa quiser chegar a uma libertação e não apenas uma substituição da dependência de drogas, caberá nesta etapa de uma psicoterapia mais regular e contínua, analisar com o paciente a sua problemática familiar e pessoal em toda a sua extensão, ou seja os seus conflitos neuróticos e infantis diante dos quais se refugiou através da farmacodependência, procurando soluções ilusórias.

Na perspectiva de Angel, Richard & Valleur (2002) as pessoas dependentes de drogas para se protegerem da relação interpessoal, irão frequentemente denegar a alteridade do outro, não podendo tão pouco viver-se a si como pessoas. Num tal contexto, se se pretende propor um enquadramento terapêutico realmente eficaz, é preciso não perder de vista o evitamento da verdadeira relação dual ou interdependente, que ocorre nestas pessoas. Então, o mais difícil irá ser o estabelecimento de uma relação diferenciada com o terapeuta enquanto pessoa assimilado na sua alteridade. Tal objectivo só poderá ser atingido após ter sido ultrapassado um certo número de fases desde o escoramento até á reactivação da elaboração psíquica.

As primeiras sessões são frequentemente dominadas pela dimensão actual e factual da existência, por exemplo uma enumeração de factos da vida quotidiana ou uma conversa sobre o número de comprimidos ou de *Shoots*. Esta polarização da atenção e do discurso de ambas as partes na substância consumida, funciona um pouco no registo de o pensamento ser posto em perigo, pensando que vai achar-se tratado como se fosse um objecto. Daí a principal preocupação do terapeuta: não identificar o toxicómano com o seu comportamento.

Face á reivindicação identitária do toxicómano, a atitude do terapeuta irá poder fazer reflectir para outra direcção o curso das sessões posteriores. Apesar das resistências maciças que se opõe ao estabelecimento de uma autêntica relação dual ou, melhor, graças a essas resistências, as ofertas de transferência por parte do terapeuta vão dar lugar a uma repetição agida no interior do enquadramento terapêutico (passagens ao acto, transgressões, etc.).

Angel, Richard & Valleur (2002) preconizam também que o acompanhamento psicoterapêutico de pacientes toxicómanos deve ter em conta o fenómeno da recaída, o qual é parte integrante do próprio processo da toxicomania. De recaída em recaída, pode observar-se uma modificação, uma progressão no modo de vida do doente. O clínico terá oportunidade de notar, reorganizações no funcionamento mental do toxicómano que lhe permitem, por exemplo, começar a sonhar, a fazer jogos de palavras a fantasiar novamente.

“O objectivo da psicoterapia, aqui, pode não ser fazer cessar todo o consumo de substâncias, mas antes permitir ao indivíduo fazer associações mais ricas e frequentes a despeito de interrupções que ocorrem no tratamento” (p. 243).

No plano intrapsíquico, o funcionamento tornar-se-á mais flexível, do mesmo modo que se registará uma evolução do paciente no plano relacional. Portanto, o essencial será obter-se uma diminuição significativa do sofrimento psíquico do toxicómano, mesmo na ausência de uma perspectiva de cessação definitiva do consumo de substâncias (Angel, Richard & Valleur, 2002).

↳ **Integração das Psicoterapias**

De acordo com Serra (2003, p.32) o quadro histórico do movimento para a integração das psicoterapias, consente a identificação de alguns aspectos de síntese que sublinham a validade e os méritos do movimento para a integração das psicoterapias:

- **Superação da «guerra fria ideológica»** - Antes de mais, o movimento para a integração das psicoterapias contribui para a superação, pelo menos em parte, da «guerra fria ideológica» que existia entre as diferentes abordagens terapêuticas, luta que marcou os inícios e o primeiro desenvolvimento da psicoterapia.

É verdade, pode contrapor-se, que o debate se deslocou da competição entre escolas terapêuticas para o confronto entre terapeutas «ortodoxos» e terapeutas ecléticos ou integracionistas, isto é, entre quem afirma a necessidade de fazer referencia a modelos teóricos claramente identificados e quem prefere utilizar técnicas provenientes de teorias diferentes, combinando-as de maneira nova e original. Porém, também é verdade que as perspectivas abertas pelo movimento para a integração das psicoterapias trouxeram ao campo da psicoterapia os valores do diálogo e da comunicação científica num clima de abertura e respeito.

- **Contributos das diferentes abordagens** - Em segundo lugar, o movimento para a integração das psicoterapias proporcionou uma revisão crítica das diferentes abordagens terapêuticas. Por um lado, consentiu uma apreciação das grandes potencialidades de cada

uma delas, como por exemplo, a teorização global do processo terapêutico e a utilização de um amplo leque de técnicas, mas, por outro colocou em evidência os seus limites, tais como a tendência a focar apenas alguns aspectos do funcionamento humano em detrimento de outros.

- **Aproximação entre as diferentes abordagens** - Mais ainda, o movimento para a integração das psicoterapias encorajou a aproximação e a recíproca abertura das diferentes abordagens terapêuticas e, deste modo, promoveu a descoberta dos factores comuns às diferentes psicoterapias, estimulando também a consciência da sua potencial complementaridade.

- **Investigação da eficácia terapêutica** - Por fim, o movimento para a integração das psicoterapias promoveu a investigação empírica da eficácia das psicoterapias e estimulou a teorização, a prática clínica e a formação de terapeutas mediante a publicação de numerosas obras científicas (revistas, manuais e monografias), e a realização de congressos internacionais.

Lagache (1978, p.20) afirma “*A psicologia reparte-se por muitas psicologias, não só pela rivalidade dos seus representantes mas também pela paixão que cada um sente pela sua disciplina ou pela convicção sincera que o anima. (...) É assim que hoje, num período de transformações aceleradas, a psicologia se situa no imenso campo das ciências exactas, biológicas, naturais e humanas. (...) A diversidade dos campos que a prática nos força a distinguir não impede o reconhecimento das suas sobreposições. A diversidade de métodos não compromete em nada o rigor científico. Pelo contrário, é a sua garantia: os problemas não são criados para os métodos, mas sim os métodos para os problemas*”.

Ainda em termos de Investigação, por iniciativa própria, a estagiária desenvolveu uma Revisão Bibliográfica com a finalidade de construir uma resenha histórica acerca da Psicologia Clínica e da Saúde, no sentido de aprofundar os seus conhecimentos (Anexo XIV).

Capítulo III

3. Actividades de Avaliação e Intervenção Psicológica

3.1 - Caso I - História Clínica e Avaliação Psicológica

3.1.1 – História clínica

Os dados que se apresentam foram recolhidos com base no processo clínico do utente, no qual a estagiária, inclusivamente, relatou algumas vezes por sugestão da sua supervisora, os aspectos mais significativos das consultas a que teve a oportunidade de assistir. Colaborando deste modo na continuidade da elaboração de uma história clínica que tivera início alguns anos antes do estágio em causa começar.

Sendo que, por um lado, a informação correspondente a alguns tópicos do guião de entrevista proposto pelo IDT não está disponível, e por outro lado, alguns **dados** serão necessariamente **omitidos** por razões **éticas e deontológicas inerentes à confidencialidade e ao sigilo profissional**, por exemplo: nome, morada do utente, N.º do bilhete de identidade, etc.

De seguida apresentam-se os tópicos mais significativos do guião de história clínica do IDT (Anexo XII). Estas informações foram transcritas com **autorização da supervisora** da estagiária.

↳ **Dados Sócio-demográficos/Assistência médica**

Tratamentos Anteriores: Sim

Data do último tratamento: Ano 2000

Nacionalidade: Portuguesa

Naturalidade: Covilhã

Data de Nascimento: 3/11/1965

...

↳ **Diário clínico - Terapêutica**

O Sr. X. fez tratamento no CAT no ano 2000, encontrando-se recaído em aproximadamente Março de 2005, tendo como terapeuta de referência nesta data, (em que regressa ao CAT) um médico de clínica geral.

Em Dezembro de 2005 o médico prescreveu ao Sr. X. um medicamento simultaneamente agonista/antagonista para tratamento de substituição - *Subutex* (indicado para utentes com um grau elevado de consumos de drogas, nomeadamente heroína e cocaína, em termos de frequência, duração e intensidade). Foi também prescrita medicação para o Sr. X. tomar antes de dormir. Não se tratando neste caso de uma modalidade terapêutica directamente orientada para uma desabituação física.

Este médico solicitou á psicóloga clínica colaboração, para apoio psicológico para o Sr. X., dado o utente se apresentar “deprimido e com choro fácil”.

Deste modo, a partir de Janeiro de 2006 o tratamento do Sr. X. comporta uma articulação intra-institucional desenvolvida pelos dois terapeutas supra mencionados. Posto isto, a estagiária teve a oportunidade de também acompanhar o caso assistindo ás consultas de Psicologia da responsabilidade da sua Supervisora.

No dia 5 de Janeiro de 2006 a pedido da sua supervisora, a estagiária relatou, previamente no seu Diário de Bordo (sugerido pelo seu orientador académico) e depois no Diário Clínico do processo do utente, os temas mais significativos da consulta, tendo repetido esta prática nas consultas seguintes, em que esteve presente para assistir, observar.

Neste contexto, a informação que se apresenta resulta desses mesmos registos, da consulta paralela e subsequente do mesmo processo clínico, bem como da exploração de alguns conceitos em termos de contextualização teórica.

5/1/2006 - O Sr. X. apresenta-se começando por dizer que é divorciado há 15 anos e tem dois filhos, uma rapariga com 17 e um rapaz com 19 anos. À medida que vai falando, comporta sinais de ansiedade e (como o seu médico também refere) de **depressão**. Treme, chora e apresenta uma expressão facial triste ao falar da sua preocupação em relação ao bem-estar e ao futuro da filha. O Sr. X. afirma ter uma boa relação com a filha,

no entanto, queixa-se de a sua ex-mulher interferir negativamente na relação pai/filha (“a minha ex-mulher põe a minha filha contra mim”).

↳ Para Melanie Klein, o termo “posição depressiva” diz respeito á angústia de uma perda do objecto amado, que o sujeito teme ver afastar-se de si devido á sua própria agressividade. Esta angústia encontra-se por volta do quarto mês de vida da criança, mas pode reaparecer noutros momentos da vida (Mousseau & Moreau, 1984).

A preocupação do X. focaliza-se no facto de a sua filha estar a pensar na possibilidade de sair de casa da sua avó (onde residia até esta data) para ir viver com o namorado de 25 anos, com quem mantém relacionamento há dois anos. Isto porque, na opinião do Sr. X., a sua filha está também a ser influenciada pela mãe para tomar esta decisão. Neste sentido, o Sr. X. está preocupado e a “sofrer” com a situação da filha, “doi” nas suas próprias palavras, pois considera que essa decisão pode ser precipitada e pode prejudicar o futuro bem-estar da filha. O utente reconhece que está “nervoso”, contudo “não trato mal ninguém”, “ não tenho explosões”. O X. acha que a filha também está a sofrer, porque a “conhece”.

A filha do X. tem 17 anos e como tal, na opinião do X., a mãe deve contribuir para o seu sustento, uma vez que ficou legalmente responsável por ela, tendo a sua custódia (segundo o X. “ a filha tem medo dela”). Contudo, a filha vive com a avó, mas a mãe está em Castelo Branco, vivendo actualmente com outro homem de quem tem outro filho. O X. afirma “praticamente a mãe da minha filha é a avó”, por outro lado, a filha do X. também cuida da avó que “perde a memória” (por exemplo, dá-lhe banho). O X. gostava que a filha continuasse a viver com a mãe, pois ainda é menor e por isso a mãe é responsável pelo seu sustento. O X. quer fazer valer esse direito da filha, considera que pode ser precipitado ela ir viver com o namorado também porque a mãe está a “influenciar” a filha. No entender do X. a sua ex-mulher quer que a filha vá viver com o namorado para ter lucro financeiro...

O X. tem medo que aconteça com a filha “o mesmo que aconteceu com o pai...”, considera que ela é muito nova para se juntar, “como o pai”...

A filha do X. deixou de estudar, tendo reprovado dois anos. O X. gostava que a filha estudasse mais, para não lhe acontecer o que “ aconteceu” ao X. que “só” fez o 6º ano e, nesta data, estava a trabalhar na construção civil.

O X. “criou” o filho que tem agora 19 anos, continua a viver com o pai estando a acabar o 12º ano para ir para a universidade. O X. diz que a mãe nunca telefona ao filho no seu aniversário nem no Natal, vem á Covilhã ver a filha mas não vem ver o filho. O X. afirma que os seus filhos não sabem que é utente do CAT.

De facto, nesta consulta o X. expressou alguns conteúdos significativos “gostava que os meus filhos tivessem a felicidade que ainda é hoje o dia que eu não tenho...” Neste momento o X. chorou de novo.

O X. foi encaminhado para uma técnica de serviço social a fim de poder esclarecer algumas dúvidas sobre os direitos da filha relativamente às responsabilidades legais, sociais e financeiras da mãe.

No final da consulta o X. pede desculpas, duas ou três vezes!.. (“desculpe Dr.”)

19/1/2006 - O médico neste dia considerou que O Sr. X. se encontrava mais calmo e estável, indicando no processo clínico estar previsto o utente iniciar tratamento aos dentes através do CAT na semana seguinte.

Na consulta psicológica, o Sr. X. apresentou-se um pouco mais aliviado, pelo facto de ter procurado um advogado para o informar sobre os direitos da filha, o X. ficou mais tranquilo uma vez que obteve a confirmação do que já supunha - a filha tem direito a que a mãe a sustente pelo menos até aos 18 anos.

Não obstante, o utente revela ainda tristeza na sua expressão facial e chora ao falar da filha. Numa conversa que tiveram recentemente, a filha alega para o pai que também será derivado á relação que a mãe mantém com o actual companheiro, que esta sugere que a filha vá viver com o namorado. O X. refere que a conversa com a filha o leva a supor que o actual companheiro da ex-mulher pode ser uma pessoa violenta e este ambiente interpessoal pode pressionar a filha do X. sair de casa da mãe e ir viver com o namorado. Neste contexto, o X. manifesta “posso andar normal, mas quando falo sobre os meus filhos começo logo a tremer, ou chorar”.

De ressaltar também que no próprio dizer do X. “a minha filha é um pouco como eu, **introvertida**, demora a falar das coisas”.

↳ Jung é o pioneiro da classificação **Introversão-Extroversão**. Para este autor, estes dois tipos caracterizam-se por determinados traços e a direcção que a libido toma, nestes dois casos é oposta: virada para o sujeito, no caso da introversão; ela dirige-se para o exterior, no caso do extrovertido (Hansenne, 2005, p.124).

O X. preocupa-se muito com os filhos, afirmando que uma grande **motivação** que tem é ajudar os filhos para o bem deles, “eles estão em primeiro lugar”, nesse momento emociona-se e chora.

↳ “*O princípio básico da teoria Psicanalítica da motivação é considerar que o comportamento humano é fundamentalmente motivado por razões de carácter inconsciente e orientado por pulsões*” (Monteiro e Santos, 1999, p.269).

2/2/2006 - O médico do utente ressalva no processo clínico que o X. expressa que ainda lhe lembra muita vez o recurso aos consumos, particularmente em dias de maior actividade, ansiedade, nesses dias o utente toma mais meio comprimido que a dose prescrita inicialmente do tratamento pelo médico e assim sente-se bem, dorme e fica bem.

Na consulta de Psicologia, o Sr. X. manifestou-se neste dia mais tranquilo em relação á preocupação com os filhos, dizendo que a situação por enquanto se encontra normalizada.

Neste dia começa a falar um pouco mais sobre si próprio e os seus próprios problemas. Apesar de alguma resistência, fala da mágoa que ainda sente em relação á sua ex-mulher. Pois no seu entender, a sua relação conjugal terminou por causa de uma traição da ex-mulher, que segundo relata o X., se envolveu com outro homem pouco tempo depois de a filha nascer, apesar de estar casada com o X.

O utente apresenta de novo sinais de ansiedade e depressão chorando quando fala sobre os seus próprios problemas e o seu sofrimento, que afirma não querer deixar transparecer para os seus filhos para os proteger. Neste sentido, apresenta alguma relutância ou **resistência em comunicar os seus sentimentos**, afirmando que vive os seus problemas sozinho. O que pode sugerir algumas dificuldades de expressão emocional e de relação, mais concretamente no que respeita a pedir ajuda (inclusivamente em relação aos filhos).

↳ Mousseau e Moreau (1984) referem a **resistência** como podendo tomar diversas formas: uma força que impede o regresso do recalcado, o doente recusa-se a conhecer as memórias que o terapeuta o ajuda a encontrar, põe em dúvida o valor do tratamento, produz racionalizações que o afastam do essencial. Esta mesma resistência é reveladora do facto de que, entre a consciência e o inconsciente, a separação não é nem acessória nem accidental: trata-se sim de uma relação de forças.

Pode ter ainda oportunidade referir o conceito de **recalcamento**. Segundo Favrod (1976) o termo designa o processo que tende a expelir ou a manter fora da consciência os pensamentos, recordações ou imagens condenadas pela instância superior do aparelho psíquico, o superego. É pelo mecanismo do recalcamento que se constitui o inconsciente. Monteiro e Santos (1999. p.274) afirmam que pelo recalcamento, um dos **mecanismos de defesa do ego**, o sujeito envia para o id as pulsões, desejos e sentimentos que não pode admitir no seu ego. Os conteúdos recalcados, apesar de inconscientes, continuam actuantes e tendem a reaparecer de forma disfarçada (sonhos, actos falhados, lapsos de linguagem...).

16/2/2006 - Neste dia o Sr. X. encontrava-se bem humorado, inclusivamente sorridente, em termos de linguagem não verbal! Transmitiu que estava feliz pelo facto de ter sido aumentado no seu salário. Em relação aos filhos diz que na data se encontram bem, não tendo grandes preocupações a esse respeito.

2/3/2006 - O Sr. X. apresenta-se de novo com boa disposição, aparenta estar estabilizado emocionalmente. Refere que para além de ter sido aumentado o patrão reconheceu o seu trabalho e falou sobre a hipótese de contrato de trabalho o que foi gratificante para o X. Em relação aos filhos não manifesta preocupação.

30/5/2006 - Até á data o Sr. X. tem acompanhamento médico, com o seu terapeuta de referência, que solicita novamente Consulta Psicológica (24/5/2006).

Neste dia a estagiária não assiste á consulta por se encontrar na sala de reuniões do CAT a aplicar a três utentes o teste projectivo *House-Tree-Person*, o Questionário de Personalidade SCID-II, instrumentos para a investigação que veio a desenvolver para levar a cabo a sua tese de licenciatura.

Não obstante, com autorização da sua supervisora, a estagiária teve autorização para consultar o processo clínico do Sr. X. com a finalidade de dar continuidade e consistência á História Clínica em curso.

Nesta data o Sr. X. apresentou-se novamente bastante deprimido, chorando várias vezes á medida que ia verbalizando o sucedido. O X. afirma que a filha se zangou com ele, sem razão aparente. Esta zanga da filha, parece ter vindo na sequência duma situação familiar, em que a ex-mulher do Sr. X. deu dinheiro á filha (cerca de 20 euros) a fim de ir com a avó ao cabeleireiro para esta cortar o cabelo. A filha do X. não fez o combinado e gastou o dinheiro numa saída para uma discoteca.

O X. quis falar com a filha para resolver o assunto. Esta não aceitou, tendo-lhe desligado o telemóvel. Entretanto o X. tenta aproximar-se novamente da filha mas ela rejeita.

Na sequência deste imbróglio, o X. diz sentir-se mal com ele próprio e ter **sentimentos de culpa**. Nesse dia, teve uma recaída, trocou no “mercado negro” comprimidos *Subutex* por dois pacotes de cocaína, que consome injectando. Posteriormente, tem novamente sentimentos de culpa e sintomas depressivos.

O X. Volta a redefinir o esquema de medicação com o seu médico, continuando a fazer tratamento de substituição e também um anti-depressivo.

↳ Monteiro e Santos (1999) referem a **culpabilidade** como um sentimento doloroso de ter cometido uma falta, ligada a afectos de tipo depressivo e de auto-acusação.

é independente de uma real justificação (o sujeito pode nunca ter cometido a falta, ou ela não justificar tal sentimento). A culpabilidade acarreta frequentemente o desejo de castigo e pode levar a comportamentos tão diversos como os de delinquência, fracasso ou suicídio. *"Para a psicanálise este sentimento está relacionado com o período edipiano e um superego rígido"*.

21/6/2006 - O X. teve consulta psicológica e de modo geral, pelo que foi referido no diário Clínico do processo do utente, este encontra-se bastante melhor. Tal como na consulta anterior e pela mesma razão a estagiária não assistiu a esta consulta.

Todavia, Ficou combinado com a sua supervisora a realização por parte da estagiária, de uma avaliação psicológica individualizada com o X. caso este estivesse disponível, numa a data a conciliar em função da disponibilidade do utente e da estagiária.

6/7/2006 - O médico regista no processo do utente que o X. vem bem. Mudou a sua situação profissional, trabalhando agora na limpeza de um centro comercial, afirmando que está a adaptar-se e está satisfeito. O Utente mantém seguimento médico.

Nesta data, tal como de costume às quintas-feiras, a estagiária encontrava-se na sala de reuniões do CAT, para solicitar aos utentes do Dr. Borges Lima (uma vez tendo tendo o “aval” deste médico), colaboração na investigação ao serviço da sua tese de licenciatura. Assim, após a consulta com o médico o Sr. X. foi um dos utentes que colaborou na investigação da estagiária (Anexos XV e XVI).

Também neste dia, com o consentimento do Sr. X. a Avaliação Psicológica individualizada (já planeada com a supervisora) foi agendada, na sua primeira sessão, para o dia **21/7/2006**.

Foi concedida autorização á estagiária para efectuar esta tarefa com autonomia, uma vez que neste período a sua supervisora estaria de férias. A utilidade desta tarefa está também relacionada com o *feedback* que a estagiária transmitiu á sua supervisora (aquando do seu regresso de férias) sobre o comportamento do utente.

3.1.2 - Avaliação Psicológica - Aplicação do Teste de Apercepção Temática

❶ Solicitação á supervisora, para realizar uma Avaliação Psicológica individual contextualizada em âmbito Clínico, para lá da Avaliação Psicológica ao serviço da investigação, que a estagiária concretizou no decurso do estágio para a concretização da tese de licenciatura respectiva.

A supervisora indicou a realização da Avaliação Psicológica com o Sr. X. e autorizou a aplicação o Teste de Apercepção Temática e o Inventário Depressivo de Beck. Neste caso, as Hipóteses a testar foram: Dificuldades de relação e estado de humor depressivo.

❷ Solicitação ao orientador académico, para requisitar o Teste de Apercepção Temática e o Inventário Depressivo de *Beck*, na “*testoteca*” da Universidade da Beira Interior. A solicitação foi concedida e o material facultado.

↳ Simões (1999) afirma que os alunos de Psicologia devem ter á sua disposição uma *testoteca* que permita a consulta e o empréstimo de materiais de avaliação e inclua um conjunto numeroso e diversificado de provas (p.143).

❸ Obtenção do **consentimento informado** e **autorização** do sujeito para aplicar o TAT e gravar a aplicação do teste em Áudio (micro cassette).

O pedido de **consentimento informado foi renovado e concedido** pelo utente recentemente, a fim de apresentar esta experiência de Avaliação Psicológica, no âmbito da adaptação dos trabalhos de estágio ao Relatório Final inerente á equivalência ao 2ºCiclo/Grau de Mestre.

❹ Aplicação do Teste de Apercepção Temática - 1ª Sessão em 21/7/2006

↳ O Sr. X. dá autorização para que na aplicação deste teste, as perguntas (instruções) e respostas que vão sendo dadas, serem gravadas em micro cassette ?

-“ *Exacto. Desde que seja só para a Sr. Dr.ª Raquel, para a Sr. Dr.ª Natália e o Sr. Dr. João, está tudo bem!* ”

↳ Claro, desde que seja estritamente confidencial não é !? (o que aliás faz parte das nossas regras profissionais, está bem ?!).

-“ *Exacto, desde que não apareça daqui amanhã no jornal!* ” (e o Sr. X. ri-se)

↳ Ai não Sr. X. fique descansado! (a estagiária sorri e ri também) claro que não! Isto é mesmo um trabalho sério não é!? é mesmo isso.”

Prosseguiu-se com as instruções gerais e a apresentação do material, em primeiro lugar o cartão nº1 (MF):

↳ Isto aqui trata-se de um teste de imaginação, é uma prova de contar histórias e as instruções basicamente são estas: eu vou mostrar cada um destes cartões ao Sr. X. peço-lhe que observe, começando pelo primeiro cartão, e o que consiste é o Sr. X. contar uma história, ao seu gosto como lhe fizer sentido (o Sr. X. interrompe, num tom de voz delicado).

-“ *Para histórias não tenho assim muito jeito, se fosse anedotas ainda...*” (ri-se)

É a historia que lhe sair, é assim, para dar uma pequena dica, só em termos das instruções, o que se pretende nestas histórias e faz parte do protocolo ou das instruções do teste, é que a pessoa conte uma história com um antes, presente e futuro, ou seja, olhando aqui por exemplo para este cartão, é para o Sr. X imaginar e contar uma história, imaginando o que é que poderá ter acontecido antes, o que é que está a acontecer agora e o que é que as figuras ou a figura poderão estar a pensar ou a sentir e o que é que poderá acontecer depois. É uma história como se costuma dizer com princípio meio e fim.. (o Sr. X. intervém)

- “ *Sim, sim.*”

Ou seja um antes, o agora ..e seria sempre assim. Não convém que cada uma das histórias ultrapasse os 5 minutos (á medida que vai fluindo o discurso a estagiária vai

alterando o tom de voz, em termos de acentuação ou prosódia e de linguagem não verbal inconscientemente, por exemplo palavras mais sérias, palavras mais calorosas)

- “ *Eu acho que também não chego aos 5 minutos (Sorri)! ”* ”

O Sr. X tem alguma dúvida em relação às instruções ?

- “ *Não, creio que não tá..(parece que gagueja) tá esclarecido.* ”

Está!?(Sentindo alguma hesitação, a estagiária pergunta num tom de voz delicado)

- “ *Tá!* ” (Parece mais seguro de si)

Então posso começar a mostrar lhe os cartões !?

(O Sr. X acena com a cabeça, como quem diz que sim)

↳ Este é o primeiro cartão do nosso teste, eu pedia-lhe então para contar uma história com os três... (O Sr. X. começa a observar atentamente o cartão durante alguns segundos)

- “ *Não sei, talvez uma criança que... (Inspira intensamente sendo audível ao observador) problemas em casa e...não, não, não se concentra no...talvez acho que tá, tá obrigada, a estudar violino. É a impressão que, dá, tem os olhos cerrados não é!? Exacto o olho entreaberto. Acho que não tá...tá forçado, a estudar violino. Talvez os pais... obrigaram porque...ou o pai ou a mãe, gostavam, ou gostam de violino e obrigaram o rapazinho a, a estudar violino mas ele parece que não tem muito interesse. ”* ”

Está a fazer muito bem o Sr. X! Fez uma contextualização do que é que estava antecedente ou antes, o que é que a figura poderá estar a sentir agora e a pensar, e o que é que poderia acontecer depois? (Sr. X. recomeça de imediato)

- “ *Portanto, a criança não mostra muito interesse no...a olhar para o violino como se... acho que nem deve tar a pensar na, na aula de violino, deve tar a pensar noutra coisa qualquer. ”* ”

E o que é que poderá acontecer a seguir?

- “ *Não sei (ri-se rapidamente), acho que.. continuar a fazer as vontades aos pais, digo eu. Em princípio, nota-se..nas feições dele, tá ali mesmo...por, por obrigação, ou sono (ri-se). Mas acho que é.. mesmo por obrigação, acho que não.. não está.. não tem motivação. Ou gostaria de tocar, outro instrumento e ás tantas foi isto que...o violino que.. lhe, impingiram-lhe o violino, e não, não tá motivado. ”* ”

(Após alguns segundos de silencio)

Ok, já terminamos então a primeira história sobre o primeiro cartão?!

- *“Em princípio acho que sim. Eu se fosse meu filho não, não obrigava. Aliás tenho dois e.. não os obrigo a fazer nada. Faço-lhes sugestões e eles aceitam ou não aceitam. Depende também há certas coisas que às vezes tem que ser mesmo não é!? Mas não, não é...isto impingiram-lhe mesmo o violino. O garoto não tá (ri-se) não tá motivado. (Passaram cerca de 5 minutos)”*

↳ Eu acho que o Sr. X. percebeu perfeitamente as instruções e respondeu muito bem á tarefa, agora é só continuar do mesmo modo. Este é o nosso segundo cartão e pedia-lhe outra vez a mesma sequência: o que é que poderá ter acontecido antes, o que é que as figuras podem estar no presente a sentir e a pensar e o que é que poderá acontecer depois!?

- *“ Isto é a lavoura, isto é suposto ser a filha do casal, não é?”*

Há uma coisa que eu não posso fazer...

- *“ Sugestões!?”*

É! sugestões e não posso interferir nas histórias, fica completamente, como fizer sentido (o SR. X. parece estar a compreender e diz “exacto”) é como o Sr. X. gostar de contar a história.

- *“ Acho que é um casal e...trabalho árduo, na agricultura e...tá aqui a rapariga com os livros na mão e eles a trabalharem árduo pra..pra... facilitarem uma vida melhor, um futuro melhor á filha. É...é aquilo que me sugere assim á primeira...”*

E será o presente, não é!? O que está a acontecer no presente. (O Sr. X. diz “exacto”) E o que é que poderia ter acontecido antes e depois?

- *“ Antes foi, eles tiveram...um passado que não...não foi muito fácil, e nota-se que, tão a lavrar terra, a esposa encostada aqui, á arvore a descansar um bocadinho, deve tar cansada também, e o passado deles não...não foi bom e querem proporcionar, um futuro melhor á filha. Que é o que...acho que qualquer pai ou qualquer mãe...que se preze, deve, deve fazer.”*

E em relação ao que estas figuras estão a pensar e a sentir, e depois o que é que poderá acontecer no futuro ?

- *“No futuro, acho...por exemplo, a filha tem...um ar pensativo, ela deve tar...a pensar, que não, não é este o futuro que os pais têm...ou o futuro...ou...a vida que os pais têm...que não, não é o ideal par ela, por isso tá, tá agarrada aos livros, pensativa que quer um futuro melhor, para ela. Acho que é isso. Tem um ar muito...muito, distante, ela tá ali fisicamente, mas tá...tá a pensar no futuro. Que não é isto que... ela vê aqui os pais a, na lavoura, trabalho duro, ela tá a pensar que.. não é isso que quer para ela. Até mesmo a indumentária, daqueles, os colégios, dá impressão que é farda de colégio e... ás tantas a*

pensar que os pais, na lavoura, a darem o litro como se costuma dizer, a esforçarem-se para ela ter um futuro melhor. Acho que é isso.”

Ok. Quando o Sr.X. em cada história entender que tá terminado pode-me dizer.

- *“Acho que tá. Acho que é isso.”*

↳ Podemos passar então ao próximo, neste cartão as instruções são as mesmas: o que é que terá acontecido antes, o que é que esta figura poderá estar a sentir ou a pensar e o que é que poderá acontecer depois.

- *“Isto talvez...este desenho... (parece rir-se brevemente) é um indivíduo que...talvez chegou ao fundo do poço...mesmo... tá mesmo lá no fundo... E um conselho que eu lhe dava era vir aqui ao CAT...e...falar com...com vocês os três. Com a Sr. Dr.^a, com a Sr. Dr. ^aNatália e com o Sr. Dr. João. Faz bem!”*

E o que é que poderá ter acontecido antes ?

- *“É incógnita, não, não lhe vejo a cara. Sei... que está mesmo no fundo do poço, desanimado tá! Agora, não lhe vejo a expressão...não, não dá pa... só se lhe visse mesmo a... a expressão dele, é que dava pa dizer mais qualquer coisa, mas assim...é mesmo o que me leva... a pensar...mesmo lá no fundo...e procurar ajuda”*

(o tom de voz diminui, de tal modo que a estagiária não capta exactamente o que foi pronunciado e pede ao Sr. X. para repetir o que disse e confirma-se “procurar ajuda”).

E posteriormente?!

- *“Vir ao CAT. Marcar consulta com o Sr. Dr. João, com a Sr. Dr.^a Natália e com a Sr. Dr. Raquel (espontaneamente a estagiária sorri e o Sr. X. também) que ajuda muito! É!.. basicamente é, acho que não...não me diz mais nada...”*

↳ Ok. Vamos passar ao cartão seguinte então não é!?

“Isto cheira-me a traição! (de novo o Sr. X. como que se ri rapidamente) Ele quer se ir embora e ela não o quer deixar ir-se embora...ou ele não...não gosta dela ou ela lhe fez alguma coisa e ele quer ir-se embora...ele até tá.. com a cara virada p’ro lado, mesmo naquela de... acabou tudo...e ela a segura-lo, mas mesmo assim...”

O que é que podem estar a sentir e apensar nesse momento?

- *“Não sei, não sei se ela o traiu ou se ele nunca gostou dela. É um bocado abstracto. É das duas uma, ou das duas três, como se costuma dizer! (o Sr.X. ri-se e suscita a mesma reacção na estagiária) É, ou ele nunca gostou dela... ele quer-se ir embora. Ela tá a agarrá-lo e ele até tá com a cara virada, p’ra se ir embora.”*

E o que é que poderá acontecer depois ?

- *“Depois não sei...se ele... gostar dela... pode... se ela o traiu...se ele gostar dela pode perdoá-la... foi aquilo que eu fiz...eu dei segunda oportunidade á...minha ex-mulher...mas...ele tá com um semblante... isto também é a preto e branco, mas tá com semblante um bocado.. obscuro, acho que..acho que aqui não há final, é...cada um p’ra seu lado e seguirem.. seguirem a vida. Acho que tá tudo...(ri-se).”*

Tá tudo para este cartão!?

- *“Acho que sim!”*

↳ O cartão numero 5, mais uma vez o que é que pode ter acontecido antes o que é que as figuras podem sentir e pensar no momento mais presente e o que é que poderá acontecer depois?

- *“Este é um bocado...um móvel, uma estante uma mesinha, talvez uma sala de estar em que o marido, ou um filho ou uma filha devem tar a ver televisão e a mãe vai chama-los, para irem a algum lado ou p’ra irem a jantar ou almoçar. Deve ser uma sala de estar, em que alguém da família deve tar a ver televisão ás tantas ou leitura tem aqui os livros também, para ler ou assim e foi chamar p’ra...ela tá com a mão na ‘mãozeira’ e tudo e foi chama-la para...para qualquer coisa. O que é não sei, isso temos que perguntar á senhora (ri-se). É!”*

↳ Temos aqui o sexto cartão. Mais uma vez as instruções são as mesmas..

- *“Ele tá pensativo, com um olhar... ele deve ter feito alguma coisa.. e foi falar, em princípio deve de ser a mãe, e ela tá a olhar no vazio, distante. Ele deve ter feito alguma coisa...em princípio, não sei deve de ser mãe e filho. Ele tá com chapéu na mão, deve ter ido a falar com a mãe sobre algum assunto... que não deve de ser bom, pelo semblante da mãe, tá a olhar...distante...”*

O que é que poderia ter acontecido antes?

- *“Não sei lá está a tal coisa, temos de perguntar á senhora ou ao senhor (ri-se) isso é... um bocado abstracto. Mas... o desenho é o que me diz, ele fez alguma coisa e...deve ter ido a pedir desculpas...ela tá muito pensativa, ás tantas deve tar a pensar se perdoa ou não perdoa, ou se o problema se resolve ou não resolve.”*

E o que é que poderá acontecer a seguir ?

- *“Temos de perguntar á senhora, se lhe perdoa ou se ele consegue resolver o assunto...se houve algum assunto que...complicado.”*

↳ Isto é uma prova de contar histórias e de imaginação e pode contar a história á sua maneira ou ao seu gosto. Este é o cartão numero sete, outra vez as mesmas instruções.

- *“É a mesma história do anterior, pai e filho...o pai dá impressão que gosta do filho e o filho dá impressão que não gosta do pai...pelo semblante, pelo menos pela cara de um e de outro. O pai tá com... um ar, mais ou menos de ternura e o filho tá assim um bocadinho pó...pó esquisito (ri-se) faz lá as pazes com o velhote pá, vá (ri-se). É, aqui é o inverso...”*

É o inverso ?

- *“Quer dizer não é bem o inverso, na outra a mãe está a olhar... no distante e aqui não, aqui o pai tá...tá a olhar p’ro filho, os olhos não se notam bem mas.. tem um ar de ternura, mais ou menos. O filho tem um ar assim um bocado..carrancudo.”*

E o que é que pode ter acontecido antes e o que é que poderá acontecer a seguir?

- *“Aaah, temos que perguntar aos senhores !?.. (ri-se) Acho que tá este.”*

Está!? Ok, o Sr. X. é que começa e termina as histórias.

↳ Novamente as mesmas instruções (apresenta-se o cartão numero 8)

- *“Ui! Este é um bocado macabro...uma caçadeira...”*

O que é que poderá ter acontecido antes?

- *“ Sem um braço...”* (fala baixo, a estagiária não capta o que foi dito e pede para o Sr. X. repetir)

Como?

- *“ Este não tem braço, não, não tem mão !? ”* (ri-se brevemente)

Deixo a resposta p’ra si!..

- *“ Pelo menos não tá lá! (ri-se rapidamente) acho que...e com, com este flash, esta faixa aqui...(inspira de modo que se torna audível par o examinador) sei lá, p’raí um pesadelo, que...isto é um rapaz ou uma rapariga? Cabelo curtinho?..”*

Como entender!..

- *“ É um rapazinho pronto! Aaah, p’ái um pesadelo que deve tar a ter, uma caçadeira, dois indivíduos, um sem mão, o outro com a faca na mão aaah...a cortar a barriga ao outro. Isto é um rapaz que tá a ter um pesadelo.”*

O que é que poderá ter acontecido antes ?

- *“ Talvez a vida não lhe corra bem!.. é o que ás vezes me acontece a mim quando... as coisas não me correm bem, tenho... tenho pesadelos durante a noite. A vida é capaz de não lhe tar a correr bem e...e anda com pesadelos o rapaz. É o que me sugere talvez (ri-se discretamente). E este clarão, e não sei quê, e ele de costas virado pa lá, porque se...se fosse p’ái uma cena real acho que ele tava virado de costas p’ra mim, p’ra cá, não estava a olhar p’ra mim, tava a olhar p’raquilo que os outros dois tão a fazer, que*

é um bocado macabro, este não tem mão, este com a faca a abrir a barriga, caçadeira aqui ao lado, é pesadelo! O rapaz tá... tá a ter um pesadelo. ”

O que é que pode acontecer a seguir?

- *“É acordar, sobressaltado, que é o que me acontece a mim (ri-se) é! (ri-se) acho que este também tá.”*

↳ O cartão numero nove.

- *“Eh lá! (ri-se) são alentejanos! (ri-se bastante com entusiasmo) é! É mesmo essa! Acho que sim, no fim de...no fim ou no intervalo, tem aqui ervas e não sei o que, isto deve de ser no meio de uma seara, estão a fazer uma pausa do trabalho, o rapazinho como tem mais energia é o único que não tá a dormir, os outros já tão, um bocadinho pró... pró caído, na idade. É! O chapéu a tapar o sol, é! Quatro chaparrinhos, a descansarem do trabalho. Só um é que não tá a dormir e os outros se calhar também não, tão a fazer uma pausa, no trabalho.”*

Então antes ?..

- *“Antes fartaram-se de trabalhar e a seguir se calhar vão trabalhar mais outra vez (ri-se) é, acho que também não há mais nada a dizer sobre este.”*

↳ Este é o cartão dez, o ultimo desta sessão.

- (sorri...Inspira com força) *“Este faz-me lembrar o meu pai e a minha mãe, o meu pai que Deus tem, e a minha mãe que ainda é viva felizmente, e Deus queira que por muitos anos, ternura ”* (diminui o tom de voz, a estagiária teve tem dificuldade em captar a palavra pronunciada)

Disse ?..

- *“Ternura...”* (passam-se vários segundos de silêncio, o Sr. X. emociona-se vindo-lhe as lágrimas aos olhos e nesse momento aparenta ter dificuldade em continuar a falar) *“e é só...Desculpe Sr. “Dr.”!”*

E é só! Obrigada! (Neste momento a estagiária desligou o gravador, a aplicação da primeira sessão do TAT terminou, na reflexão final sobre a aplicação do TAT explica-se como a estagiária reagiu a este comportamento do X.)

⑤ Aplicação do TAT - 2ª Sessão em 28/7/2006

↳ O Sr. X. dá autorização para fazermos a gravação da segunda parte do teste ?!

- “ *Tá! é a mesma cassete?! ”* ”

É! Ok ?!

- “ *Ok! ”* ”

↳ Então é assim, esta segunda sessão ou nesta segunda parte do teste, o procedimento é mais ou menos o mesmo, só que agora vai haver uma diferença, é que agora neste caso, as histórias que pode contar a propósito de cada cartão, são novamente 10, a diferença é que pode dar, “rédea solta”, como se costuma dizer, á sua imaginação, ou seja, como se se tratasse de um sonho, de uma fábula, de uma fantasia. Portanto, as outras histórias, mesmo pelas próprias situações, o encadeamento, eram histórias próximas do real.

- “ *É para empregar o meu imaginário !?”* ”

Sim! Livrementemente, portanto como se fosse um sonho, uma fantasia, uma fábula. Os autores até dizem que pode ser mais “fácil” esta segunda parte. (passam alguns segundos em silêncio)

- “ *Sr, Dr.ª é, é aquilo que eu, que eu lhe disse, eu p’ra inventar histórias não sou muito...* ” (ri-se rapidamente)

Neste caso agora as histórias são, podem se tornar um pouco mais “fáceis”, porque não têm de ter, quer dizer não têm de ter aquele rigor de uma história da vida real, com princípio, meio e fim, digamos assim (a estagiária procura intervir com um tom de voz calmo e encorajador, securizante). Neste caso, pode... é o que lhe ocorrer, pode dar liberdade mesmo á imaginação em função do cartão.

- “ *É aquilo que eu disse á Sr. Dr.ª da outra vez, em questão de inventar histórias não... e ainda há pouco disse (ri-se brevemente) a inventar histórias não... p’ra mim é...é o real, é o dia a dia o meu... (a inspiração do Sr. X. torna-se audível como que um sinal de ansiedade/ hiperventilar) o meu e o da, da sociedade não é!? E tenho que me basear também nisso, não é ?! (espontaneamente olha para o cartão n.º 11, e começa a envolver-se de imediato na tarefa) são uns monstros, sei lá, pré-históricos... (a estagiária comunica com encorajamentos do tipo umh,umh, interjeição) acho que tá aqui uma cauda de um* ”

dragão, se não me engano...e uma pata ou asa ou o que é?!... (a estagiária repete a interjeição) deve de ser uma pata, perto da cauda... é a pré-história, é pré-histórico. È a pré-história, então tão aqui dois, dois ou três, não se nota muito bem...do gênero de...dos filmes de ficção científica. E aqui há um dragão, aqui tão mais dois monstros e...sei lá...é inventar! (ri-se) Inventar uma história. Tou numa caverna, e necessito sair da caverna, e tenho aqui esta ponte, e tenho que superar... aqui o dragão parece que tá, tá a dormir. Tá encafuado lá dentro da, da gruta... e tenho que arranjar maneira de passar por esses dois, dois ou três... não se nota muito bem nem cabeças nem nada (ri-se com entusiasmo com duas ou três pequenas gargalhadas) só uma cabeça aqui, não sei se é uma se são dois se são três, se calhar é só um (ri-se)... e eu passar esta ponte aqui, para...superar isso. O gênero de...de um pesadelo. Presentemente não existe...e é...eu tou aqui deste lado, a atravessar a ponte...e enfrentar ali o...sei lá, parecem ums bisontes ou o que é!? (ri-se com entusiasmo, duas ou três gargalhadas) é suposto serem ums bichos também, não é?! ou foi da gráfica que não, não gravou bem ?!”

Pode dar liberdade á sua imaginação, como, como já lhe tinha dito, eu não lhe posso dar sugestões.

- “*Mas em princípio?! Deve de ser ?!”*

Eu não posso dar sugestões!..

- “*Exacto, a Sr. Dr.^a já da outra vez me tinha dito. ”*

Tinha, tinha-lhe dito, mas pode sempre dar liberdade, á sequência da história...

“É eu atravessar este carreirinho que está aqui e...sair, que isto é uma gruta. Paredes altas, tá aqui um dragão escondido numa gruta...e sair dali p’ra fora o mais rápido possível. É!”

Vê Sr. X., tal como, da outra vez...desempenhou bem a tarefa, da outra vez esteve bastante bem, de acordo com as instruções que se pretendiam e agora apesar de ao início dizer “não tenho muito jeito para contar histórias” em função do que lhe foi pedido, tá a correr bem!

- “*Foi o que eu disse á Sr. Dr.^a da outra vez, se forem anedotas!... Mas se...a maior parte delas que eu sei também (ri-se) não dá p’ra contar á SR. Dr.^a porque...(ri-se) daquelas que...*” (a estagiária também se deixa rir brevemente)

Daquelas “picantes” !?

- “*É!*”

Mas também, por exemplo, no (programa televisivo) “Levanta-te e ri”... não é?! Também ás vezes uma boa anedota!.. (Entretanto, a estagiária pega no segundo cartão)

↳ Este é o segundo cartão, o procedimento será o mesmo do anterior, dar liberdade á sua imaginação.

- *“Em princípio...não sei pelo menos pela fisionomia...que ele não se vê muito, muito bem a cara, deve de ser pai e filha... e... a filha a dormir e o pai dar...a bênção, antes de se ir deitar, a dar a bênção tá com a mão no ar, a dar a bênção á filha, filha ou filho, não, não dá p’ra perceber muito bem, ou filha ou filho e ele tá-lhe a dar a bênção, antes de se ir deitar, que a filha vai mais cedo p’ra cama e ele tá-lhe a dar a bênção. É, é isso. É, Deus te abençoe, ó minha filha ou meu filho...tá um bocadinho obscuro, a testa não dá p’ra ver os olhos nem nada. É a dar a bênção, é isso.”*

↳ O cartão numero três.

- *“Isto é crime! Não se vê sangue nem nada, mas pode ter sido...aliás tem aqui o pescoço, ligeiramente cortado, e esta mancha aqui preta...isto...não sei, esposa, irmã, mulher...e cortou-lhe o pescoço...e tá arrependido. Tá arrependido, tá a tapar a..a vergonha que fez...acho que é isso..é...é um fundo muito escuro e...é muito escuro e... se fosse a cores dava p’ra ver melhor, mas dá a impressão que ela que tem a.. a garganta cortada!... e ele ou está arrependido, que tá com o braço na cara, ou tá arrependido, ou tá a limpar ... o, o sangue que lhe salpicou p’ra cara. Das duas três, como se costuma dizer...pelo menos dá impressão disso, que ela tem o pescoço cortado?!”*

Tem liberdade para imaginar a história!..

“Os braços para baixo, portanto tá, tá desfalecida. Deve ter ou lutado..quando já não tinha mais força nenhuma, quebram-lhe os braços para baixo, pelo menos vê-se só um, mas o outro também não tá por cima, deve tar na mesma posição, ficou sem forças...e ele ou está a limpar o sangue que lhe salpicou p’ra cara ou tá arrependido, mas...eu penso que tá a limpar a cara. Sei lá, acho que se tivesse arrependido, devia tar p’raí prostado, de joelhos ou assim, e de cima dela, mas não tá, ele tá a limpar... o sangue que lhe salpicou de...de lhe ter cortado, cortado a garganta. Isto é aquilo que me dá a impressão que tem a garganta cortada, mas é a tal coisa tá a preto e branco, se fosse a cores dava p’ra ver melhor. Tá a limpar o sangue da cara...cadeia e não deixarem sair, deitarem a chave fora, é!”

Está?!

- *“ Tá! ”*

↳ Este é o cartão n.º 13.

- *“Uma janela aberta. Um passado obscuro...só se vê.. a janela aberta e a sombra dele, o resto é tudo preto. Um passado obscuro...com uma perna, ou num banco ou*

qualquer coisa...atiro-me, ou não me atiro...talvez, tá a olhar p'ró, universo, tem a cabeça ligeiramente, levantada pra cima, a olhar p'ró universo, um passado obscuro e...com a janela aberta. Atiro-me!? vale a pena ou não vale !?.. É um bocado abstracto, não sei só entrando na...só conversando com ele (ri-se brevemente)...mas, quadrado todo em preto, janela aberta, e ele com uma perna levantada, deve ter de cima de um banco ou duma cadeira ou qualquer coisa. A pensar se...se atira, da janela ou não...”

Está!?

- “ *Creio que sim!* ”

↳ Este é o próximo cartão.

“Eh lá! Este parece-me uma capa dos Pink Floyd! (sorri) É mesmo isso! Uma capa dos Pink Floyd. Que é um dos conjuntos que, que eu adoro! Contra o sistema...contra, tudo aquilo que não...não há razão para existir mas existe. É! É Pink Floyd, uma capa dos Pink Floyd. Com o Roger Waters, que foi o melhor vocalista que os Pink Floyd teve, contra tudo!.. esses os U2, contra o sistema, contra tudo, aquilo que não devia existir mas existe, e eles fazem voz disso, através da música.” (a estagiária parafraseia o Sr. X. para tentar perceber melhor o sentido da sua afirmação)

Aquilo que não devia existir mas existe ?

- “ *Anarquias, Xenofobias, Racismos... por isso é que eu adoro, esses conjuntos!*

Gostava que desenvolvesse um bocadinho mais!..”

- “*A Sr.ª Dr.ª percebe inglês!?”*

Alguma coisa!

- “*Ouvir Pink Floyd, U2, é ver as letras contra... tudo aquilo que não, não devia existir mas existe...anarquias, xenofobias, racismos, maus tratos, pedofílias, tudo e mais alguma coisa. Que é... as músicas que eles têm é contra essas coisas todas, é! Mas não tou a ver U2, isto para mim é a capa...de um CD de Pink Floyd, mas a cores, e ás tantas a preto e branco! Eles também têm, têm um que também é a preto e branco, já mesmo por causa disso, o contraste! O branco que existe, e o preto!.. tentar...como as guerras agora!.. ainda não têm acabado uma guerra já estão a começar outra!... Que é o que esse dois senhores, pelo menos, Roger Waters (Pink Floyd) e Bonno Vox (U2), e fazem campanhas e... tudo e mais alguma coisa! Teve cá o Bonno Vox (em Portugal), foi no princípio deste ano ou no final do ano passado se não me engano, e recebeu um mérito do Jorge Sampaio, derivado àquilo que ele faz! Contra a pobreza, contra a fome, contra...guerras, contra tudo... por isso é que são daqueles dois conjuntos que, é os mais CDs que lá tenho em casa é desses, porque louvo, louvo aquilo que eles fazem! Têm poder*

p'ra isso e fazem! Eu se tivesse também era... louvo a atitude deles, têm poder p'ra isso e fazem-no, põe-no em prática. Não é como... muitos e muitas, agarram o que querem é o "cachet" e o resto é cantigas. Estes não, estes lutam e dão.. e contribuem, dão dinheiro, p'ra essas causas e.. .pelo menos o Bonno Vox, contra a fome em África...Sidas e essa coisa toda, anda sempre em digressão pelo mundo todo, não a fazer concertos ele sozinho, agarra e aluga um jacto e vai a falar com... não sei se a Sr. Dr.^a viu a reportagem de quando ele recebeu o prémio em Belém ?”

Não.

- “A dizer e a pedir ao governo português, porque tinha sido ex-colonizador de países africanos, que fizessem mais que aquilo que estão a fazer, para tentar ajudar mais do que aquilo que tem feito, tem feito umas coisitas, mas que podiam fazer mais, o caso de Timor por exemplo, era uma ajuda...mas é pouco, devia de ser mais. É! E ainda ontem tive no correio da manhã, indivíduos ainda na assembleia da república, são advogados e isto e aquilo, a receberem 16/17 mil Euros de reforma! E ainda continuam no activo! E um desgraçado tem que, esperar até aos 65 anos, e leva acho que 60% daquilo que ganhava, tá mal! Mas infelizmente, a gente não pode fazer nada! Louvo é estes senhores, estes tá bem...a música é boa, mas além da música, a atitude deles! é, é de louvar!”

Este cartão está?!

- “É! Foi aquilo que me veio logo á imaginação!.. É os Pink Floyd têm alguns assim, também capas mesmo...há muita gente que não conhece aquilo que eles fazem, mas que pensam...satânicas e não sei que.. e o tipo de som e... mas se percebessem um bocadinho o inglês, se conhecessem a letra... estão sempre a descascar nos governos a nível mundial! Acho que está!”

Mas tenho aqui uma dúvida, há alguma capa que já existe e que é parecida, ou poderia ser uma capa?!

- “Poderia ser uma capa! Eu lembrei-me dos Pink Floyd, que é mais o género de capa p'ra eles! Com o Roger Waters que já foi o vocalista, por exemplo com a queda do muro de Berlim, convidaram-no a ele (e o vocalista já não era ele) e ele é que fez o concerto. Não sei se já viu o DVD?! É espectacular! Já o vi algumas 4 vezes! não é só pelo som mas também por aquilo que eles representam!”

↳ Claro! Ora este cartão, é um cartão diferente, é um cartão em branco, que tem uma instrução ou procedimento que é assim: o que se pede é para a pessoa imaginar um possível desenho, tal como existe nos outros cartões, mas neste caso fica ao critério da

peessoa, imaginar um possível desenho e descrever com algum pormenor ou contar uma história sobre um desenho imaginário:

- *“Este é simples...eu, o meu filho, a minha mãe, a minha tia que é irmã da minha mãe (mora na mesma rua). Todos, numa casa, com um bom emprego, uma vida estável...(o Sr. X. fica alguns segundos silente) é isso!”* (quando voltou a falar diminuiu o tom de voz, aparenta estar emocionado).

Já percebi o geral, quer descrever algum pormenor desse desenho, que eu também estou a tentar captar.

- *“Era o suficiente!.. O suficiente era só isso...todos debaixo do mesmo tecto, era o suficiente, eu depois fazia o resto...”* (permanece silente e aparenta estar emocionado)

Esse desenho imaginado então.. tá!?

- *“Tá!”*

↳ Ok! Este é o cartão n.º 17 e novamente são as instruções dos anteriores, portanto dar liberdade á imaginação como se fosse um sonho, uma fábula.

- *“Este aqui... até lhe podemos por um nome, X. ! A subir pela vida acima, a subir pela corda, a subir pela vida acima, com tudo e mais alguma coisa, os trambolhões, as boas coisas...com uma cara um bocadinho... não tá muito alegre mas... parece bem disposto, como sempre (ri-se brevemente como que forçosamente) a lutar pela vida... Andamos a fazer por isso Dr.ª !.. mais ou menos bem disposto e pela corda acima da vida...”* (neste momento a fita da cassete, que tinha duração de uma hora, termina e a estagiária teve de proceder ao registo através da tradicional técnica de papel e lápis!)

↳ Este é o cartão n.º 18.

- *“Este é o inverso...alguém ta-lhe a tentar dar a mão, só se vê a ponta dos dedos, mas ele tá... é isso Dr.ª !.. pela indumentária, e ele de olhos fechados, e ali as mãos a tentarem dar uma ajuda e ele tá despreocupado, não quer saber daquilo, é totó, mesmo p’ra terminar...”*

Porquê ?!

- *“ Porque não é inteligente o suficiente...a saber que tão a querer ajuda-lo e ele não quer, não tem inteligência suficiente p’ra perceber isso...ou então tá com uma besana que jesus! “vai deitá-la”! (ri-se) é! ”*

↳ Este é o cartão n.º 19

- *“ Isto é Picasso! (ri-se) apesar de o meu signo de escorpião gostar de abstracto, isto é lembra-me um quadro de Picasso! Não me diz assim mais grande coisa Dr.ª, não é dos melhores dele, mas!..”* (sorri).

↳ O cartão n.º 20.

(Começa por se rir) - “ *Este lembra-me Fred Astair e Ginger Rogers, Singuing in the rain, aquele filme que é um clássico, tá um bocado escuro mas é da fotocópia, o chapéu é diferente também, tá á espera que chova, e falta-lhe o guarda-chuva também. Ou alguém á noite ás altas horas da madrugada á espera da esposa ou namorada, com a luz do candeeiro para ele ver onde é que ele está!*”

↳ A estagiária colocou uma questão sucinta no final ao Sr. X., sobre qual teria sido a fonte ou origem das suas histórias? (por exemplo, experiências, filmes, etc., tal como sugere o manual de aplicação)

- “ *A Sr.ª Dr.ª pediu a minha imaginação, é a minha imaginação! Baseado no que estava a ver é basicamente, a vida, abrange tudo Sr.ª Dr.ª! Faço 41 anos, espero que seja nova vida ainda!*”

A estagiária sentiu que apesar de o Sr. X. dizer, perante as instruções iniciais do TAT, que não tinha muito jeito para contar histórias, o utente apresentou ao longo da aplicação do teste uma postura colaborante.

No discurso do X. chamou a atenção da estagiária o facto de o X. por vezes diminuir significativamente o tom de voz, de modo que a estagiária teve dificuldade em captar algumas palavras pronunciadas pelo utente pedindo-lhe o favor de repetir. Impõe-se também á estagiária a percepção de o X. por vezes sorrir ou rir em alguns temas do seu discurso que, paradoxalmente, sugerem algum constrangimento (sofrimento). Por outro lado, a estagiária reparou que o Sr. J. também sorri perante alguns encorajamentos do examinador ás suas verbalizações (tal como sugerido no manual de instruções do TAT).

De ressaltar que perante o ultimo cartão da primeira sessão do TAT o Sr. X. emociona-se quando associa a imagem aos pais, fica silente durante vários segundos e os seus olhos começam a lacrimejar. Nesse momento o X. diz “*Desculpe Sr.ª Dr.ª!..*”

A estagiária responde ao utente comentando que não necessita de pedir desculpas e afirmando que há emoções e reacções espontâneas (imprevisíveis) que não conseguimos evitar ou controlar. Contudo, uma vez tratar-se de uma situação de Avaliação Psicológica e não de uma sessão de Psicoterapia, no intuito de não confundir os papeis (e sob pena de ser repreendida), a estagiária procura não reforçar ou explorar os temas que podem favorecer o eclodir de uma catarse no Sr. X. e subtilmente muda o foco da comunicação, sumariando

os aspectos positivos do desempenho do Sr. X. perante as instruções do teste, a sua postura colaborante e o modo educado como interagiu com a estagiária. O Sr. X. aparenta estar mais refreado emocionalmente e disponibilizou-se para agendar num dia da próxima semana a segunda sessão do TAT, despedindo-se da estagiária com um aperto de mão.

Na segunda sessão o Sr. X. desenvolveu mais as histórias. Enquanto na primeira sessão demorou cerca de 40 minutos na segunda sessão demorou 1 hora e 10 minutos.

Quando terminou a aplicação do TAT, a estagiária agradeceu entusiasticamente a colaboração do Sr. X. afirmando que correu bem, assim como a atitude de respeito pela estagiária que o X. manifestou. O Sr. X. despediu-se com um aperto de mão desejando sorte para a avaliação do estágio e da tese de licenciatura da estagiária, dizendo a sorrir que esta iria terminar o curso com 21 !

↳ Neste dia foi também aplicado o **Inventário Depressivo de Beck (IDB)** para procurar avaliar com alguma objectividade, a partir da auto-avaliação do SR.X., a manifestação, verificação ou não, de sintomatologia depressiva; dado ser um quadro clínico apresentado em algumas consultas passadas (que a estagiária teve oportunidade de observar no decurso do seu estágio junto da sua Supervisora). O objectivo da aplicação deste inventário foi explicado ao Sr. X. que autorizou e concordou em responder a este inventário.

No **IDB**, a que o Sr. X. respondeu (em aproximadamente 10 minutos) verifica-se uma pontuação de 5 pontos. Este resultado, segundo as normas de cotação do inventário, integra-se dentro da amplitude de valores (entre 0 e 9) indicados para “Não Deprimido/normativo”.

De ressaltar que os itens em que se verificou uma pontuação acima de zero foram:

- Item 37 - “Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros” = 1 ponto;
- Item 64 - “Sinto que se deram modificações na minha aparência que me tornaram pouco atraente” = 2 pontos
- Item 73 - “Acordo cerca de 1-2 h mais cedo do que costume e custa-me voltar a adormecer” = 2 pontos;

Posteriormente, a estagiária deu *feedback* á sua supervisora acerca desta avaliação psicológica e o SR. X., continuou a ser acompanhado pelos seus terapeutas habituais (médico e psicóloga supervisora).

3.2 - Caso II - História Clínica e Intervenção Psicológica

3.2.1 – História Clínica

De modo similar ao caso anterior, os dados e informações que se apresentam foram recolhidos com base no ‘Diário de Bordo’ que a estagiária utilizou diariamente, considerando a sugestão do seu orientador académico; assim como por referência ao Processo e Diário Clínico da utente. No qual, inclusivamente a estagiária, teve a oportunidade de relatar os temas mais significativos das consultas a que assistiu junto da sua supervisora, bem como proceder ao relato daquelas que vieram a se as suas próprias Intervenções Psicológicas no mesmo caso.

Alguns dados não se encontram disponíveis e outros serão necessariamente **omitidos** por razões éticas e deontológicas inerentes á **confidencialidade** e ao sigilo profissional, por exemplo: nome, morada do utente, n.º do bilhete de identidade, etc.

De seguida apresentam-se os tópicos mais significativos do guião de história clínica do IDT (Anexo XII). Estas informações foram transcritas com **autorização da supervisora** da estagiária.

↳ **Dados sócio-demográficos/Assistência médica**

Fonte de referência: Tribunal e Comissão de Dissuasão do IPDT

Tratamentos anteriores: Não

Data de Admissão: 29/8/2005

Terapeuta Atribuído: Psicóloga Clínica e Médico de Clínica Geral

Data de Nascimento: 2/4/1982

Nacionalidade: Francesa

Naturalidade: França

Estado civil: União de Facto

Situação conjugal dos pais: Viuvez - mãe

Escolaridade: 6º ano

Situação laboral: Feirante (na data de admissão)

Situação de coabitação: Só com o companheiro

Situação de residência: Habitação condigna

Situação Judicial: Processo em curso - Julgamento

↳ **Dados de Consumo/Clínicos**

Droga Principal: Heroína e Cocaína

Via de Administração: Fumada

Frequência de uso: Diariamente

Outras drogas usadas correntemente/secundárias: Haxixe

Droga inicial: Haxixe

Idade do 1º consumo de droga: 12 anos

Idade de início de consumo da droga principal: 22

Idade de início de consumo regular da droga principal: 22

↳ **Dados familiares**

Pai: Falecido (a Y. era criança)

Mãe: Voltou a casar, mas ficou de novo viúva em 1995

Irmãos: 3 irmãos com 29 anos (tem o 12º ano), 27 anos (tem o 9º ano), 17 anos (tem o 12º ano) e 1 irmã com 24 anos (tem a 4ª classe)

Consumos actuais do companheiro: Sim

Tratamento actual do companheiro: Sim

Filhos: 1 rapaz de 8 anos e uma menina de 11 meses

↳ **Diário clínico/terapêutica:**

1/9/2005 - A Y. e o companheiro dirigem-se ao CAT, tiveram problemas com a polícia por posse de heroína, afirmam que foram “obrigados” a acompanhamento no CAT. Cada um dos membros do casal passou a ser seguido por uma psicóloga clínica partir da data de admissão.

Já na consulta psicológica a Y. refere que iniciou os consumos de heroína juntamente com o companheiro pouco tempo depois de a sua filha nascer, que tem nesta data cerca de 11 meses. Segundo a Y. foi pela sua própria insistência que iniciou o consumo!

A Y. tem consumos diários de heroína á cerca de 1 ano. Foi encaminhada para o médico de clínica geral a fim de fazer simultaneamente tratamento farmacológico, para tentar uma desabituação física.

8/9/2005 - A Y. fez testes de pesquisa á urina para averiguar a existência de resíduos opiáceos (indicativos de consumo recente de droga), cujo resultado foi negativo, pelo que pôde ser prescrito pelo médico o fármaco antagonista. Foi confiada a sua administração á mãe da Y. para as tomas serem regulares e de acordo com a prescrição médica. A Y. está a viver actualmente com a mãe (separação estratégica do companheiro) e vai iniciar a desabituação física com o fármaco antagonista *Destoxican*.

22/9/2005 - A Y. teve consulta de Psicologia, na qual se apresenta bem disposta, e segundo o registo da psicóloga clínica que a atende, já vem mais gorda! A Y. afirma que se sente melhor desde que não fuma heroína, que tem tempo para tudo e que ‘é bom ter dinheiro para comprar coisas para a casa’. A Y. nesta data já não está a viver com a mãe, foi viver para casa dos cunhados onde já se encontrava o seu companheiro. A Y. diz que agora os cunhados se encarregam de lhe dar o fármaco antagonista. Fez pesquisas com resultados negativos a respeito da detecção de resíduos opiáceos.

22/9/2005 – A Y. está bem e sem consumos, continua a tomar o antagonista, diz que vem cansada porque retomou a actividade de feirante e esteve nesse dia a vender pipocas numa feira!

27/10/2005 - A partir desta data a estagiária (que tinha iniciado o estágio recentemente) começou a assistir ás consultas e a acompanhar o caso da Y. junto da sua supervisora, no qual viria também a fazer Intervenção Psicológica alguns meses depois, em função da sugestão da sua supervisora.

Neste dia a Y. não estava muito bem, veio cabisbaixa, taciturna e pouco fala, apresentando expressões faciais de tristeza. Acaba por chorar, ao falar sobre a sua relação com o companheiro, que segundo diz está distante. O casal mantém-se a viver em casa dos cunhados da Y., os seus filhos estão a viver separados, um com os avós paternos e outro com os avós maternos.

Nesta consulta a Y. manifesta alguma dificuldade de comunicação com o companheiro, o que também atribui á sua “maneira de ser” diz “guardo tudo para mim”. Expressando-se, diz que o companheiro tem andado muito irritado o que a magoa, mas a Y. retrai-se e tem dificuldade em manifestar as suas opiniões e sentimentos ao K. O K. companheiro da Y. tem outra psicóloga clínica como terapeuta de referência no CAT.

↳ Neste contexto, pode referir-se o conceito de **Alexitimia** como “*dificuldade em identificar e descrever emoções, incapacidade para distinguir componentes somáticos (sensações) de emoções, dificuldade em distinguir e diferenciar os vários afectos, pobreza imaginativa e dificuldade em fantasiar, pensamento concreto e estilo de vida orientado para a acção*” (Gago e Neto, 2001, p.19).

A Psicóloga sugere que seria positivo para a Y. fazer um esforço quotidiano para expressar mais as suas emoções e combina com a Y. uma “tarefa” a praticar até á próxima consulta: progressivamente abrir-se mais na comunicação com o marido, falar sobre si e sobre o que sente. A Y. disse que ia tentar.

10/11/2005 - A Y. continúa triste e pouco fala, volta a queixar-se de dificuldades na sua relação com o marido, que diz andar muito irritado e com má disposição na comunicação com a Y., esta queixa-se também de dificuldades em dormir com regularidade.

Nesta data a Y. veio para a consulta com a sua filha de 1 ano de idade, para que pudesse falar mais á vontade com a psicóloga supervisora, a estagiária procurou entreter e brincar com a menina.

A Y. afirma que agora passa mais tempo com os filhos, que é o que mais lhe importa.

Neste dia foi permitido á estagiária fazer um comentário, no término da consulta, sobre a situação da Y., a estagiária partilhou a sugestão dada á Y. pela sua supervisora na consulta precedente, ou seja, seria bom a Y. procurar exprimir mais os seus sentimentos, afirmar-se mais na sua relação com o companheiro.

A Y. afirma que agora já diz o que tem a dizer, não obstante, a supervisora e a estagiária sentiram a afirmação da Y. pouco genuína e **defensiva** (o que comentaram entre si).

↳ Segundo Freud (1905) o exemplo mais comum da acção psíquica sobre o corpo, observável sempre e em qualquer indivíduo é a denominada *expressão de emoções*. Quase todos os estados anímicos de uma pessoa se exteriorizam por tensões e relaxamentos de sua musculatura facial, pela orientação de seus olhos, a ingurgitação de sua pele, a actividade do seu aparato vocal e as atitudes dos seus membros. Estas mudanças corporais concomitantes, pelo geral, não oferecem ao sujeito proveito algum; muito pelo contrário, podem malograr as suas intenções quando se propõe ocultar ao próximo os seus movimentos anímicos, e geralmente se confia mais nelas que nas simultâneas expressões intencionadas por meio da palavra (p.1016).

↳ Mousseau e Moreau (1984) referem o conceito de **Defesa** afirmando que todos os perigos que ameaçam o eu provocam, da parte deste, reacções de protecção: a sua defesa (p.151). Por seu turno Monteiro (1999) e Santos referem que os **Mecanismos de Defesa** são estratégias inconscientes que a pessoa utiliza para tentar reduzir a tensão e a ansiedade, fruto dos conflitos entre o id, o ego e o superego (p.272).

24/11/2005 - Neste dia a Y. diz que está bem. Nesta data encontrava-se a trabalhar provisoriamente nas limpezas de um centro comercial, mas a situação da remuneração está ainda por definir. Recebeu uma mensagem no telemóvel, pelo que justificou necessitar ter de sair mais cedo...

12/1/2006 - Neste dia a Y. foi encaminhada novamente para as pesquisas, cujos resultados deram um teste positivo para a cocaína. A Y. refere que o consumo foi esporádico e circunstancial numa situação grupal, em que diz ter-se sentido influenciada e reconhece que não conseguiu recusar “não queria, mas foi mais forte que eu”. Contudo, a Y. diz que se sentiu mal disposta fisicamente, vomitou, teve tonturas, sentiu-se a perder forças “tava a ver que morria ali”. Psicologicamente diz ter-se sentido bem. Afirma que foi só uma vez que nem pensou que acusasse na pesquisa. A Y. diz que de seguida ficou com remorsos “o meu medo era voltar lá outra vez...”. Quando a psicóloga questionou a Y. sobre os seus filhos, a Y. diz “pois eu pensei, não posso...”

↳ A este propósito emerge o conceito de **Conflito Intrapsíquico**. “*O conflito é a luta de sentimentos, de interesses ou de instâncias contrárias. Segundo as escolas da Psicologia da profundidade, o conflito gerador de neurose é intrapessoal ou interpessoal*” (Mousseau & Moreau, 1984). Por seu turno Monteiro e Santos (1999) referem que os

mecanismos de defesa do ego são estratégias inconscientes que a pessoa usa para tentar reduzir a tensão e a ansiedade, fruto dos conflitos entre o id o ego e o superego.

A Y. alega que depois do consumo de cocaína o grupo consumiu heroína, mas a Y. retirou-se da situação em causa “*quando começaram a fumar o cavalo vim embora, se não ficava lá...*”.

19/1/2006 - Faltou.

2/2/2006 - A Y. entra no gabinete de Psicologia com uma expressão facial de irritação e é verbalmente agressiva. Afirma que está “*farta de ter que aqui vir*” e manifesta-se zangada por ter aguardado muito tempo na sala de espera.

Quando confrontada, admite ter consumido cocaína afirmando que em relação “*á coca não vale a pena fazer pesquisa...*”.

9/2/2006 - A Y. vem bem disposta. O casal tem estado com a filha de 1 ano durante a semana, o que segundo diz a Y. tem constituído uma força para não consumir. Fala dos receios que tem de que aconteça algo de mau á filha enquanto dorme (“uma vez ficou roxa enquanto dormia”) e tem estado sempre alerta durante a noite.

Conta que no dia anterior á consulta foram os quatro passear, a Y. o companheiro e os filhos, o companheiro comentou que quando estão juntos com os filhos, não precisam de drogas.

A psicóloga supervisora refere que sente a Y. com falta de auto-estima e insegura intervindo no sentido de reforçar a autoconfiança da Y. em relação á capacidade de tratar da filha.

20/2/2006 - A consulta da Y. estava agendada para dia 23 mas a Y. apareceu no CAT neste dia a procurar ajuda, vinha muito preocupada e a chorar. Isto porque recebeu uma carta do tribunal que se referia á data do julgamento respeitante ao processo judicial a decorrer, que aliás esteve na origem do seu acompanhamento e do companheiro no CAT. A Y. estava “*aflita*” porque pensava que a sua situação judicial já estava resolvida, mas na realidade, o julgamento foi agendado para o mês de Maio. Posto isto, a Y. tem medo de ser detida e ficar longe dos filhos (a estagiária não assistiu a este atendimento á Y. uma vez que a utente apareceu por volta da hora do almoço, mas foi informada do sucedido pela sua supervisora e teve liberdade para consultar o Diário Clínico do processo da utente).

2/3/2006 - A Y. vem ao CAT sem consulta marcada, isto para falar com o médico com a finalidade de pedir se o médico lhe podia “*dar*” uma receita, alegadamente para a constipação, a estagiária teve conhecimento disto uma vez que se cruzou com a Y. no corredor do CAT e a utente comentou porque veio ao CAT nesse dia.

9/3/2006 - A Y. tem consulta mas faltou porque alegadamente estava doente com uma “constipação”.

13/3/2006 - A Y. surge no CAT procurando pela psicóloga (ou pela estagiária) a fim de mostrar um documento do tribunal que explicita a acusação e com “*pedido de relatório de acompanhamento médico*” sobre o processo de tratamento. A psicóloga neste dia não se encontrava no CAT (por motivos de força maior), contudo a estagiária acabou por “receber” a Y. e conversar um pouco com ela informalmente. A Y. vem novamente muito “preocupada” e diz que “não dorme” por causa do julgamento que se aproxima.

A acusação que consta no documento do tribunal menciona como arguidos a Y. e o K., estes são acusados de “*posse de droga para consumo e venda*”, pois a quantia apreendida pela polícia “dava para aproximadamente 10 dozes de heroína”.

No caso da Y. segundo o seu advogado de defesa, a situação é mais favorável pelo facto de a Y. não ter “cadastro”, mas para o seu companheiro a situação é mais complicada, uma vez que tem outros processos em tribunal. Inclusivamente o Companheiro da Y. estava intimado a responder no dia 16 de Março como arguido, o que não abona a seu favor para o julgamento em meados de Maio conjunto com a Y.

A estagiária reforçou positivamente a atitude de procurar ajuda da parte da Y. e fotocopiou o documento do tribunal endereçado á utente com o consentimento desta, e transmitiu o sucedido á sua supervisora.

16/3/2006 - A Y. tem consulta de psicologia, mas entra no gabinete de Psicologia muito apressada e nem se senta, parece ansiosa, diz que está preocupada e tem de se ir embora porque o companheiro está a ser ouvido no tribunal e corre o risco de ter uma pena de aproximadamente um ano para cumprir. A Y. quis abdicar da sua consulta para ir para o tribunal saber se já é neste dia que o companheiro tem a sentença do seu julgamento individual.

3.2.2 - Entrevista Clínica/Avaliação e Intervenção Psicológica

23/3/2006 - Neste dia a estagiária teve indicação da sua supervisora para dar a consulta á utente. A estagiária na sua Intervenção Psicológica procurou que a **entrevista clínica** fosse **semi-estruturada** (Monteiro e Santos, 1999); considerando alguns tópicos

pertinentes a focalizar e explorar, ainda que de um modo flexível e respeitando a associação de ideias da Y., tais como: dificuldades actuais, motivação/adesão ao tratamento, reflexão de sentimentos, questões de anamnese pessoal e familiar e contextos/situações de vida, nomeadamente em termos ocupacionais e relacionais. Posto isto, a entrevista clínica funcionou também como uma modalidade de **Avaliação Psicológica** do estado ou dificuldades actuais da utente, nessa data.

A estagiária já conhecia relativamente a Y., há vários meses que vinha fazendo observação das consultas da sua supervisora, pelo que não foi difícil iniciar o diálogo com a utente.

A Y. tem 24 anos, olhos claros e é um pouco forte em termos de maça corporal tendo em conta que a sua estatura é média/baixa. Nota-se no seu discurso um pouco de sotaque da língua francesa.

Começamos por falar das suas dificuldades actuais, concretamente da situação judicial da Y. e do companheiro. A Y. conta que no decurso do último julgamento do companheiro foi imputada a este uma pena suspensa de 1 ano e uma multa que vai reverter em benefício de uma instituição de acolhimento de crianças na localidade do Dominguiso. O K. (companheiro da Y.) foi advertido pelo tribunal de que a sua situação judicial pode agravar-se se este infringir a lei novamente de um ponto de vista criminal.

A Y. manifesta-se aliviada por um lado, pois temia que o Y. fosse detido, por outro lado, manifesta ainda preocupação uma vez que decorre um outro processo, em que ambos serão arguidos em meados de Maio do corrente ano. Todavia, a Y. diz *“isto não hade ser mais forte que eu...”*

No início da consulta a Y. apresenta alguns sinais que sugerem ansiedade, concretamente, gesticula muito com as mãos. A estagiária procura securizar a Y. dizendo que apesar de estarem a abordar o assunto do tribunal, não está ali para julgar a Y. mas para a ajudar, no que estiver ao seu alcance. No entanto, no decorrer da consulta, a Y. apresenta-se progressivamente mais relaxada e vai adoptando uma postura colaborativa e dialogante. Responde a questões que a estagiária vai fazendo e faz **associações** com temas pertinentes relacionados com o seu **passado**, temas sobre os quais o seu discurso flui espontaneamente. A Y. recorda e expressa as dificuldades de adaptação que sentiu quando veio para Portugal cerca dos seus 12 anos, aquando do falecimento do seu padrasto em França e a mãe da Y. quis vir para Portugal. A Y. afirma que durante um período *“ia quase todos os dias ao cemitério”*, pois estava muito ligada ao padrasto que era como se fosse

seu pai. Relativamente á mãe o discurso da Y. foi muito reticente, tendo a estagiária sentido resistência da parte da Y. em falar sobre a mãe.

↳ Mousseau e Moreau (1984) referem a **resistência** como podendo tomar diversas formas: uma força que impede o regresso do recalcado, o doente recusa-se a conhecer as memórias que o terapeuta o ajuda a encontrar, põe em dúvida o valor do tratamento, produz racionalizações que o afastam do essencial. Esta mesma resistência é reveladora do facto de que, entre a consciência e o inconsciente, a separação não é nem acessória nem accidental: trata-se sim de uma relação de forças.

A Y. diz a propósito da sua vinda para Portugal, *“fechei-me, foi difícil...não sabia falar”*, pouco tempo depois conheceu o Y. *“não fazia nada sem o K.”*. A Y. associa espontaneamente a sua rotura com o K., quando estava grávida da filha que agora tem um ano. Expressa que foi um momento particularmente difícil da sua vida *“o K. deixou-me no momento mais difícil...dói”*. A Y. diz que o K. a traiu com outra mulher *“apanhei-os de baixo de uma mesa...”*, *“o K.. tem de ser tudo como ele quer”*. Apesar disso, a Y. diz que essa fase em que se separou do K. lhe permitiu tornar-se mais autónoma, pois em função das necessidades começou a dar resposta a algumas situações *“sozinha”*, por exemplo, conduzir quando precisava de se deslocar, ultrapassando nessa fase mecanismos de **dependência** que até então sentia em relação ao companheiro. Posto isto, a estagiária procurou focalizar nessa *“autonomia”* que a Y. refere, ecoando e questionando a utente se poderá ter havido alguns aspectos positivos nessa fase *“difícil”* em que esteve separada do K. ?! A Y. diz que foi bom porque a força das circunstâncias lhe permitiu tornar-se um pouco mais independente.

↳ Ribeiro (1995) refere Freud (1897) em *“A sexualidade na etiologia das neuroses”* que escreverá: *“o sucesso do tratamento será apenas aparente, enquanto o médico se contentar com o desmame físico dos seus doentes, sem se preocupar com a fonte de onde emana a necessidade imperativa de droga.”* No mesmo ano Freud retoma o tema da masturbação e sustenta que esse hábito tem algo de necessidade primitiva, do mesmo modo que apetites como a necessidade de álcool, de morfina ou de tabaco são produtos de substituição em relação á masturbação.

Ribeiro (1998) ao procurar esclarecer os conceitos de **dependência física e psicológica**, entre outros modelos refere-se á emergência do modelo de Narcóticos Anónimos (1950) que concebe o consumo de substâncias psicoactivas como consequência de uma patologia chamada dependência, que se inscreve nos planos físico, mental e espiritual.

Ao falar da sua relação com o K. a Y. diz, a propósito da experiência do casal com o consumo de drogas, “*às vezes o K. diz-me: tu já sabes mais do que eu...às vezes eu era pior que o K...*”

A Y. falou com interesse e preocupação (aparente) pelos filhos, a estagiária procurou explorar a relação da Y. com os filhos, e elogiou os filhos da Y. (que conhece de vista)!

Contudo, a estagiária sentiu alguma resistência da Y. a falar sobre os filhos.

A consulta durou cerca de 1 hora, foi a estagiária que interagiu a maior parte do tempo, contudo a sua supervisora também colocou algumas questões á Y., foi remarcada consulta para a semana seguinte. No final da consulta a psicóloga supervisora perguntou á utente se gostava da Dr.^a Raquel e a Y. disse “gosto!”.

A estagiária sente que a Y. parece ter uma relação de **dependência emocional** acentuada face ao seu companheiro, aliás, a estagiária recorda-se de em algumas ocasiões, ao longo do processo terapêutico (desde Outubro de 2005), a Y. dizer que não se podia demorar pois “*o K. está á espera*”, inclusivamente, houve um dia em que a estagiária assiste no corredor do CAT o K. dizer directamente á Y. “*não te demores*” num tom de voz e com um expressão facial que lhe pareceu autoritário.

Segundo a psicóloga clínica do K., com quem a estagiária teve oportunidade de trocar algumas ideias sobre este casal de utentes, o K. em consulta psicológica apresentou por vezes uma postura desafiadora, agressiva e de zombaria. O K. abandonou o seu processo terapêutico algum tempo antes da Y.

Amaral Dias (1980, p.38) na sua Tese de Doutoramento sobre *A importância relativa dos factores psicológicos e sociais no evolutivo toxicómano*, cita Rado (1933) que depois de fazer uma crítica exemplar ao ponto de vista da psiquiatria da época sobre as toxicomanias, vai centrar o seu estudo a partir do reconhecimento do facto, hoje evidente para nós, que não é o agente tóxico, mas sim a impulsão para se servir dele, que faz de um individuo um toxicómano.

“*A perspectiva **Psicodinâmica** pode constituir uma tentativa para compreender o fenómeno da **dependência psicológica** e da etiologia dos comportamentos toxicodependentes*” (Ribeiro, 1998).

29/3/2006 - A estagiária teve novamente a oportunidade de dar a consulta á Y. na presença da sua supervisora. A estagiária procura focalizar na dinâmica familiar da Y. A utente vem bem disposta, diz que está bem e que a situação familiar está estável, estando a

viver com o K. numa casa alugada na Covilhã. Diz que visita os filhos todos os dias, a menina continua a viver com a avó paterna e o menino vive com a avó materna. A Y. fala do projecto de futuramente ela e o K. arranjam uma casa maior para viverem com os filhos. Neste sentido, diz que precisam de estabilizar mais financeiramente para alugarem uma casa mais cara.

Actualmente em termos laborais, a Y. e o K. trabalham com os seus sogros de 2^a a 5^a feira na venda ambulante de peixe. A estagiária procura explorar com a utente possibilidades e motivações alternativas em termos laborais e vocacionais.

A Y. diz que deixou de estudar no 6^o ano, “*quando era pequena queria ser cabeleireira*” e que ainda hoje gostaria de trabalhar nesse âmbito profissional, admitindo a possibilidade de futuramente vir a desenvolver outra actividade, por exemplo, uma formação profissional remunerada numa área de interesse pessoal (questão levantada pela estagiária).

A propósito de consumos de drogas, por um lado, a Y. diz que tem evitado envolver-se com pessoas associadas aos ambientes de consumo e que neste momento se sente mais forte para resistir a uma recaída ao “*cavalo*” (heroína). Por outro lado, a Y. questiona quando poderá deixar de tomar o antagonista. A estagiária ressaltou a importância da toma deste fármaco para a **prevenção da recaída**, uma vez que continua a ser prescrito pelo médico da Y., sugerindo que a Y. pode remarcar consulta com o seu médico no sentido de esclarecer as suas dúvidas, se sentir essa necessidade, a respeito do fármaco antagonista (a Y. diz que não é necessário).

↳ Ferreira-Borges e Cunha Filho (2004) advertem que os dados estatísticos sobre a frequência da recaída dizem-nos que 2/3 dos pacientes recaem no período subsequente ao término do tratamento, cerca de 3 meses depois.

A Y. colocou a questão se o tratamento iria terminar perto da data do julgamento ou se terá de continuar, manifestando que gostaria de continuar a ser acompanhada no CAT, mas caso venha a sentir essa necessidade.

Afirma que tem beneficiado das consultas de Psicologia e que agora está bem, pois desde que iniciou o tratamento tem vindo a sentir menos dificuldades em expressar-se e considera que progressivamente está a tornar-se mais comunicativa, contudo expressa “*sempre fui muito calada, não falava se as pessoas não me fizessem perguntas...*”

A consulta durou cerca de 45 minutos a Y. diz não poder demorar muito pois “*o K. está á espera*”.

A estagiária sentiu que a Y. manteve o contacto ocular e uma atitude dialogante, mas hipoteticamente um discurso um tanto defensivo e alusivo a conflitos intrapsíquicos, parecendo-lhe que o discurso da Y. pode ter sido influenciado por crenças associadas a **desejabilidade social**. Considerando o contexto de estar a aproximar-se a data do **juízo**.

A estagiária sentiu também que a Y. parece não ter *insight* sobre o esforço pessoal envolvido num processo de mudança, particularmente a respeito de traços de personalidade, o que se pode reflectir na sua motivação para aderir a um processo terapêutico longo e aprofundado. Contudo a Y. permaneceu mais tempo (cerca de 6 meses) no processo terapêutico a que estavam “*obrigados*” do que o companheiro.

Foi remarcada consulta mas a Y. faltou (estando o K. também a faltar às suas consultas de Psicologia).

↳ Para que se possa estabelecer uma relação autêntica com o toxicómano, são necessárias condições como, em primeiro lugar, o atendimento da pessoa dependente de drogas requerer “**voluntariado**” (Bucher e Costa,1988,p. 76). No entender destes autores, somente quando é a própria pessoa que solicita a consulta, a entrada na terapia terá uma oportunidade de ser bem sucedida. Os autores advertem que a experiência demonstra que quando a motivação não é pessoal, como expressão da sua vontade de sobreviver ou se salvar, a entrada na terapia propriamente dita não acontecerá. Se a pessoa for levada á força ou (até com as melhores intenções) por instâncias que ele rejeita (magistrados, policia, médicos, pais, educadores...), não poderá aceitar a terapia relacional, baseada na liberdade da sua decisão pessoal. A pessoa poderá desconfiar do terapeuta e da instituição que será perspectivada como um prolongamento do braço da repressão.

3.3 - Caso III - História Clínica e Intervenção Psicológica

3.3.1 – História Clínica

Também neste caso os dados que se apresentam foram recolhidos com base no processo do utente e a partir de algumas anotações a que a estagiária realizou no seu Diário

de Bordo, sendo colectada informação a partir da observação de consultas e também de uma consulta ou Intervenção Psicológica realizada pela estagiária, na sequência da qual procedeu ao registo dos temas mais significativos da consulta no Diário Clínico do processo do utente.

Contudo, alguns dados não estão disponíveis no referido processo e outros serão necessariamente omitidos por razões éticas e deontológicas inerentes á confidencialidade e ao sigilo profissional, por exemplo: nome, morada do utente, n.º do bilhete de identidade, etc.

De seguida apresentam-se os tópicos mais significativos do guião de história clínica do IDT (Anexo XII). Estas informações foram transcritas com **autorização da supervisora** da estagiária.

↳ **Dados sócio-demográficos/Assistência médica**

Fonte de referência: Auto-referenciado

Tratamentos anteriores: Sim (2005/2006)

Data de Admissão: 10/04/2006

Terapeuta Atribuído: Psicóloga Clínica e Médica de Clínica Geral

Data de Nascimento: 22/11/2006

Nacionalidade: Portuguesa

Naturalidade: Covilhã

Estado civil: Solteiro

Situação conjugal dos pais: Separados

Escolaridade: 2º Ciclo (6º ano)

Situação laboral: Empregado

Situação de coabitação: Familiares ascendentes

Situação de residência: Habitação condigna

Situação Judicial: nada a registar

↳ **Dados de Consumo/Clínicos**

Droga Principal: LSD

Via de Administração: Ingerida/bebida

Frequência de uso: Diariamente

Utilização endovenosa: Desconhecido

Partilha de material: Desconhecido

Outras drogas usadas correntemente/secundárias: Cocaína, Base de Coca, Anfetaminas, MDMA, Outros estimulantes, Alucinógenos, Cannabis.

Droga inicial: Haxixe

Idade do 1º consumo de droga: 14

Idade de início de consumo (droga principal): 16

Idade de início de consumo regular (droga principal): 16

↳ **Dados familiares**

Habilitações literárias do Pai: Licenciatura em Engenharia Agrónoma

Habilitações literárias da Mãe: Empregada de limpeza

Situação laboral dos pais: Ambos empregados

Irmãos: 3 irmãos rapazes, com 24, 19 e 16 anos

Habilitações literárias dos irmãos: O irmão de 24 anos estuda em Coimbra

Situação laboral dos irmãos: Os outros dois irmãos estão empregados

História de consumos/ restantes familiares: O pai é consumidor de álcool, cannabis, “ácidos” assim como o irmão de 19 anos, o irmão mais novo “só consome ácidos”.

↳ **Diário clínico/terapêutica:**

8/5/2006 - O Z. Dirigiu-se ao CAT para marcar consulta, acabando por ter feito informalmente um primeiro contacto com a psicóloga.

15/5/2006 – O Z. tem Consulta Psicológica, na qual passa a maior parte do tempo de consulta a relatar e reiterar com entusiasmo as suas experiências de consumo de várias drogas e o seu conhecimento experiencial dos vários tipos de drogas e seus efeitos.

O Z. iniciou os consumos de drogas com haxixe aos 14 anos, aos 16 experimentou LSD que manifesta ser a sua droga de eleição. O Z. afirma que consome “*para achar um estado de espírito muito á frente, superior a toda a gente, cheguei a sentir-me deus*”. Dentro da panóplia de drogas que conhece o Z. menciona para além do LSD como droga

de eleição, o seu consumo de Extasy, MDMA (“*é tipo cocaína*”) Cogumelos Mágicos, “*Cocaína, faço tudo menos injectá-la*”, expressando que tem mais tendência para “*estimulantes e alucinógenos*”. O Z. afirma que o LSD é um “*tipo de droga que não se mete todos os dias*”, expressando que é uma droga que lhe “*faz acreditar em coisas, realça mais a personalidade e as coisas boas, aumenta as sensações, é uma droga para quando vou para a discoteca curtir*”.

O utente diz que o seu pai também sempre consumiu este tipo de substâncias, “*os ácidos*”, sendo o seu pai apenas contra o consumo de heroína.

O Z. expressa ser muito difícil para si deixar de consumir drogas, na sua própria opinião, o pai até é a favor dos consumos pois aconselha-o a consumir determinadas drogas como os “*ácidos*” em certos ambientes, como por exemplo, na Serra da Estrela, a fim de atingir um bom efeito ou estado de espírito. O pai disse-lhe que se ele consumisse heroína, se ele quisesse o pai comprava-lhe “*605 forte*”, mas em relação ao consumo de “*ácidos*” não lhe diz nada “*porque ele era igual...*”. O Z. diz “*o meu pai era como eu quando era novo*” e agora “*juntou-se com uma Hippie (bastante mais nova que ele), teve outro filho, embora ainda esteja casado com a minha mãe*”. O Z. diz que também já esteve a viver temporariamente numa comunidade de *Hippies* que existe na Losã.

Refere também que dois dos seus irmãos também consomem algumas drogas, Estes dois estão empregados e o mais velho não consome “*estuda e paga os seus próprios estudos*” e o irmão mais novo que é uma criança pequena também não! O Z. estudou até ao 9º ano e actualmente está a trabalhar numa loja de moveis de familiares seus.

O Z. diz que no dia anterior á consulta uma rapariga ofereceu-lhe “*coca e speed*” (consome as duas coisas “*para tudo, para andar alucinado e speedado*”) e que se não se consome quando é oferecido as pessoas ficam chateadas com ele. O Z. diz que “*já há um ano que não metia nada, meti ontem*”, a propósito de relacionamentos o Z. diz que cortou as *rastas* “*e agora as rastafaris nem me ligam*”.

O Z. conta que há cerca de um ano atrás esteve na Holanda a trabalhar na “*apanha de pimenta*” e também para conhecer o país e divertir-se, na Holanda só fumavam “*erva*” dizendo o Z. que tem um efeito igual aos “*ácidos*”. O Z. diz “*tive Psicose*” quando estava na Holanda (há cerca de 7 meses), relata que ficou tão debilitado que o irmão teve que lhe dar banho e comida á boca, por isso veio para Portugal e esteve internado no Centro de Saúde mental da Covilhã, tendo sido acompanhado por um médico psiquiatra que lhe prescreveu injeções de Haldol!

De facto, durante a consulta o Z. apresenta um discurso um pouco lentificado á medida que fala, todavia, colabora e vai respondendo a algumas questões que lhe são colocadas pela psicóloga. De notar, que em determinados momentos, a sua expressão facial apresenta-se ligeiramente triste.

Segundo relata o Z. o surto psicótico que sofreu parece ter sido despoletado, quando estava na Holanda e tomou uma quantidade excessiva de LSD de uma só vez, “*meti meio frasco de LSD, cerca de 45 gotas*” (o Z. tem conhecimento que quem consome este tipo de droga é costume fazê-lo numa quantidade muito mais reduzida). O Z. diz que este comportamento esteve associado ao facto de ter ouvido dizer “*que um escritor famoso escrevia sobre o efeito de LSD*” e neste sentido, o Z. procurou nesse consumo como que uma inspiração para escrever também.

↳ No dizer de Angel, Richard & Valleur (2002) sobre a problemática identitária do toxicómano, “o empenho numa ‘carreira’ desviante coaduna-se com pessoas em busca de identidade, pesquisando outras modalidades de inscrição social, nomeadamente no seio de grupos e consumidores de drogas. Para estes pseudomarginais, vai existir, nesse contexto, um modo regular de ser desviante, em função de regras sociais que lhes vão prescrever as modalidades pelas quais deve ser pautada a sua transgressão. A reivindicação da marginalidade mantém-se constante nos toxicómanos, embora se observe que eles, paradoxalmente, aspiram á normalidade. Entre o desvio da norma e o conformismo, eles parecem se sobretudo caracterizados pelas dificuldades que têm em situar-se na sua relação com o mundo, mantendo uma consciência aguda dessas dificuldades”

Ao falar sobre o surto psicótico que então emergiu o Z. conta “*cheguei a um ponto que nem o meu nome sabia*”. Posto isto, quando indagado sobre como se sentiu o Z. responde “*sinto-me mal, sinto-me um falhado*”, “*mudei muito desde que tive esta doença, deixei de ser a mesma pessoa*”.

↳ O DSM-IV indica dentro das várias perturbações induzidas pelo abuso de substâncias - **Perturbação Psicótica Induzida por Substâncias** (p.338).

O Z. diz que conhece muita gente das festas de *Transe* e expressa que gostava de viver em simultâneo “*com o LSD e o mundo em paz, mas ás vezes não é possível as duas coisas*”. Manifesta também, “*agora quero ir á Índia, aprender meditação, curandeirismo, fumar uma cachimbada da paz com eles*”.

No final da consulta a estagiária e a sua Supervisora trocaram ideias e partilharam a opinião de que no caso das Z. as expectativas em relação ao tratamento não parecem poder

ser muito elevadas. O caso do Z. suscitou a associação á estagiária com as abordagens de **Redução de Danos**.

Neste contexto, a estagiária manifestou vontade de realizar uma consulta ou Intervenção Psicológica/Psicoterapêutica focalizada para a **Psicoeducação** sobre as doenças psicóticas, e como tal, também no sentido da Redução de Danos. A supervisora, deu o seu consentimento para concretizar esta intervenção numa consulta seguinte.

Nesta data o Z. teve também consulta com a médica de clínica geral, manifestando igualmente nesta consulta que “*não imagina a sua vida sem consumir drogas!*”.

Posto isto, não pretende aderir a nenhum tratamento farmacológico específico a fim de fazer qualquer espécie de desabituação física. A médica registou no processo clínico que o Z. não tem parceiro sexual fixo e não faz sexo seguro.

27/6/2006 - Estava prevista uma consulta da supervisora para este dia, que teria de ser adiada, as funcionárias administrativas esqueceram-se de avisar que a consulta teria de ser alterada. Assim, o Z. foi ao CAT, contudo não houve consulta.

Entretanto a remarcação de consultas via telefone, foi uma pequena tarefa de que a estagiária ficou incumbida, que marcou as consultas da sua supervisora para as datas que lhe foram indicadas.

3.3.2 – Intervenção Psicológica

4/7/2006 - Nesta data foi a estagiária que deu a consulta ao utente propondo-se á partida um objectivo - focalizar a consulta no sentido da **Psicoeducação** sobre as doenças psicóticas (tendo em conta nos critérios de avaliação - “sensibilidade pedagógica” e “flexibilidade de referências teóricas”).

A estagiária (que já tinha cumprimentado o Z. na sala de espera) convida o Z. a sentar nos sofás do gabinete de Psicologia, (á semelhança da observação das suas supervisoras) por acreditar que este *Setting* pode sugerir alguma desconstracção e favorecer a comunicação ou como que processo de **transferência e contratransferência**.

↳ Mousseau e Moreau (1984) reportam que o *tranfert* é definido e estudado por ocasião da prática analítica, mas não limita a sua acção a este domínio: estabelece-se espontaneamente em todas as relações humanas assim como na relação de doente para médico; próprio do tratamento analítico não é, portanto, cria-lo, mas dar um meio para o

dominar e fazê-lo servir para fins terapêuticos. Por seu turno Monteiro e Santos (1999) referem que o conceito de Transferência, em sentido lato, é a passagem de sentimentos de um objecto para outro, isto é, o processo interno, repetitivo, de formas de relacionamento. Pode expressar sentimentos positivos e negativos. Numa Psicanálise, refere-se aos sentimentos do analisado com o analista podendo ocorrer em todas as relações interpessoais significativas.

A contratransferência diz respeito ao processo que envolve as reacções do analista em ao analisando e á sua contratransferência. Só quando o terapeuta não consciencializa estes sentimentos é que o processo contratransferencial pode ser negativo e tornar-se um impasse no processo analítico (p.346).

Proporcionando este *Setting* também um maior campo visual á sua supervisora, uma vez que a estagiária e o T. ficam posicionados os dois á sua frente (a observação da estagiária seria de um outro ângulo se esta permanecesse na sua cadeira habitual na posição de observador ao lado da sua supervisora).

O Z. tem um nome próprio muito fora do vulgar e dos nomes correntes em português. Apresenta-se vestido de modo informal e diferente de estereótipos convencionais, trazendo uma bolsa á cintura com um aspecto artesanal, garrido e original que chama a atenção da estagiária, sendo a história desta bolsa o tema inicial da conversação e que facilita o início da comunicação. O Z. afirma ter sido ele próprio a fazer á mão esta bolsa a partir do tecido inicial de uma camisola, não revelando, explicitamente, para que serve e o que traz dentro da bolsa.

Indagando ao utente como está, como se sente, neste dia o Z. diz que está bem e que agora, desde que teve a psicose, não tem cometido “*exageros*”. No entanto, o Z. afirma que deixou de tomar a injeccção de *Haldol*, que tomou durante aproximadamente um ano, diz que está “*farto*” queixando-se que o *Haldol* altera a sua maneira de ser habitual e não se sente bem com isso. Falámos sobre a hipótese de falar sobre isso também com o médico que lhe prescreveu essa medicação, mas o Z. manifestou alguma resistência em voltar ás consultas no Centro de Saúde Mental da Covilhã.

Focalizando nas dificuldades actuais, falámos sobre a “*doença*” que o Z. diz que teve e como se sentiu afectado pela mesma, o Z. expressa que sofreu bastante com o surto psicótico que originou o seu internamento no Centro de Saúde Mental. Inclusivamente, na sua narrativa, o Z. recorda que fez uma tentativa de suicídio por enforcamento, com o cortinado de uma janela dessa instituição. Isto porque estava a “*sofrer muito*” pelo estado em que estava e segundo diz “*não queria viver mais assim*”.

A estagiária sente que pode ser constrangedor para o Z. incidir sobre este assunto e procura compreender se o utente quer continuar a falar sobre esse tema, indagando-o directamente, o Z. manifesta que não há problema em continuar a falar sobre a “doença” que teve, referindo que ele próprio andou a pesquisar na Internet sobre as Psicoses (uma vez que o psiquiatra, alegadamente, não lhe explicou do que se tratava).

Contudo o Z. parece não estar muito sensibilizado para o risco de recaída, ou para a probabilidade de vir a sofrer um novo surto da doença associado ao retomar os seus consumos usuais de diversas drogas, particularmente com quantidades excessivas de LSD.

Paralelamente, e ao ritmo das associações do utente foram abordadas outra áreas da sua vida. Quanto á sua situação ocupacional o Z. continua a trabalhar na loja de móveis dos seus familiares. A sua residência não é fixa, diz que vai vivendo ora em casa da mãe, ora em casa do pai ou de amigos. Em relação a relacionamentos, diz que vai namorando mas não tem uma relação estável, afirma que não gosta de se prender a uma pessoa só, o S. afirma que é “homem de várias mulheres”. Falamos da utilidade dos preservativos relativamente a comportamentos sexuais de risco, uma vez que o Z. diz “não sou homem de uma mulher só.”

Todavia, a Intervenção Psicológica (semi-estruturada) foi essencialmente focalizada em termos de **Psicoeducação** sobre as doenças do espectro das Psicoses, no intuito de proporcionar condições para aumentar o (auto)conhecimento sobre a “doença” psicótica. Falando sobre factores de risco, sintomas, curso ou evolução da doença, e sobretudo, focalizando no *risco de recaída*, por exemplo pelo abuso no consumo de **LSD** e também para necessidade consequente do tratamento, assim como, a respeito da adesão á medicação.

Mais do que esperar a abstinência total de drogas, em relação ao Z. a estagiária procurou intervir no sentido das abordagens de **Redução de Danos**.

No final da consulta a estagiária pediu ao Z. a colaboração na investigação para a sua tese de licenciatura, para a qual o utente se disponibilizou, na semana seguinte. A estagiária despediu-se do Z. com um aperto de mão.

↳ Segundo Ferreira- Borges e Cunha Filho (2004) a **Redução de Danos tem** como intenção minimizar as consequências adversas do consumo de substâncias do ponto de vista da saúde e dos seus aspectos sociais e económicos sem que para tal o consumidor se veja obrigado a parar o seu consumo de substâncias. Oferece, assim, uma alternativa até aqui inexistente e que limitava o campo de actuação em saúde, ao mesmo tempo que

protege a comunidade em relação às ameaças de saúde que práticas pouco saudáveis proporcionam.

- A redução de danos é uma alternativa de saúde pública para os modelos moral/criminal e de doença do uso e dependência de substâncias em que a única meta aceitável de tratamento é a abstinência.

- A redução de danos oferece um enfoque que normaliza comportamentos de alto risco, colocando-os no contexto dos hábitos adquiridos, reduz o estigma associado à busca de ajuda para este tipo de problemas e estabelece parcerias e cooperação com a população-alvo no desenvolvimento de novos programas ou serviços.

- A redução de danos parte da premissa que certas pessoas sempre usaram substâncias e iram continuar a fazê-lo, colocando a questão "*o que podemos fazer para reduzir as consequências prejudiciais para os indivíduos*".

- Existem três estratégias básicas: a **educação**, o aumento da oferta de medidas e procedimentos de redução de danos na sociedade e as alterações em termos de legislação.

- As práticas da Redução de Danos podem ser ensinadas a indivíduos ou a grupos; A educação é a chave para a prevenção e para a minimização de danos relacionados com o uso de substâncias, ajudando as pessoas a desenvolverem motivação e habilidades associadas a um melhor auto-controle.

De ressaltar, que durante a consulta a estagiária sentiu que o Z. manteve o contacto visual, parecendo-lhe que o Z. alterava o tom de voz, sugerindo alguma ansiedade, quando se falava da "*doença*". Por outro lado, a estagiária não sentiu grande resistência da parte do Z. em falar sobre esse mesmo tema, até pelo contrário, a estagiária sentiu que houve um clima de comunicação interactiva, no qual o Z. deu espaço à estagiária para colocar algumas questões e fazer alguns comentários e se envolveu ele próprio no diálogo que se foi desenvolvendo, suscitando as suas verbalizações do utente na estagiária uma atitude de atenção e escuta activa.

A consulta teve a duração de aproximadamente 1 hora, na sequência da qual a estagiária procedeu ao registo dos temas mais significativos no Diário Clínico-Terapêutica do processo do utente.

Na semana seguinte o Z. compareceu e deu a sua colaboração para a investigação ao serviço da tese de licenciatura da estagiária (Anexo XVII).

Capítulo IV

4. Actividades de Investigação

↳ Introdução

De acordo com Ribeiro (1995) quando se fala de dependência, quer seja a propósito de consumos de substâncias psico-activas, quer seja relativo a comportamentos repetidos sem controlo, o que de imediato se configura no nosso espírito é que se trata de um fenómeno complexo, que envolve múltiplas dimensões e variados factores.

Ribeiro (1998) ao procurar esclarecer os conceitos de dependência física e psicológica, entre outros modelos refere-se á emergência do modelo de Narcóticos Anónimos (1950) que concebe o consumo de substâncias psicoactivas pelo "*adicto*" como consequência de uma patologia chamada dependência, que se inscreve nos planos físico, mental e espiritual.

Ribeiro (1995) enfatiza que a posição hoje consensualmente admitida perante a questão da toxicoddependência ou dependência e enfatiza o modelo tri-factorial, que preconiza a existência de uma interacção entre o produto, o consumidor e o meio. De acordo com o autor, este modelo, que passou a designar-se bio-psico-social, foi amplamente divulgado com a publicação do DSM III (1980) pela American Psychiatry Association (cf. Capítulo II, DSM-IV-TR).

↳ Contributo pessoal

A questão central que suscitou este estudo foi a investigação/avaliação da frequência de Perturbação da Personalidade em utentes do CAT da Covilhã.

Em jeito de contextualização, de referir, no que respeita ao processo de acreditação ao Grau de Mestre/2º Ciclo, que o estudo que aqui se apresenta constitui uma adaptação sintética, a formato de artigo científico, de um estudo mais complexo levado a cabo no ano

lectivo de 2005/2006, no âmbito do desenvolvimento de uma Tese de Licenciatura. Para levar a cabo essa mesma investigação, foram utilizados como instrumentos de recolha de dados o Questionário de Personalidade *SCID-II*, e o Teste Projectivo Gráfico *House-Tree-Person* bem como a respectiva entrevista (semi-estruturada). Estes dois instrumentos permitiram integrar nesse estudo duas grandes abordagens de avaliação da personalidade: Nomotética e Idiográfica. Assim, conciliou-se uma metodologia mista, Quantitativa e Qualitativa para a recolha de dados: Análise Descritiva e Análise de Conteúdo, respectivamente.

Não obstante, no estudo que se apresenta doravante, de acordo com a redefinição dos conteúdos do relatório final de estágio e as necessidades actuais (Actividades de Investigação, Avaliação e Intervenção Psicológica) adaptou-se exclusivamente a componente Quantitativa da metodologia da tese sobredita. Mais concretamente, estruturou-se neste trabalho de modo conciso, o processo e resultados da Análise Descritiva, procurando seguir os parâmetros adequados a formato de estudo/ artigo científico.

Dispensou-se assim a fundamentação teórica e a componente qualitativa que se encontram na tese de licenciatura.

4.1 - Objectivos do Estudo

- Descrever a frequência de Perturbações da Personalidade em utentes do Centro de Atendimento ao Toxicodependente da Covilhã;

- Averiguar a frequência de comorbilidade entre tipos de Perturbação da Personalidade em cada unidade observacional da amostra em estudo;

- Correlacionar tipos de Perturbação da Personalidade entre si, e variáveis Sóciodemográficas;

(- Enviar um exemplar deste estudo em formato de Artigo Científico para o Conselho Redactorial da Revista *Toxicodependências* a fim de o publicar !)

4.2 - Variáveis e Instrumentos

Neste estudo as variáveis ficam definidas de acordo com os instrumentos utilizados. Foi construída um *Folha de Rosto* com Variáveis Sociodemográficas (Anexo XVIII), apresentando-se esta em simultâneo com o Questionário de Personalidade SCID-II, que por sua vez possibilita o estudo da Perturbação da Personalidade e de comorbilidade na amostra em estudo.

↳ **Questionário de Personalidade - SCID – II** (Anexo XV)

O Questionário de Personalidade - *SCID-II* (*Structured Clinical Interview for DSM-IV - Axis II Personality Disorders – SCID-II*; First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin, 1997) na versão portuguesa (Pinto Gouveia, Matos, Rijo, Castilho e Salvador, 1999) dispõe já de tradução autorizada para investigação.

Este instrumento é designado, na sua íntegra, por *Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações da Personalidade do Eixo II do DSM-IV* e/ou Questionário de Personalidade - *SCID-II*.

A *SCID-II* é uma entrevista de diagnóstico semi-estruturada para avaliar as 10 Perturbações da Personalidade de Eixo II do DSM-IV, bem como a Perturbação de Personalidade Depressiva e a Perturbação de Personalidade Passivo-agressiva (incluídas no Apêndice B do DSM-IV).

Esta entrevista pode ser realizada a partir do Questionário de Personalidade da *SCID-II*, desejavelmente se o instrumento for utilizado em contexto clínico, respondendo o sujeito ao questionário auto-resposta, que servirá também como guião e reduz o tempo de realização da entrevista. Ou seja, idealmente em contexto clínico, considerando o formato original deste instrumento, deve aplicar-se o questionário e proceder-se posteriormente a uma entrevista semi-estruturada. Esta entrevista é desenvolvida a partir das repostas em que o sujeito concordou com determinados itens. Assim, o entrevistador, visando aprofundar a qualidade da informação, sugere ao sujeito que dê vários exemplos concretos de como um determinado item, com o qual concordou, se aplica a si próprio, reportando-se à sua maneira de ser no âmbito de vários contextos de vida.

De acordo com Almeida *et al.* (1999, p. 11) este instrumento na sua íntegra pode ser utilizado para fazer diagnósticos do Eixo II, quer categorialmente (presente ou ausente) quer dimensionalmente (registando o número de critérios que para cada diagnóstico foi preenchido). Não obstante, o questionário pode ser utilizado por si só, mas logicamente, implicando mais limites e precauções na interpretação dos seus resultados, sobretudo em âmbito clínico.

Segundo Almeida *et al.* (1999) não há ainda muitos dados disponíveis sobre a fidedignidade ou validade da *SCID-II*, embora vários estudos tenham sido levados a cabo para investigar a fidedignidade da sua antecessora, a *SCID-II* do DSM-III-R. Os autores sobreditos, que utilizaram recentemente a *SCID-II* num estudo afirmam que a *SCID-II* do DSM-III-R possui boas características psicométricas, tanto ao nível da fidedignidade (Arntz, Van Beijsterveldt, Hoekstra, *et al.*, 1992; *op. cit.* Almeida *et al.* 1999) como de validade (Skodoll, Oldham, Rosnick, *et al.*, 1991; *op. cit.* Almeida *et al.* 1999).

Este questionário dispõe de uma Folha de Cotação específica, concordante com o *Limiar de Diagnóstico* exigido pelo DSM-IV para que se possa considerar a frequência de Perturbação de Personalidade, quer em termos categoriais (presença ou ausência de critérios), quer em termos dimensionais (pela maior ou menor frequência dos critérios).

4.3 – Amostragem

Efectuou-se a recolha de uma Amostra por Conveniência no âmbito do C.A.T. da Covilhã. Inicialmente, foi preconizado do ponto de vista da orientação académica e científica, como estimativa, o valor mínimo de um *N* de 60 sujeitos utentes do C.A.T. com a finalidade de idealmente se poder implementar um tratamento estatístico do tipo Inferencial.

Todavia, em função das circunstâncias inerentes á instituição e das directrizes da própria Direcção do C.A.T. da Covilhã; entendeu-se que o número de elementos da amostra, uma vez ser um trabalho a realizar por uma estagiária, deveria aproximar-se do número mínimo necessário para um estudo estatístico, isto é, um *N* próximo de 30 sujeitos.

Posto isto, procurando conciliar as orientações e os objectivos académicos com as directrizes da Direcção do C.A.T., no cumprimento do estipulado e como resultado dessa articulação inter-institucional, a aluna/estagiária acabou por recolher uma amostra com N=40. Assim, realizou-se um estudo de tipo Descritivo.

Após tratamento estatístico, os resultados das frequências e/ou respectivas percentagens das variáveis sócio-demográficas na amostra de 40 utentes do CAT da Covilhã apresentam-se de seguida.

Relativamente á variável - **Idade**, verificamos nesta amostra que a média é 31.7, a mediana é 30.5, a moda é 28, o desvio padrão é 5.7, o valor máximo é 45 e o valor mínimo é 22. Estes resultados podem melhor ser observados de seguida na **Figura 1** (Anexo XVIII).

Relativamente á variável - **Género**, verificamos nesta amostra que o valor da moda é 1 correspondendo ao género masculino, verificamos que 75% dos sujeitos são do sexo masculino e 25 % dos sujeitos são do sexo feminino. Estes resultados podem ser melhor observados de seguida na **Figura 2** (Anexo XVIII).

Relativamente á variável - **Estado Civil**, verificamos nesta amostra que o valor da moda é 1 correspondendo a ser solteiro. Verificamos que 55% dos sujeitos são solteiros, 27.5% são casados/união de facto, 15% é divorciada/separados e 2.5% são viúvos. Estes resultados podem melhor ser melhor observados de seguida na **Figura 3** (Anexo XVIII).

Relativamente á variável - **Escolaridade**, verificamos nesta amostra que o valor da moda é 4 correspondendo ao 3º Ciclo. Verificamos que 47.5% dos sujeitos têm o 3º ciclo, 30 % têm o 2º ciclo, 15% têm o ensino secundário, 2.5% têm o 1º ciclo, 2.5 % têm o bacharelato e 2.5% têm uma licenciatura. Estes resultados podem ser melhor observados de seguida na **Figura 4** (Anexo XVIII) .

Relativamente á variável - **Situação Laboral**, verificamos nesta amostra que o valor da moda é 1 correspondendo a estar empregado. Verificamos que 52.5 % dos sujeitos estão empregados, 27.5% dos sujeitos estão desempregados e 20% dos sujeitos estão noutra situação, designadamente, na situação de reclusos, pensionistas e estudantes. Estes resultados podem ser melhor observados de seguida na **Figura (Anexo XVIII)5**.

Relativamente á variável - **Profissão**, verificamos nesta amostra que 45% dos utentes indicam a sua profissão, o valor da moda é 3 correspondendo á categoria profissional trabalhador por conta de outrém. Verificamos em termos de percentagens válidas, que 72.2% dos utentes trabalham por conta de outrém, 16.7% trabalham actualmente através do programa de reinserção social *Vida-Emprego* e 11.1% são

trabalhadores por conta própria. Estes resultados podem melhor ser observados de seguida na **Figura 6** (Anexo XVIII).

Relativamente á variável - **Idade de Início dos Consumos**, verificamos nesta amostra que a média é 15.7, a mediana 15, a moda 16, o desvio padrão 3.3, o valor máximo 30 e o valor mínimo 11. Estes resultados podem ser melhor observados de seguida na **Figura 7** (Anexo XVIII).

Relativamente á variável - **Droga Inicial**, verificamos nesta amostra que o valor da moda é 1 correspondendo a Haxixe. Verificamos que 60% dos utentes consumiram Haxixe como droga inicial, 15% consumiram Cannabis, 12.5% Heroína, 2.5% Cocaína, 7.5% Álcool e Haxixe e 2.5% Fármacos. Estes resultados podem ser melhor observados de seguida na **Figura 8** (Anexo XVIII).

Relativamente á variável - **Número de Drogas/Substâncias Usadas ao Longo da Vida**, verificamos nesta amostra que a média é 5.3, a mediana 4.5, a moda 10, o desvio padrão 3, o valor máximo 10 e o valor mínimo 1. Estes resultados podem ser melhor observados de seguida na **Figura 9** (Anexo XVIII).

Relativamente á variável – **Droga Principal ou de Eleição**, verificamos nesta amostra que o valor da moda é 1 correspondendo a Heroína. Verificamos que 60% dos utentes elegem a Heroína como droga principal, 22.5% elegem a Cocaína, 7.5% elegem simultaneamente a Heroína e a Cocaína, 5% elegem o Haxixe, 2.5% elegem os Alucinógenos (LSD) e 2.5% elegem a Cannabis. Estes resultados podem melhor ser observados na **Figura 10** (Anexo XVIII).

Relativamente á variável – **Idade de Início de Consumo da Droga Principal**, verificamos nesta amostra que a média é 19.9, a mediana é 18, a moda 15, o desvio padrão 4.9, o valor máximo 33 e o valor mínimo 14 anos. Estes resultados podem ser melhor observados de seguida na **Figura 11**(Anexo XVIII) .

Relativamente á variável – **Numero de Tratamentos**, verificamos que nesta amostra que a média é 4.8, a mediana é 2.5, existem duas modas com os valores 1 e 2, o desvio padrão é 5.2, o valor máximo é 20 e o valor mínimo é 1 tratamento. Estes resultados podem ser melhor observados de seguida na **Figura 12** (Anexo XVIII).

Relativamente á variável - **Numero de Recaídas**, verificamos nesta amostra que a média é 5.5, a mediana é 3, a moda é 1, o desvio padrão é 5.6, o máximo é 20 e o mínimo é 0. Estes dados podem ser melhor observados de seguida na **Figura 13** (Anexo XVIII).

4.4 – Procedimentos

Para concretizar a recolha da amostra, foi solicitada por escrito uma autorização á direcção do C.A.T. da Covilhã. Esta obteve deferimento na condição de os utentes serem “endereçados” á estagiária para aplicação dos testes, pelos técnicos do C.A.T. Nomeadamente, da parte das psicólogas da instituição, ainda que não obstando o encaminhamento dos utentes por parte de outros técnicos da equipa multidisciplinar do C.A.T.

Assim, dos 40 elementos da amostra endereçados á estagiária, 1 sujeito foi endereçado por uma médica de clínica geral, 1 sujeito foi endereçado pelo médico psiquiatra e director da instituição, 12 sujeitos foram endereçados por um médico de clínica geral e 26 sujeitos foram endereçados pelas psicólogas.

Foi também solicitada autorização aos autores da versão portuguesa do Questionário de Personalidade-*SCID-II* para utilizar este instrumento no âmbito da investigação em causa.

Os questionários foram aplicados durante o período de actividades do segundo semestre académico, no âmbito do Seminário de Investigação II. Mais precisamente, a partir do dia 23 de Março até ao dia 22 de Agosto.

Na sua maioria os testes foram aplicados na sala de reuniões do C.A.T. (sempre que esta estava desocupada) e alguns, na sua minoria, no Gabinete de Psicologia ou no Gabinete de Clínica geral (conforme o que estava disponível).

Na aplicação prática dos instrumentos, em primeiro lugar, explicou-se aos utentes que se disponibilizaram a colaborar na investigação, os objectivos do estudo assim como as instruções de cada teste, esclarecendo dúvidas pontualmente surgidas.

Apresentou-se o Questionário de Personalidade *SCID-II* incluindo uma *folha de rosto* de apresentação, através da qual se explicou os objectivos da investigação e recolheu informações sobre variáveis sociodemográficas da amostra. Neste estudo, não se procedeu á Entrevista *SCID-II*, preconizada no formato original do instrumento como subsequente á aplicação do Questionário de Personalidade *SCID-II*. Isto, por um lado, para que a bateria de avaliação psicológica não fosse demasiado exigente para os utentes e por motivos práticos de gestão do espaço e do tempo; por outro lado, caso se realizasse esta entrevista a colaboração dos utentes do C.A.T. nesta investigação representaria uma maior exposição

da parte dos mesmos, uma vez que a entrevista não seria exactamente anónima, ainda que confidencial.

Na generalidade, os utentes disponibilizaram-se para colaborar na investigação, adaptaram-se às instruções e realizaram o teste na sua íntegra no mesmo dia.

4.5 – Análise de Dados

Trata-se de um estudo Descritivo, assim, para tratar os dados resultantes da aplicação do Questionário de Personalidade *SCID-II*, os testes estatísticos utilizados foram medidas descritivas básicas: média, mediana, moda, desvio-padrão.

Além disso, realizaram-se também alguns Coeficientes de Correlação de *Pearson* a fim de averiguar algumas Correlações entre Variáveis.

Para análise de dados Recorreu-se ao programa estatístico *Statistical package for Social Sciences*.

Relativamente ao quadro temporal de recolha de dados, consistiu num estudo Crosseccional, uma vez que a recolha de dados se processou num único período de tempo (durante o segundo semestre do ano lectivo 2005/2006).

4.6 - Resultados

Após tratamento estatístico, os resultados das frequências e respectivas percentagens de **Perturbações da Personalidade** na amostra de 40 utentes do CAT da Covilhã apresentam-se de seguida:

Relativamente á variável - **Perturbação Evitante da Personalidade**, verificamos nesta amostra que **15%** dos utentes (frequência = 6) apresentam um valor igual ou superior ao número de itens do Questionário de personalidade-*SCID-II* necessário para um diagnóstico categorial.

Relativamente á variável - **Perturbação Dependente da Personalidade**, verificamos nesta amostra que **5 %** dos utentes (frequência = 2) apresentam um valor igual ou superior ao número de itens do Questionário de Personalidade - *SCID-II* necessário para um diagnóstico categorial.

Relativamente á variável - **Perturbação Obsessivo-Compulsiva da Personalidade**, verificamos nesta amostra que **62.5%** dos utentes (frequência = 25) apresentam um valor igual ou superior ao número de itens do Questionário de personalidade-*SCID-II* necessário para um diagnóstico categorial.

Relativamente á variável - **Perturbação Passivo-Agressiva da Personalidade**, verificamos nesta amostra que **37.5%** (frequência = 15) dos utentes apresentam um valor igual ou superior ao numero de itens do Questionário de Personalidade-*SCID-II* necessário para um diagnóstico categorial.

Relativamente á variável - **Perturbação Depressiva da Personalidade**, verificamos nesta amostra que **25%** (frequência = 10) dos utentes apresentam um valor igual ou superior ao número de itens do Questionário de Personalidade-*SCID-II* necessário para um diagnóstico categorial.

Relativamente á variável - **Perturbação Paranóide da Personalidade**, verificamos nesta amostra que **40 %** (frequência = 16) dos utentes apresentam um valor igual ou superior ao número de itens do Questionário de Personalidade-*SCID-II* necessário para um diagnóstico categorial.

Relativamente á variável - **Perturbação Esquizotípica da Personalidade**, verificamos nesta amostra que **25 %** (frequência = 10) dos utentes apresentam um valor igual ou superior ao número de itens do Questionário de Personalidade-*SCID-II* necessário para um diagnóstico categorial.

Relativamente á variável - **Perturbação Esquizóide da Personalidade**, verificamos nesta amostra que **7.5 %** (frequência = 3) dos utentes apresentam um valor igual ou superior ao número de itens do Questionário de Personalidade-*SCID-II* necessário para um diagnóstico categorial.

Relativamente á variável - **Perturbação Histriónica da Personalidade**, verificamos nesta amostra que **5%** (frequência = 2) dos utentes apresentam um valor igual ou superior ao número de itens do Questionário de Personalidade-*SCID-II* necessário para um diagnóstico categorial.

Relativamente á variável - **Perturbação Narcísica da Personalidade**, verificamos nesta amostra que **70 %** (frequência = 28) dos utentes apresentam um valor igual ou

superior ao número de itens do Questionário de Personalidade-*SCID-II* necessário para um diagnóstico categorial.

Relativamente á variável – **Perturbação *Borderline* da Personalidade**, verificamos nesta amostra que **60%** dos utentes (frequência = 24) apresentam um valor igual ou superior ao número de itens do Questionário de Personalidade-*SCID-II* necessário para um diagnóstico categorial.

Relativamente á variável – **Perturbação Anti-social da Personalidade**, verificamos nesta amostra que **37.5%** (frequência = 15) dos utentes apresentam um valor igual ou superior ao número de itens do Questionário de Personalidade-*SCID-II* necessário para um diagnóstico categorial.

Relativamente á variável – **Perturbação da Personalidade Sem Outra Especificação**, verificamos nesta amostra que **2.5%** (frequência = 1) dos utentes, apresentam traços de diferentes Perturbações da Personalidade, mas não são preenchidos itens/critérios suficientes para uma Perturbação da Personalidade específica.

Estes resultados podem melhor ser observados, de seguida, na **Figura 14**.

Frequência de Perturbações da Personalidade

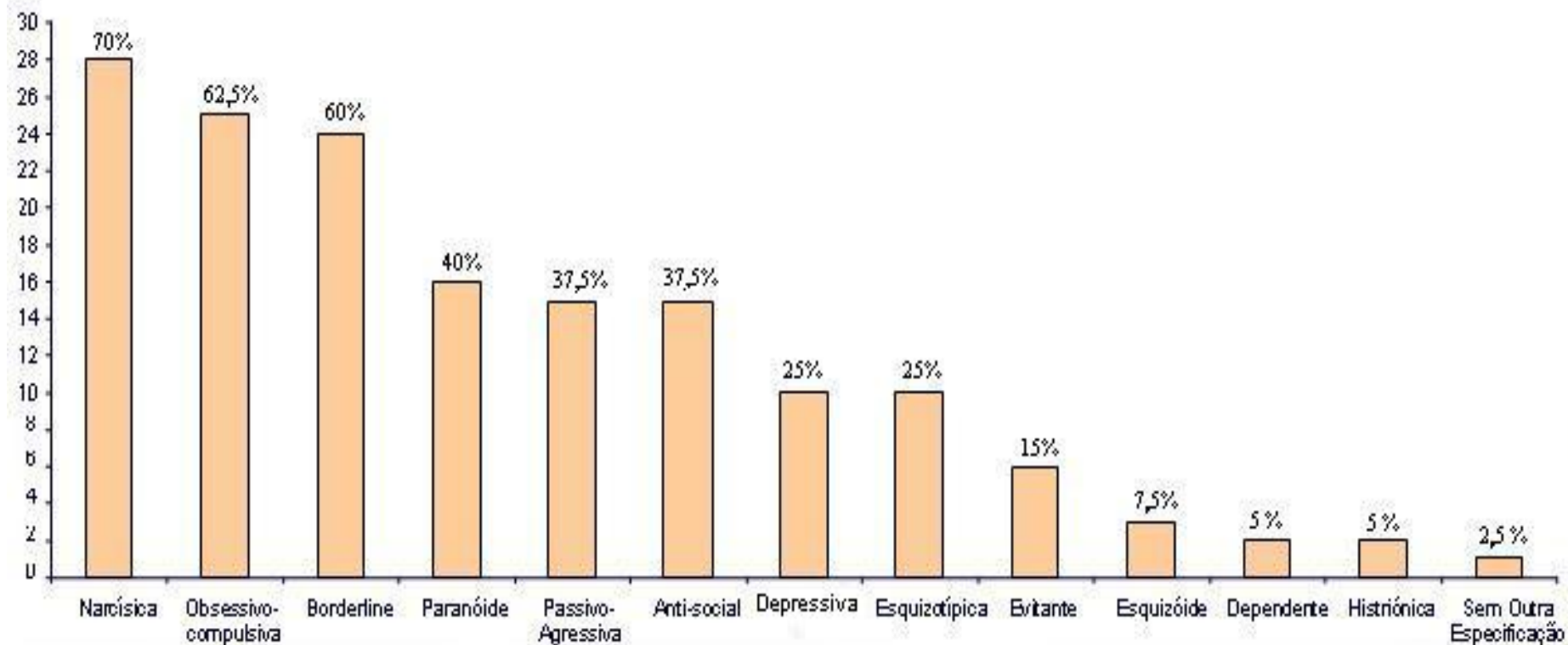


Figura 14 – Frequência de Perturbações da Personalidade em utentes do CAT da Covilhã (N=40)

Relativamente á **Variável - Número de Comorbilidades em cada Unidade Estatística ou Observacional**, verificamos nesta amostra que a média é 3.7, a mediana é 4, a moda é 5, o desvio padrão é 2.6, o máximo é 9 e o mínimo é 0 (não há comorbilidade, verificando-se apenas um perfil).

Estes resultados podem melhor ser observados, de seguida, na **Figura15**.

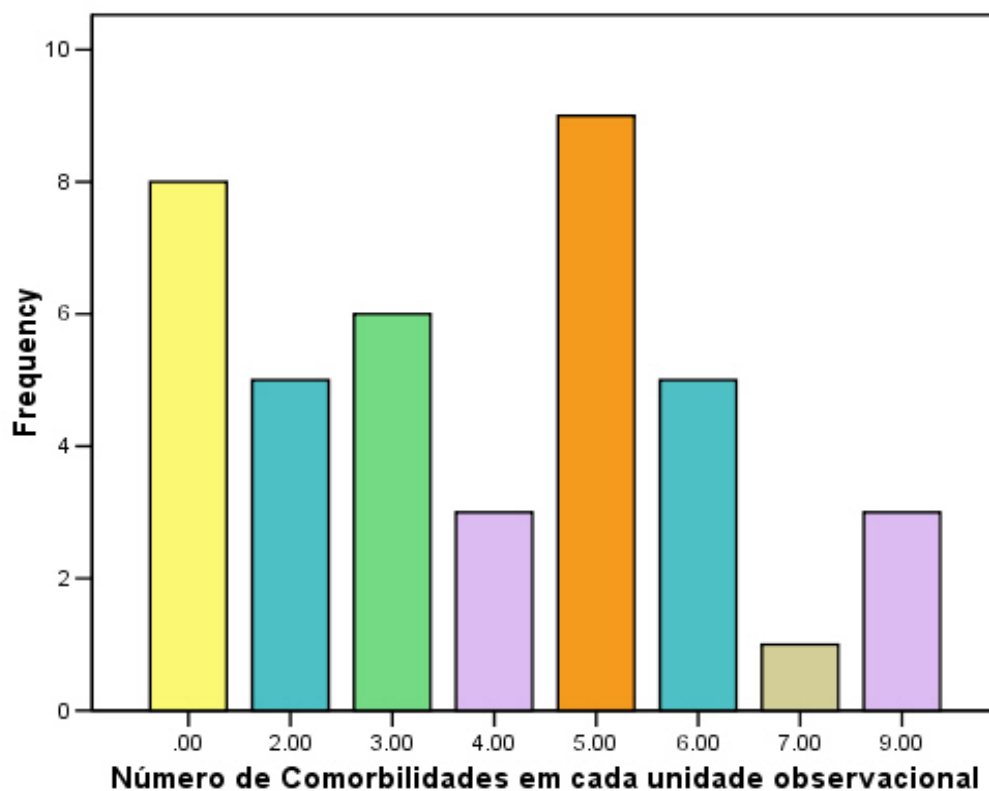


Figura 15 – Número de Comorbilidades em cada unidade observacional da amostra.

Como Correlações mais significativas, considerando o Coeficiente de Correlação de *Pearson*, e nível de significância $P < 0,005$, neste estudo verificam-se:

- A Correlação entre o número de itens/critérios diagnósticos registados para Perturbação *Borderline* da Personalidade e o número de itens/critérios diagnósticos registados para a Perturbação Narcísica da Personalidade, cujo coeficiente é igual a 0.5 que indica uma correlação positiva moderada.

- A Correlação entre o número de tratamentos e o número de recaídas, cujo coeficiente é igual a 0.6 o que indica uma correlação positiva moderada.

4.7 - Discussão de Resultados

Tal como é referido noutros estudos similares, nomeadamente no de Almeida *et al.*, (1999) verifica-se nesta amostra de 40 utentes uma frequência e comorbilidade elevadas de Perturbação da Personalidade.

Concretamente 39 utentes apresentam pelo menos uma Perturbação da Personalidade específica, ou seja 97,5% dos utentes da amostra, apresentam nos seus questionários de auto-resposta um número de itens igual ou superior ao necessário, tendo em conta o limiar respectivo para o diagnóstico de Perturbação da Personalidade. Apenas um utente apresenta Perturbação da Personalidade Sem Outra especificação, isto é 2,5%.

De acordo com Almeida *et al.*, (1999) "Embora possam existir algumas precauções necessárias na análise dos resultados, derivadas das questões levantadas pela definição de critérios do DSM-IV, não deixa de ser surpreendente uma taxa tão elevada de Perturbações da Personalidade" (p.22).

As 6 perturbações mais frequentes nesta amostra são: Perturbação Narcísica da Personalidade (70%); Perturbação Obsessivo-compulsiva da Personalidade (62,5%); Perturbação *Borderline* da Personalidade (60%); Perturbação Paranóide da Personalidade (40%); Perturbação Passivo-agressiva da Personalidade (37,5%); Perturbação Anti-social da Personalidade (37,5%). Sendo que estes resultados corroboram os resultados de outros

estudos afins, todavia, não era esperada uma frequência tão elevada para a Perturbação Obsessivo-compulsiva da Personalidade, tendo em conta resultados de estudos anteriores supra mencionados, o que não deixa de ser surpreendente.

Destaca-se também á semelhança do estudo de Almeida *et al.*, (1999) uma maior frequência das Perturbações da Personalidade do tipo B referido pelo DSM-IV. Contudo, também é um facto que as Perturbações da Personalidade apresentam taxas de comorbilidade elevadas entre si e entre os diferentes grupos (DSM-IV-TR, 2002, p. 686) aliás, Almeida *et al.*, (1999) afirmam mesmo que "a existência de mais do que um diagnóstico do Eixo II do DSM por sujeito, só por si, aponta para um elevado grau de patologia da personalidade na amostra, uma vez que os sujeitos com mais que uma Perturbação da Personalidade são a regra e não a excepção" (p.20).

Assim, também na amostra do presente estudo, a comorbilidade apresentou valores elevados, em média 3.5 (D.P. = 2.6), comparativamente á média similar de 3.7 (D.P. =2.10) do estudo de Almeida *et al.*, (1999).

Um dos objectivos do estudo descritivo e exploratório de Almeida *et al.* (1999) foi precisamente “*contribuir para uma maior sistematização do diagnóstico do Eixo II do DSM-IV (Perturbações da Personalidade) nos serviços de tratamento da toxicoddependência*” pela utilização da *SCID-II* (p. 7).

Por outro lado, Almeida *et al.*, (1999) ainda numa perspectiva dimensional, reportam-se a uma média de 32,1 para o número de itens/critérios preenchidos por sujeito na totalidade do questionário.

Neste estudo, verifica-se que a média dos itens/critérios para as 6 Perturbações da Personalidade mais frequentes é: 7.8 para a Perturbação Narcísica da Personalidade; 5.2 para a Perturbação Obsessivo-compulsiva da Personalidade; 8.9 para a Perturbação Borderline da Personalidade; 5.6 para a Perturbação Paranóide da Personalidade; 5.3 para a Perturbação Passivo-agressiva da Personalidade; e 6.3 para a Perturbação Anti-social da Personalidade. Posto isto, verifica-se nesta amostra que no caso das Perturbações da Personalidade Narcísica, Borderline e Anti-social a média dos itens/critérios registados pelas respostas dos sujeitos, está significativamente acima do valor do limiar de critérios para o diagnóstico dessas perturbações segundo o modelo categorial do DSM-IV.

De notar ainda que nesta amostra em todas as 13 Perturbações de Personalidade Identificadas pelo Questionário de Personalidade *SCID-II* se verificam frequências ainda que de intensidade variável (e.g. Esquizotípica 25%).

Por esta ordem de ideias, este estudo vem ao encontro da literatura científica que reitera a importância da avaliação psicológica e da elaboração de um plano de tratamento individualizado no âmbito das toxicodependências, dada por um lado, a comorbilidade com outras perturbações, particularmente as da personalidade; e por outro lado, a heterogeneidade do fenómeno (Prata, 2000; Janeiro & Metelo, 2004; Silva & Bacelar-Nicolau, 2003; Felizardo, 2005; Almeida *et al.*, 1999)

Podem considerar-se no contexto das limitações deste estudo e de possíveis factores de enviesamento, por exemplo: o facto da amostra se restringir a 40 elementos (em função das directrizes inerentes á dinâmica institucional do C.A.T. da Covilhã); por outro lado, nesta amostra não foi feita nenhuma triagem respeitante á severidade da adição dos sujeitos, assim como não se identifica se os sujeitos se encontravam ou não abstinentes do consumo de drogas e em que modalidade terapêutica (e.g. tratamento de substituição ou indução de antagonista) no momento da recolha dos dados; outra limitação deste estudo reside no facto de não poder ter sido aplicada a Entrevista SCID-II, teorizada pelos autores do instrumento, como subsequente e complementar á aplicação do Questionário de Personalidade SCID-II, sobretudo a fim de identificar uma possível Perturbação da Personalidade principal em cada sujeito, o que pode constituir um factor de enviesamento para a medida das comorbilidades.

Posto isto, um possível estudo no futuro poderia constituir-se com uma amostra cujo número de elementos fosse maior, igual ou superior a 60, possibilitando efectuar análises estatísticas mais complexas de tipo Inferencial. Além disso, num estudo com um número de elementos igual ou superior a 60, poderia incluir-se a comparação entre diferentes subgrupos. Por exemplo, num estudo com uma amostra de utentes no âmbito de uma instituição como o C.A.T., poderá comparar-se diferenças entre género masculino e género feminino ou diferenças entre utentes em regime de tratamento ambulatorio e utentes Reclusos, em termos de medidas de Perturbação da Personalidade.

Por outro lado, neste estudo por contingências situacionais e temporais inerentes á dinâmica da instituição que acolheu o estudo em causa, não foi possível aplicar a entrevista SCID-II, preconizada pelos autores deste teste como idealmente subsequente á aplicação do questionário de personalidade. Assim, á semelhança do estudo desenvolvido por Almeida *et al.* (1999) outros estudos futuros poderão explorar este instrumento aplicando-o na sua íntegra (questionário e entrevista individual respectiva) visando focalizar nos resultados a possível identificação de uma Perturbação de Personalidade principal em cada individuo ou elemento de uma amostra.

Outra possível questão de investigação para gerar um estudo prende-se com a averiguação de diferenças, na frequência de perturbação da personalidade, entre um grupo de utentes do C.A.T. e um grupo de pessoas não utentes do C.A.T., por exemplo estudantes não consumidores de drogas.

Seria também pertinente investigar se há diferenças estatisticamente significativas em medidas de Perturbação da Personalidade, entre utentes que aderem e utentes que não aderem a tratamento psicoterapêutico. Por outro lado, um possível objecto de estudo poderá ser focalizado nas diferenças em termos comportamentais e psicológicos entre utentes que fazem tratamento de substituição (e.g. Metadona), utentes que aderem a um tratamento em regime ambulatorio com fármaco antagonista opiáceo e utentes que desenvolvem tratamento no âmbito de Comunidades Terapêuticas.

Outras variáveis ou constructos psicológicos poderiam ser estudados com uma amostra de utentes do C.A.T. em comparação ou não com outros grupos, por exemplo medidas de: suporte social, inteligência, aptidões, competências sociais ou dificuldades de relacionamento interpessoal, assertividade, resistência á frustração, entre outras.

Será de utilidade a emergência de estudos que explorem outras comorbilidades inerentes á toxicodependência ou adição e o seu impacto social (e.g. em familiares).

Num estudo futuro podia também investigar-se a relação entre o suporte social (ou sua ausência) e as Perturbações da Personalidade em adictos, assim como as comorbilidades entre tipos de Perturbação da Personalidade e suporte social.

Capítulo V

5. Considerações Finais

5.1 Reflexão final

No término deste trabalho importa refletir sobre competências adquiridas, potencialidades e limitações, assim como acerca do processo de acreditação do Grau de Licenciado como equivalente ao 2º Ciclo/Grau de Mestre, no âmbito de uma adaptação curricular, em virtude do processo de Bolonha e mais concretamente, do *Europsy*.

Considero que o estágio curricular desenvolvido no enquadramento institucional do IDT, mais precisamente na área do CAT da Covilhã e do NAT do Hospital do Fundão foi verdadeiramente enriquecedor, relativamente a aprendizagem experiencial, humana académica e profissional!

Isto porque a complexidade da problemática da adição, e o contacto com pessoas ou utentes que sofrem deste problema ou doença, implica certamente dificuldade, exigências de crescimento pessoal e profissional; mas também se torna muito gratificante, uma vez que ensina a quem estagia nestes meandros, e contacta com uma equipa multidisciplinar, a perspectivar como referência impreterível, o conceito de saúde como todo o bem-estar biopsicosocial! Neste âmbito laboral as concepções radicais, reducionistas e isoladas são com certeza contraproducentes e aumentam certamente a probabilidade de insucesso, face às necessidades desta área, que por lei é multiprofissional.

Perante a heterogeneidade e complexidade da população toxicodependente ou do carácter multidimensional da doença da adição, fez todo o sentido procurar por em prática durante o estágio, competências diversificadas de avaliação, investigação e intervenção psicológica, este estágio foi sem dúvida uma boa oportunidade de treino dessas competências profissionais indispensáveis, ainda que esta área exija grande flexibilidade na planificação do trabalho, e implique a consciência de limites, dada a mutabilidade e imprevisibilidade imponente do comportamento de utentes adictos.

O exercício sistemático destas competências enquanto conduta profissional vem potenciar a adaptabilidade ao mercado de trabalho e dignifica a categoria profissional e a área científica da Psicologia. No contexto do *Europsy*, estes desígnios profissionais e canones técnico-ciêntíficos internacionais, permitem também ao psicólogo projectar-se para horizontes alternativos, além fronteiras, dado o reconhecimento nos países que integram o *Europsy* deste novo diploma intitulado Certificado Europeu em Psicologia.

Para concluir este trabalho, penso que nunca será demais ressaltar a pertinência de uma postura integradora e eclética perante problemáticas de complexidade emergente como a toxicoddependência, onde é indubitável conjugar esforços para combater a adversidade da problemática. Intervir isoladamente neste campo de proporções a nível mundial, onde se alastra a plantação e germinação de múltiplas “ervas daninhas”, se me é permitida esta metáfora subjectiva, só poderia conduzir a um estado de entropia, com prejuízo recíproco para terapeutas (médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros,...) e utentes ou pessoas com problemas de toxicoddependencia!

Parafraseando o célebre *Patriarche* “unidos neste combate, e connosco os pais, os amigos de todos os lados, para que morra o horrível monstro da droga e renasça a vida”.

“ Parece ter chegado o tempo em que as psicoterapias, em vez de se combaterem umas ás outras numa luta dogmática pela sobrevivência, podem ganhar muito mais se assumirem uma postura pluralista, ecuménica, e porque não, integrada em que aproveitam, com sucesso, quanto de positivo e eficaz existe em cada uma delas.”

José Serra (2003)

Bibliografia

Angel, P.; Richard, D.; & Valleur, M. (2002). Toxicomanias. Lisboa: Climepsi.

Abreu, M. V. (1990). A construção da Psicologia como ciência e a dessubjectivação dos processos psicológicos. *Psychologica*. Vol.III, pp.15-28.

Abreu, M.V. (1982). Motivos e organizações cognitivas na construção da personalidade. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Ano XVI, pp.331-342.

Amaral Dias, C. (1979). Estudos sobre a droga: o que se mexe a parar. Porto: Afrontamento.

Amaral Dias, C. (1980). A influencia relativa dos factores psicológicos e sociais no evolutivo toxicómano. Tese de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Ávila Espada, A.; Jiménez, F.; Ortiz, P.; Rodriguez, C.; (1992). Evaluacion em Psicologia Clínica I. Processo, método e estratégias psicométricas. Salamanca: Amaru Ediciones.

Barbosa, A. M. (1947). A essência do conhecimento. Coimbra: Ed. do Autor.

Barros, M. (1989). O toxicómano e a pintura. *Colectânea de textos do CAT Taipas*. Vol. I, pp.60-61.

Beauchesne, H. (1981). Le Psychanalyste à L'écoute du toxicomane. Dunod, Paris, p.133-140.

Besugo, A. (2000). A intervenção multidisciplinar na área da toxicodependência. *Colectânea de Textos Taipas*. Vol.XII: 200.

Bucher, R, & Costa, P. (1988). As drogas e a vida - Uma abordagem bio-psico-social. Brazil, São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda.

Castro, A. (2002) Aconselhamento + reabilitação = X. *Toxicodependências*. 8 (1): 79-22.

Cordioli, A.(1998^a). As psicoterapias mais comuns e suas indicações. In Cordioli, A. (ed), *Psicoterapias: abordagens actuais* (cap I). Porto alegre: Artes Médicas.

Cubero, N. (2001). TAT, CAT-A, CAT-H, y SAT - Técnicas Projectivas - Manual de Aplicação (4^a ed.). Madrid: TEA Ediciones, S.A.

Cunha, J. A. (2000). Psicodiagnóstico V. Porto Alegre. Artmed editora

Duran, D.(2000). O Trabalho interdisciplinar. *Colectânea de Textos Taipas*. Vol.XII: 179-198.

Duran, D. (2005). Contribuições da avaliação psicológica para a clinica das toxicodependências: reflexões sobre uma prática. In Colectânea de textos das Taipas-2005. Lisboa: CAT das Taipas.

Engelmajer, L.(1993). Drogas e Sida. Lisboa: Norprint Artes Gráficas.

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

Favrod, C-H. (1976). *Enciclopédia do Mundo Actual - A Psicanálise*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Ferreira, A. (2004). Toxicodependencia(s) e Psicoterapia(s). *Toxicodependências*. 10 (2): 65-74.

Ferreira-Borges,C. & Filho,H. (2004). Alcoolismo e toxicodependência. Lisboa: climepsi editores.

Fleming, M. (1995). Família e Toxicodependencia. Porto: Edições Afrontamento.

Freud, S. (1905). *Obras Completas - Tomo II - Psicoterapia (Tratamiento por el espiritu)*. Espanha: Biblioteca Nueva.

From, E. (1980). *Grandeza e Limitações do Pensamento de Freud*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Gago, J. e Neto, D. (2001). Alexitimia e Toxicodependência. *Toxicodependências*. 7(3): 19-22.

Gonçalves, O. (1993). *Terapias Cognitivas - Teoria e Prática*. Porto: Edições Afrontamento.

Hansenne, M. (2005). *Psicologia da Personalidade*. Lisboa: Climepsi Editores.

IDT (2001). Plano de acção Nacional de Luta contra a Droga - Horizonte 2004 - Presidência do Concelho de Ministros. Lisboa: IDT.

IDT. (2004). Guia de serviços e Unidades Especializadas do Instituto da Droga e da Toxicoddependência. Lisboa: IDT.

Jeammett, Ph. (1978). Les limites de la psYchothérapie dans la toxicomanie. In *Confrontations Psychiatriques*, n.º 28, p.265-275.

Jung, C. (1935). *La Psyque y sus Problemas Actuales*. Madrid: Editorial Poblet.

Kaplan,H. & Sadock,B. (1990) Compêndio de Psiquiatria. Porto alegre: Artes Médicas .

Letarte, P.(1981). Le Psychanalyste à L'écoute du toxicomane. Dunod, Paris, p.125-131.

Lagache, D. (1978). A Unidade da Psicologia. (n.d.).

Leal, I. & Ribeiro, J. (1996). Psicologia clinica da saúde. *Análise Psicológica*. 4(XIV):589-599.

Lito, M. & Silva, M. (1997). Técnicas criativas no centro de dia. *Colectânea de textos do CAT Taipas*. Vol. X: pp.329-331.

Lito, M. & Silva, M.(2000). Terapia Ocupacional. *Colectânea de textos do CAT Taipas*. Vol. XII: pp.211-218.

Machado, S. C. & Vasconsellos, M. C. (1998). Psicanálise e Psicoterapia de Orientação Analítica in Cordioli, A. V.Psicoterapias abordagens actuais. Porto Alegre: Artmed.

Manita, C. (2002). Avaliação psicológica no domínio das toxicodependências: das estruturas aos processos. *Toxicodependências*. 8 (3): 11-25.

Monteiro, M. & Santos, M. (1996-98). Psicologia. Porto: Porto Editora.

Mueller, F. -L. (1976). História da Psicologia - II. A psicologia Contemporânea. Mem Martins: Publicações Europa-América.

Milheiro, J, (2001). Orofobias....maniase outros mistérios. Coimbra: Almedina.

Ministério da Justiça- gabinete de planeamento e de coordenação do combate á droga (1990). Droga, Programa de acção mundial. Lisboa: Litografia Amorim.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2005). *Plano de acção da União europeia em Matéria de Luta conta a Droga*. Retirado em 8 de Fevereiro de 2006 de: http://europa.eu.int/agencies/emcdda/index_pt.htm

Mousseau, J. & Moreau, P. (1984). *Dicionário do Inconsciente*. Lisboa: Verbo.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2003). Relatório Anual 2003. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2005). Relatório Anual 2005: A Evolução do Fenómeno da droga na Europa. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.

Pádua, J. (1989). O Psicodrama no tratamento do toxicodependente. *Colectânea de Textos Taipas*. Vol.VII: 96-99.

Paticío, L. (2002). Droga - para que se saiba. Lisboa: Figueirinhas.

Prata, I. (2000). Intervenções psicológicas nas toxicodependências: algumas questões. *Toxicodependências*.6 (2): 47-53

Piaget, J. (1974). A Psicologia. Lisboa: Livraria Bertrand (publicação portuguesa).

Platt, J., Husband, S. & Taube, D. (1990-91) Major psychotherapeutic modalities for heroin addiction: a brief overview. *The journal of the Addictions*, 25 (12A), pp. 1453-1477.

Portugal, A. (2002). A Verdade da Mentira: uma Reflexão teórica. *Toxicodependências*. 8 (1): 13-17.

Presidência do Conselho de Ministros, (1999). Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga. Lisboa: Artes Gráficas.

Read, A. (2002). Psychotherapy with addicted people. In M. weegmann & Cohen (Eds), *The psychodynamic of addictions*. London: Whurr Publishers.

Reuchlin, M. & Huteau, M. (1980) Guide de L'étudiant en psychologie. Paris: PUF.

Ribeiro, J.P. (1998). Psicologia e Saúde. Lisboa: ISPA.

Ribeiro, J. (1995). Dependência ou Dependências ?. *Toxicodependências*. Num. 3 -pp.5-13.

Ribeiro, J. (1998). Dependência psicológica versus Dependência física ?. *Toxicodependências*. Num. 2 - pp. 45-53.

Rigolet, S. A. (2000). Os três P - precoce, progressivo, positivo. Porto: Porto Editora.

Rosa, A. & Felisberto, A. (1990). Toxicodependência - Aspectos actuais de tratamento. Coimbra: (não disponível).

Sá, E. (2003) Textos com Psicanálise.(n.d.) Fim de Século - Edições

Sánchez, A. P.(1992). Elementos de psicoterapia breve psicoanalítica. Barcelona : Fundació Vidal e Barraquer.

Serra, J. (2003). Psicoterapia Integrada: um modelo para o processo terapêutico. Coimbra: Quarteto Editora.

Simões, M. (1999). O ensino e a aprendizagem da avaliação Psicológica: o caso da avaliação da personalidade. *Psychologica*. 22: 135-172.

Simões, M. (1994). Notas em torno da arquitectura da avaliação psicológica. *Psychologica*. 11: 7-14.

Soares, A. (2005) O potencial integrativo da terapia Cognitiva: uma mais valia para a abordagem da toxicodependência. *Colectânea das Taipas* . vol. XV: 77-88.

Sousa, A. (2002) “Aconselhamento e reabilitação psicossocial do toxicodependente”. *Toxicodependências*. 8 (1). 25-30.

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

Vicente, T. (2000). O Trabalho interdisciplinar. *Colectânea de Textos Taipas*. Vol.XII: 179-198.

Vasconcelos, M. (1995) Psicodrama em comunidades terapêuticas para toxicodependentes. *Colectânea de Textos Taipas*. Vol.VII: 22-24.

Nome do ficheiro: europsy 20
Directório: C:\Documents and Settings\Lucas Francisco\Ambiente de trabalho
Modelo: C:\Documents and Settings\Lucas Francisco\Application Data\Microsoft\Modelos\Normal.dot
Título: Metodologia
Assunto:
Autor: a14275
Palavras-chave:
Comentários:
Data de criação: 01-09-2008 11:29:00
Número da alteração: 2
Guardado pela última vez em: 01-09-2008 11:29:00
Guardado pela última vez por: Lucas Francisco Tsamba
Tempo total de edição: 0 Minutos
Última impressão: 01-09-2008 11:31:00
Como a última impressão completa
Número de páginas: 134
Número de palavras: 43.787 (aprox.)
Número de caracteres: 236.456 (aprox.)