

UNIVERSIDADE
AUTÓNOMA
DE LISBOA



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

DEPENDÊNCIAS

(Relatório de estágio para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia-Especialização em
Psicologia Clínica e de Aconselhamento)

Paulo Rui Rodrigues Alves Nogueira Nº 20120725

ORIENTADOR: Professor Doutor Manuel Sommer

Universidade Autónoma de Lisboa

ORIENTADOR DA INSTITUIÇÃO: Dra. Bertina Tomé

Instituição Desafio Jovem

Lisboa, 31 Dezembro de 2015

“A felicidade não se resume na ausência de problemas mas sim na sua capacidade de lidar com eles”

Albert Einstein

Dedicatória

Este meu percurso só foi possível porque a minha família sempre acreditou em mim. Agradeço à minha esposa Ângela por toda a paciência e amor que teve comigo ao longo desta caminhada académica e aos meus filhos André e Rute, porque são fonte de motivação.

Ao meu pai, Carlos Nogueira, e à minha mãe Ermelinda Rodrigues por nunca se terem resignado com o que a vida lhes ofereceu, enquanto cresciam. Obrigado porque me deram a possibilidade de ser uma pessoa melhor.

Quero agradecer aos meus dois irmãos Luís e Pedro Nogueira e respectivas esposas, Francisca e Elsa Nogueira, por sempre estarem perto de mim quando mais precisei.

Aos meus sobrinhos Tiago, Stefanie e Steve Nogueira pela preocupação.

Uma palavra de gratidão à família Pereira que encontrei no percurso da minha existência.

Ao Desafio Jovem e a todas as pessoas da instituição pelo acolhimento excelente e pela forma como marcaram a minha vida.

Dedico este trabalho a todos vocês, tenho muito orgulho de pertencer a estas famílias maravilhosas. Esta vitória não é só minha, é de todos nós.

Agradecimentos

Agradeço a todos os profissionais da instituição Desafio Jovem pela ajuda prestada, em especial à Dra. Bertina Tomé e Dra. Andréa Branco, pela sua preciosa ajuda e orientação.

Gostaria de deixar um grande obrigado a todos os utentes pela confiança que depositaram em mim, ao partilharem as suas histórias. Ajudaram-me a perceber os problemas com que se deparam no processo de tratamento e na vida pessoal.

Agradeço ao Professor Manuel Sommer pela sua contínua disponibilidade e pela orientação do meu relatório de estágio.

Um muito obrigado a todos os meus Professores da Universidade Autónoma de Lisboa, foram preciosos em momentos de pressão. Um bem-haja a todos.

Finalmente, e acima de tudo, agradeço ao Deus da Bíblia, pelo seu amor incondicional na minha vida.

Resumo

O presente documento reporta-se ao relatório de Estágio realizado no âmbito do Mestrado em Psicologia do Aconselhamento, entre Outubro de 2013 e Julho de 2014, pela Universidade Autónoma de Lisboa.

O objectivo do estágio foi observar e intervir no âmbito das dependências e alcoolismo em contexto de Comunidade Terapêutica - Desafio Jovem - *Teen Challenge* Portugal. Procurou-se compreender o fenómeno das dependências e alcoolismo, através da revisão bibliográfica, bem como verificar a intervenção psicológica nessas problemáticas através da Abordagem Centrada na Pessoa.

Apresentamos o trabalho de estágio realizado durante 10 meses, comportando a observação em comunidade terapêutica, os seminários, as avaliações e acompanhamentos psicológicos. Os casos clínicos apresentados prendem-se com a problemática do alcoolismo e são descritos os instrumentos de avaliação e as sessões de acompanhamento. Termina-se com uma reflexão pessoal dos conteúdos bibliográficos em cruzamento com a prática clínica.

Palavras-chave: Abordagem Centrada na Pessoa; Alcoolismo; Dependências; Psicologia; Relação Terapêutica.

Abstract

This document is the report of an internship that occurred between October 2013 and July 2014, as part of the Masters Degree Program in Counseling Psychology at the Universidade Autónoma of Lisbon.

The goal of the internship was to observe and intervene in the context of dependencies and alcoholism at the Therapeutic Community - Desafio Jovem - Teen Challenge – Portugal. We endeavored to understand the dependency and alcoholism phenomena, through bibliographical revision as well as verifying the psychological intervention in these areas through the Person Centered Approach.

Here is presented the ten-month internship work, including the therapeutic community observation, seminars, and the psychological evaluations and consultations. The clinical cases presented are related to alcoholism and the evaluation instruments and consultations are herein described. The document ends with a personal reflection on the bibliographical contents versus the clinical practice.

Keywords: Person Centered Approach; Alcoholism; Dependencies; Psychology; Therapeutic Relation.

Índice

Parte I – Contextualização do Local de Estágio	13
1.1. Desafio Jovem - História	13
1.2. Objectivos e Funcionamento.....	14
1.3. O Papel do Profissional de Psicologia	15
1.4. Enquadramento Teórico.....	17
1.4.1. O conceito de droga.....	17
1.4.2.1. Critérios de dependência de substâncias	20
1.4.3 Álcool	21
1.4.3.1. Conceitos e definições	21
1.4.3.2. Factores biológicos	22
1.4.3.3. Factores sociais	23
1.4.3.4. Factores psicológicos	23
1.4.4. Intervenção psicológica no contexto do estágio	25
1.4.5. A postura terapêutica	26
Parte II – Actividades Realizadas no Âmbito de Estágio	28
2.1 Introdução	28
2.2 – Trabalho de Estágio: Observação: Aplicação de Testes e Descrição dos Instrumentos Utilizados	29
2.2.1. WAIS-III - Escala de inteligência de Wechsler para adultos versão III.....	29
2.2.2. CAQ - Questionário de análise clínica	30
2.2.3. TAT - Teste de apercepção temática	30
2.2.4. MMS - Mini mental state.....	31
2.2.5. WISC-III - Escala de inteligência de Wechsler para crianças versão III	31
2.2.6. IPP - Interesses e preferências profissionais.....	32
2.2.7. PMA - Aptidões mentais primárias	33
2.2.8. Entrevistas de triagem.....	33
2.3. Trabalho de Estágio	33

2.3.1. Estudo de caso A	34
Pedido	34
Observação	34
História Pessoal	35
Avaliação Psicológica do caso A.....	37
Conclusão	38
Sessões de acompanhamento psicológico caso A	39
2.3.2. Acompanhamento psicológico caso B.....	41
Pedido	41
Observação	42
Sessões de acompanhamento caso B	42
2.4. Discussão e Reflexão dos Casos Clínicos.....	47
2.5. Reflexão Global do Trabalho de Estágio	51
Anexos	58
Anexo 1 - Folha de Entrevista de Triagem	
Anexo 2 - Relatório de Avaliação Psicológica	
Anexo 3 - Testes Psicológicos	
Anexo 3.1 - WAIS-III-Escala de inteligência de Wechsler para adultos versão III	
Anexo 3.2 - CAQ - Questionário de análise clínica	
Anexo 3.3 - TAT - Teste de apercepção temática	
Anexo 3.4 - Mini Mental State	
Anexo 4 - Resumos das Sessões de acompanhamento Psicológico	
Anexo 5 - Calendário de actividades do estagiário no Desafio Jovem	

Índice de Tabelas

Tabela 1 - *Cronograma de carga horária per actividades 1º semestre*.....28

Tabela 2 - *Cronograma de carga horária per actividades 2º semestre*.....29

Índice de Figuras

Figura 1 - Genograma de HD.....	36
Figura 2 - Genograma de HS	47

Lista de Sigla

ACP – Abordagem Centrada na Pessoa

CAQ - Questionário de análise clínica

CAT – Centro de Atendimento à Toxicodependência

DSM-IV – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais

E.U.A – Estados Unidos da América

IDT – Instituto de Drogas e Toxicodependência

IPP - Interesses e preferências profissionais

MMPI - Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota.

MMS – Mini Mental State

OMS – Organização Mundial de Saúde

PMA - Aptidões mentais primárias

TAT – Teste de Apercepção temática

WAIS III - Escala de inteligência de Wechsler para adultos versão III

WISC - Escala de inteligência de Wechsler para crianças versão I

Introdução

O presente relatório refere-se ao estágio curricular do mestrado de Psicologia Clínica e do Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa, realizado entre Outubro de 2013 e Julho de 2014, na Instituição Desafio Jovem, totalizando 600 horas. O Desafio Jovem está implementado em Portugal desde 1978, inclui várias comunidades terapêuticas, tendo como modelo de intervenção o modelo bio-psico-socio-espiritual. Do ponto de vista da prática clínica do orientador do estágio, a abordagem clínica é a Abordagem Centrada na Pessoa. Trata-se de comunidades terapêuticas de estada prolongada, especializadas em tratamento de pessoas com dependências, nomeadamente alcoolismo, bem como um Centro de Reinserção.

Este estágio constituiu uma oportunidade de poder experimentar a intervenção clínica, nos moldes apreendidos ao longo dos anos da licenciatura e mestrado em Psicologia, tendo sido possível realizar a intervenção psicológica ao nível da avaliação psicológica e do acompanhamento psicológico, reportando neste relatório dois dos casos clínicos acompanhados.

Na I parte, irá ser feita uma descrição do local do estágio, da sua história e pressupostos de intervenção.

Na II parte, procede-se ao enquadramento teórico, revisando os principais conceitos ligados às áreas das dependências, do alcoolismo e da relação terapêutica. São estes os conceitos que consideramos fundamentais para a realização do estágio e a compreensão do fenómeno alvo de intervenção. São ainda apresentados dois casos clínicos. Um de avaliação e acompanhamento, outro de acompanhamento psicológico, representativos dos casos que me foram atribuídos na instituição.

Na III parte, é feita a discussão e reflexão sobre os casos clínicos, cruzando os dados bibliográficos com os dados recolhidos na observação, avaliação e acompanhamento.

A redacção do presente relatório de estágio académico não segue o novo acordo ortográfico.

Parte I – Contextualização do Local de Estágio

Neste capítulo será examinada a instituição onde se desenvolveu o estágio: em primeiro lugar a sua história, desde o início até à actualidade. Em segundo lugar, será examinado o funcionamento da instituição, os seus programas de reabilitação, as suas infra-estruturas e os seus objectivos, nomeadamente, as populações alvo e as tipologias de acções direccionadas para as mesmas de acordo com as suas especificidades. Por último, será examinado o papel do profissional de psicologia na instituição, qual a sua intervenção e funções desempenhadas.

1.1. Desafio Jovem - História

O Desafio Jovem (*Teen Challenge USA*) teve a sua origem na cidade de Nova Iorque, E.U.A. Teve início em 1958, em Brooklyn, quando David Wilkerson, um jovem Pastor de uma igreja protestante na *Pennsylvania*, se mudou para Nova Iorque, por causa de notícias que davam conta de lutas entre gangues rivais naquele estado e que tinham originado a morte de um jovem. Nasceu assim o *Teen Challenge*, que, pouco tempo depois, alargou a sua intervenção para o âmbito das dependências de drogas e álcool, focalizando a sua acção nesta área.

O sucesso desse trabalho motivou a criação da organização, que se estendeu a outras cidades americanas. Contudo o *Teen Challenge* (Desafio Jovem) não se limitou às fronteiras dos Estados Unidos da América. Progressivamente foi-se estendendo a outras partes do globo, sendo uma organização muito conceituada pelos governos de vários países, devido ao grande sucesso alcançado na recuperação de toxicodependentes (Desafio Jovem, n.d).

Em Portugal, foi em 1978 que a igreja evangélica Assembleia de Deus, em cooperação com a Cruz Vermelha Portuguesa e várias outras igrejas evangélicas portuguesas, na pessoa do Pastor Lucas da Silva, fundaram a primeira comunidade terapêutica. Sendo que apenas em 1981 procedeu à constituição legal, tendo ficado o Desafio Jovem registado definitivamente sob o N° 14/90 no Livros da Instituições com Fins de Saúde. Desde então, o Desafio Jovem constitui uma das instituições mais credíveis em Portugal, tendo parcerias com o Ministério da Saúde, o Ministério do Trabalho e Segurança Social, o SICAD – Serviço de intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências, tendo um âmbito de intervenção alargado a variados contextos, como escolas, prisões, hospitais e bairros degradados (Desafio Jovem, n.d).

1.2. Objectivos e Funcionamento

Esta instituição visa a prevenção das toxicodependências e alcoolismo, o tratamento e reinserção dos indivíduos com estas problemáticas. Na área da prevenção, o alvo são sobretudo crianças e jovens em idade escolar, com acções pedagógicas em escolas realizadas por voluntários da instituição. Quanto à área de intervenção, a população alvo é a população toxicodependente e alcoólica, sendo que existem inúmeras actividades nos contextos em que a incidência das dependências é forte como o caso dos bairros degradados, principalmente em Lisboa e no Porto, prisões da área metropolitana de Lisboa, bem como hospitais onde são referenciados casos específicos nos quais existe vontade de iniciar tratamento. A terceira área, reinserção, tem como alvo, essencialmente, a inserção de utentes que terminam o programa de tratamento da instituição, sendo as acções desenvolvidas principalmente de orientação dos utentes nesse processo, incluindo orientação vocacional, profissional, familiar e social (Desafio Jovem, n.d).

O Programa de reabilitação é efectuado em comunidades residenciais de estadia prolongada, vulgarmente denominadas “comunidades terapêuticas”. Actualmente, em Portugal, encontram-se em funcionamento três comunidades – Castanheira do Ribatejo e Alter do Chão (indivíduos do sexo masculino), e uma comunidade mista situada em Cucujães. Existe ainda uma comunidade de inserção em Fanhões-Loures.

Tipicamente existem dois processos de tratamento distintos, conforme a dependência do indivíduo seja álcool ou heroína/cocaína. No caso do álcool, o tempo mínimo de permanência na comunidade é de seis meses, em que o indivíduo, depois da fase crítica de desabituação, pode contactar com familiares ou outros significativos regularmente. Passado o tempo mínimo de permanência, o utente poderá optar por dar por terminado o tratamento ou permanecer na instituição para consolidar certos aspectos da sua recuperação, com vista à plena reinserção social.

No caso da heroína/cocaína, o programa tem a duração mínima de um ano e é dividido em várias fases, assinaladas pela aquisição de privilégios no fim de cada fase (Desafio Jovem, n.d).

Durante o período de internamento, é trabalhada a dependência do indivíduo, iniciando um processo de mudança numa perspectiva holística, consistindo o programa de tratamento no envolvimento do utente em diversas actividades, de cariz social, profissional, académico, psicossocial, lúdico e espiritual, sendo as actividades estruturadas numa base semanal.

A nível profissional, os utentes desenvolvem uma actividade prática no seio da comunidade, com todas as exigências que implica, como cumprimento de horários,

responsabilização pela qualidade dos trabalhos e uma noção clara de hierarquia, o que prepara os utentes para uma vida futura responsável, em que possam responder positivamente a todas as exigências do mundo profissional. A nível social, desenvolvem-se actividades lúdicas como jogos, prática de desporto, visionamento de filmes e programas de televisão, bem como actividades periódicas que reúnem famílias dos utentes e técnicos em convívio. A nível académico, realizam-se acções de formação, como prevenção de recaída e aulas sobre carácter, atitudes e relacionamentos. A nível psicológico, o indivíduo realiza sessões periódicas com o profissional de psicologia, para que se possa acompanhar o estado emocional do indivíduo. No domínio da dimensão religiosa e espiritual do tratamento é enfatizado especificamente o cristianismo bíblico de doutrina protestante.

Na realidade, de acordo com a página de internet (Desafio Jovem, s.d), o modelo terapêutico do Desafio Jovem, pretende apresentar alternativas de vida que permitem viver e não sobreviver na sociedade actual. O ponto central deste modelo consiste no facto de considerar o indivíduo como um todo, em que o espiritual é a base do relacionamento consigo e com os outros, já que, para além de terminar com os consumos, tem o mérito de recriar o posicionamento crítico em relação à sociedade em que vive e fazer reencontrar o seu lugar na mesma, numa perspectiva económica, social, afectiva e emocional.

O modelo bio-psico-socio-espiritual, considera os factores biológicos, psicológicos, sociais e espirituais de cada pessoa, e propõe-se ajudá-la a reorganizar-se, bem como à sua forma de estar na vida.

O espiritual é neste âmbito entendido, no sentido de Hipólito (2011, p.135), isto é no sentido noético: “Referimos, ainda, aqueles para quem a única dimensão, o que enche a sua vida, é a dimensão noética. Pessoas empenhadas em Deus, na sua confissão religiosa, no seu plano espiritual, na sua vocação. Cheios de entusiasmo e com a convicção de que Deus pode resolver tudo (...)”

Em suma, o objectivo fundamental do Desafio Jovem é proporcionar aos residentes a aquisição de competências técnicas, profissionais, sociais e outras que, por sua vez, facilitarão a sua integração na sociedade (Desafio Jovem, s.d)

1.3. O Papel do Profissional de Psicologia

A nível do processo terapêutico, os utentes do Desafio Jovem são alvo de uma abordagem centrada na pessoa, abordagem esta, baseada na teoria humanista de Rogers (2009), cuja aplicação terapêutica visa a auto-realização do indivíduo em todo o seu potencial.

Ainda que acompanhados em permanência por técnicos residentes na instituição (na sua maioria, ex-toxicodependentes, recuperados na própria instituição), que recebem a designação de “conselheiros”, é na pessoa do psicólogo que o utente encontra a oportunidade de encetar uma relação terapêutica essencial no processo de reabilitação (Rogers, 2009).

De facto, é no contexto da relação terapêutica que, segundo esta abordagem, o sujeito vai encontrar um ambiente propício à mudança e ao crescimento pessoal. Através da empatia e aceitação incondicional por parte do terapeuta, o indivíduo caminha em direcção à congruência, harmonizando o seu self real e o seu self ideal. Assim, descobrindo quem é na realidade, e aprendendo a aceitar-se dessa forma, está em condições de realizar todo o seu potencial, o que se reflecte na relação consigo mesmo e com os outros.

No Desafio Jovem, o profissional de psicologia desempenha desde logo este papel, em consonância com a orientação teórica da prática psicológica na instituição.

Desta forma, e também num nível mais prático, o profissional de psicologia serve como orientador da forma como as necessidades do sujeito irão ser supridas no contexto da vida quotidiana na instituição. Mantendo sempre a confidencialidade, o psicólogo auxilia os técnicos a saberem como salvaguardar certos aspectos da vida do utente, aspectos estes, cuja importância é inerente à forma como o sujeito vai reagindo ao tratamento. Aqui é determinante a avaliação realizada regularmente pelo psicólogo que, usando técnicas científicas como instrumentos de avaliação psicológica e sessões de terapia, monitoriza a evolução no sujeito no contexto amplo do seu tratamento dentro da comunidade. Além disso, o psicólogo realiza acções de formação, como a prevenção de recaída e auxilia na reinserção social, realizando orientação vocacional e preparando os utentes para a entrada no mercado de trabalho, através da elaboração dos *Curriculum Vitae* dos utentes e do recurso a testes de orientação vocacional.

Convém, no entanto, salientar que o papel do profissional de psicologia começa a ser desempenhado muito cedo, nomeadamente, no processo de admissão do utente na instituição. Um dos requisitos para a entrada no Desafio Jovem é uma consulta do utente com um psicólogo da instituição para que este leve a cabo uma avaliação preliminar em forma de anamnese, que permita conhecer a história do utente. Recebem-se assim as primeiras informações sobre a pessoa a ser admitida para tratamento, essenciais para um tratamento eficaz e informado, e despistam-se eventuais complicações de ordem psicológica que possam condicionar a vida em comunidade e a própria admissão na instituição.

O papel do psicólogo no Desafio Jovem não se limita aos utentes. O profissional de psicologia intervém ao nível dos técnicos e suas famílias, dado que o trabalho na comunidade

pode tornar-se extremamente desgastante, devido ao envolvimento emocional que a vida em comunidade invariavelmente ocasiona. E este facto é real, não apenas para os técnicos que trabalham na instituição, mas também para os que os acompanham nesse trabalho, isto é, os seus familiares, sujeitos a várias pressões no seio da comunidade ou até fora delas, no caso dos filhos. O psicólogo poderá assim ser solicitado como alguém que conhece profundamente as contingências do trabalho na comunidade terapêutica e que, por isso, poderá melhor compreender o que as pessoas que a ele recorrem estão a atravessar.

Finalmente, o psicólogo é ainda mediador entre o Desafio Jovem e outras instituições com quem coopera e estabelece parcerias, destacando-se, nomeadamente, o SICAD e organismos afectos como os Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT)

1.4. Enquadramento Teórico

A escolha dos conceitos que de seguida se apresentam, teve como base os conceitos que estão directamente relacionados com o contexto do estágio. Os utentes com que contactei na comunidade terapêutica tinham problemáticas relacionadas com o consumo de drogas, dependências e alcoolismo, pelo que são esses os conceitos, revisados no relatório.

1.4.1. O conceito de droga

O fenómeno das dependências é complexo, pelo que é importante simplificar a sua compreensão através do agrupamento das substâncias em diferentes tipologias de modo a que seja entendível (Cury, 2000). Este agrupamento em tipologias advém da categorização de acordo com a sua origem, os seus efeitos psicoactivos e o enquadramento legal.

Por um lado, de acordo com Ferreira-Gomes (2004), a história das substâncias psicoactivas é atravessada por períodos distintos, nos quais se podem destringir as suas origens e a sua forma de produção, e esta distinção resulta em três conjuntos: substâncias naturais, semi-sintéticas ou sintéticas.

Durante milhares de anos, algumas plantas foram utilizadas para beneficiar o corpo, a mente e o espírito dos indivíduos: diminuir a dor, curar doenças, aumentar a energia, estimular actividades cognitivas, aumentar a sensibilidade...

Segundo Angel, Richard & Valleur (2002), as plantas medicinais conheceram um grande impulso no final do Século XIX e princípio do Século XX, quando muitas das drogas existentes passaram a ser utilizadas pela Medicina. Ao isolar os princípios activos vegetais (alcalóides) o homem começou a produzir drogas novas e mais potentes. À medida que se foram conhecendo os efeitos prejudiciais das várias drogas utilizadas, principalmente o

potencial para a dependência, o seu uso foi sendo proibido, embora a sua utilização continuasse na clandestinidade. Enquanto se proscravam as drogas conhecidas, os utilizadores procuravam novos produtos.

Nos anos 50 iniciou-se a fabricação de drogas sintéticas, que nas seguintes décadas espalharam-se por todo o mundo. Com o movimento *Hippie*, nos anos 70, surgiu uma explosão do uso de drogas por todo o planeta (Angel, Richard & Valleur, 2002).

Na década de 80 começaram a ser concebidas em laboratório drogas com o objectivo de potenciar os efeitos psicoactivos e diminuir os efeitos indesejáveis; as *designer drugs*, como o *ecstasy*, ganharam assim notoriedade, sendo consumidas em contextos especiais, como *raves* e discotecas (Nunes & Jólluskin, 2007).

Se até ao Século XIX, o consumo de drogas psicoactivas foi circunscrito a momentos específicos e contextualizado nas culturas e sociedades que utilizavam tais substâncias, no Século XX verificou-se uma alteração profunda nos objectivos ligados ao uso, no ambiente de uso e nos próprios consumidores.

Por outro lado, a diferenciação das substâncias psicoactivas tendo como base os diferentes efeitos sobre o Sistema Nervoso Central, permite-nos distinguir três categorias diferentes: psicolépticos, psicoanalépticos ou psicodislépticos (Patrício, 1997).

No que se refere ao primeiro grupo - drogas psicolépticas (opio, benzodiazepinas), o seu efeito é deprimir o sistema nervoso central; No caso do segundo grupo - as substâncias psicoanalépticas, o principal efeito é estimular o sistema nervoso central (como por exemplo a cocaína, o *ectasy*, a nicotina, etc.). No terceiro grupo - as drogas psicodislépticas (ex; cannabis) o seu efeito é perturbador do Sistema Nervoso Central. Sublinha-se que existem ainda substâncias como o álcool e drogas sintéticas, que apresentam efeitos diferenciados consoante as quantidades ingeridas, dependendo da própria personalidade do consumidor. Outro factor a ter em conta é que a pureza das drogas determina também o seu efeito, sendo que esta pureza é incerta, provocando efeitos incertos (Patrício, 1997).

1.4.2. O conceito de dependência

Segundo Edwards (1997) a ideia do uso compulsivo de determinadas substâncias, apesar das consequências negativas poder ser uma doença e não uma fraqueza de carácter, surgiu no final do Século XVIII entre vários médicos americanos, entre os quais Benjamin Rush, um dos fundadores da psiquiatria americana. Na Europa, em 1804, o médico Thomas Trotter publicou um livro sobre a embriaguez, reflectindo a ideia do uso regular do álcool como doença. No seu *Essay of Drunkenness*, o autor afirmava que “a doença da embriaguez é

um estado da mente” (citado por Edwards, 1997, p.56). O termo alcoolismo foi utilizado pela primeira vez na Europa em 1849, após a publicação de Magnus Huss “*Alcoolismus Chronicus*” e desde então o termo foi difundido mundialmente e aceite como sinónimo de doença.

Foi em 1910 que surgiu a palavra toxicomania, definindo toxicómanos como os indivíduos que consumiam drogas proibidas. Nos anos 60, a OMS substituiu o termo pelas palavras Farmacodependência e Dependência, abrangendo outros comportamentos de dependência sem substância (Prado e Castro, 2004). Nas últimas décadas, tem sido utilizado o termo adição como sinónimo de Dependência.

Entendendo-se a adição como algo progressivo e crónico, consistia no uso habitual de substâncias alteradoras do humor ou de comportamento (Melo, 2007). Este uso habitual seria caracterizado por tolerância à substância ou comportamento, isto é, a necessidade de aumentar a dose para se obter os efeitos que antes se conseguiam com doses menores – e pela perda de controlo (uso continuado, apesar das consequências negativas, sem que se consiga limitar ou suspender o consumo). Desta forma, a adição expressar-se-ia pela dependência física e psíquica.

Segundo Melo (2007), a dependência psíquica referir-se-ia à tendência compulsiva ao uso de uma substância ou comportamento devido ao seu efeito agradável e a dependência física surgiria da relação entre a droga e o organismo (neuro adaptação). O organismo, e sobretudo o sistema nervoso, modificar-se-ia com a repetida ingestão da droga. Isto permitiria o aparecimento de dois fenómenos: a Tolerância e a Síndrome de Abstinência.

Por tolerância compreende-se uma reacção compensatória desenvolvida após o uso repetido de uma substância toxica. Os dependentes da substância necessitam de utilizar doses cada vez maiores para obter o efeito produzido anteriormente (Gleitman, 2007).

A síndrome de abstinência definiu-se como sendo constituída por vários sintomas que apareceriam quando cessasse o consumo regular e frequente de uma droga: o organismo tinha-se adaptado a conviver com uma substância e ter-se-ia que se readaptar a funcionar sem ela e, no período entre as duas situações, surgiria a síndrome de abstinência (Melo, 2007).

Nos últimos anos, abandonou-se a ideia de se referir à adição como sendo uma perturbação presente em todos os consumidores de drogas, por se ter verificado diferentes tipos de consumidores, no que se referia a quantidade e regularidade dos consumos. Assim, actualmente, tem-se definido três tipos distintos de comportamentos, segundo Angel, Richard & Valleur (2002): uso, por utilização pode entender-se o uso experimental, esporádico ou episódico, que pode ou não levar a consumos subsequentes, e há utilização adequada de

determinada substância. Por abuso, entende-se que ao consumo de substâncias já está associado algum prejuízo na saúde física, psicológica ou social; e dependência, já existe um consumo sem controlo, estando associados sérios problemas de ordem biológica, psicológica e social.

A dependência corresponde a formas de consumo problemáticas, constando como categorias de diagnóstico no DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014).

1.4.2.1. Critérios de dependência de substâncias

O ponto fundamental da dependência de substâncias traduz-se em sintomatologia cognitiva, comportamental e fisiológica, indicando o uso continuado, apesar dos problemas associados ao consumo da substância.

Para uma melhor compreensão, pode-se considerar que as condições do “Critério A” encaixam-se nos grupos de baixo controle, deterioração social, uso arriscado e critérios farmacológicos. O baixo controle sobre o uso da substância é o primeiro grupo de critérios (Critérios 1-4). O sujeito pode utilizar a substância em grandes quantidades ou por um período de tempo superior ao inicialmente pretendido, ficando intoxicado (1). Apesar das tentativas, não têm sucesso na tarefa de diminuir o consumo da substância (2). Outro critério presente, verifica-se quando é que é despendido um tempo significativo para obter a substância, bem como para o seu uso (3). O *craving* manifesta-se por uma vontade intensa para a droga, que pode ocorrer em qualquer altura, mas que está mais associado ao ambiente onde houve um contacto prévio com a droga (4).

O segundo grupo de critérios diz respeito ao prejuízo social (Critérios 5-7). O sujeito apresenta frequentemente problemas de intoxicação ou outros sintomas relacionados com substâncias que têm impacto directo no cumprir as responsabilidades no trabalho, na escola ou em casa (6). Pela utilização da substância, o sujeito inibe-se de participar em actividades sociais, ocupacionais e recreativas (7). A procura da substância interfere na participação de actividades em família ou tempos livres.

O terceiro grupo de critérios, diz respeito ao risco do uso da substância (Critérios 8 e 9). O uso constante da substância põe em risco a integridade física (8). Independentemente dos efeitos físicos e psicológicos, o sujeito continua a consumir a substância (9). O importante na avaliação desse critério é o fracasso do indivíduo em conseguir abster-se do uso da substância.

O quarto grupo de critérios são os farmacológicos (Critérios 10 e 11). A tolerância (10) é visível quando é necessário uma quantidade cada vez maior de substância para surtir o mesmo efeito.

A Abstinência (11) ocorre quando as concentrações de uma substância no sangue ou nos tecidos diminuem após uso prolongado. Após desenvolver sintomas de abstinência, o indivíduo tende a consumir a substância para aliviá-los.

As perturbações por uso de substâncias variam no grau de gravidade, desde leve até grave, a qual se baseia na quantidade de critérios de sintomas observáveis: leve é sugerido pela presença de dois ou três sintomas; moderado, por quatro ou cinco sintomas; e grave, por seis ou mais sintomas. (American Psychiatric Association, 2014).

1.4.3 Álcool

Desde as primeiras revisões bibliográficas, a definição de alcoolismo está relacionado ao *status* social pelo facto de estar associada a uma espécie de base ou de suporte às relações e às interacções sociais (Berger & Beskow, 1975).

Foi no ano de 1849 que surgiu o termo alcoolismo com uma das primeiras definições do autor *Magnus Huss*, que sistematizou os vários elementos implícitos no alcoolismo, referindo-se ao conjunto de manifestações patológicas do sistema nervoso, ao nível psíquico, sensitivo e motor, que eram observáveis nos indivíduos que consumiam bebidas alcoólicas de forma regular e excessiva, durante um período longo de tempo (Berger & Beskow, 1975).

É no decorrer do século XX, que através dos fluxos migratórios e das facilidades ao nível das tecnologias de comunicação e informação que se assistiu à generalização do uso do álcool a nível mundial. De facto a pressão dos meios de comunicação, dos novos “desenhos” do estilo de vida moderno, bem como os factores stressante a eles ligados, contribuíram para que a substância seja cada vez mais, um produto que, sendo acessível, tem um consumo preocupante crescente (Nunes & Jolluskyn, 2007).

1.4.3.1. Conceitos e definições

O etanol é um líquido incolor presente nas bebidas alcoólicas. É tóxico e tem efeitos depressores do sistema nervoso central, desacelerando a actividade do cérebro, pelo que as respostas são mais lentas, a coordenação motora é diminuída e o humor deprimido. O álcool interfere ao nível de outras substâncias, induzindo tolerância cruzada aos benzodiazepínicos, barbitúricos e alguns outros sedativos (Lakritz, 2007).

O alcoolismo tem como definição um estado de dependência física e psíquica, que está na base dos comportamentos dirigidos para um consumo não controlado e continuado de álcool, não obstante das restantes consequências negativas em termos fisiológicos, psicológicos ou sociais (Nunes & Jolluskyn, 2007).

Por exemplo, no que toca ao uso descontrolado de álcool, o conceito *Binge Drinking* corresponde à ingestão de cinco ou mais bebidas alcoólicas num único dia ou momento, por norma ao fim de semana, propagados pelos consumidores tipicamente jovens.

No fenómeno do alcoolismo, está inerente o conceito de tolerância, entendido como crescente recurso à substância para obter o mesmo efeito.

Na perspectiva de Melo (2007), acompanhado da tolerância surge a síndrome de abstinência revelando-se num conjunto de sintomas que aparecem quando se interrompe o consumo regular da substância. De facto, o organismo já se havia adaptado a conviver com uma substância e ter-se-ia que se readaptar a funcionar sem ela.

Existe ainda o alcoolismo agudo, mais conhecido como embriaguez, sendo que o comportamento é de uma ingestão única de uma grande quantidade de álcool, num dia ou num curto espaço de tempo, tendo como efeito tanto a excitação psíquica (euforia) como o coma alcoólico (Melo, 2007). Não obstante deste lado negativo do álcool, é importante sublinhar que o consumo de álcool nem sempre implica uma situação de adição (Nunes & Jolluskyn, 2007).

Adoptamos para a nossa análise, a tipologia de consumo alcoólico sugerida por Nunes & Jolluskyn (2007):

Uso de álcool: o consumidor não excede a quantidade recomendada, vai alternando bebidas alcoólicas com bebidas não alcoólicas; bebe lentamente e por norma acompanhado; bebe ocasionalmente e em ocasiões festivas e não depende da bebida para se divertir ou enfrentar problemas; Abuso do álcool: tendencialmente aplica-se a menores de idade, ou nos casos de se beber em jejum e no trabalho, bem como beber quando se sente irritado ou deprimido; Dependência: Implica uma perda de controlo, estando presente a tolerância e síndrome de abstinência.

São inúmeras as causas do alcoolismo que podem coexistir na mesma situação, de natureza biológica, social e psicológica.

1.4.3.2. Factores biológicos

A tendência ao abuso e a dependência do álcool, nomeadamente ao abuso de início precoce, tem tendência familiar, mas não se conhece o mecanismo de herança. É conhecida

uma correlação entre o alcoolismo e um receptor de dopamina da família DR-2, mas não apresenta evidência científica. A morbidade alcoólica é cerca de três a quatro vezes maior nos descendentes de alcoólicos crônicos (Lakritz, 2007).

Verificou-se nos consumidores alguns padrões que dizem respeito à idade, estrutura física, padrões de consumo, raça, que têm maior ou menor resistência ao consumo de álcool. Adultos jovens com grande tolerância ao álcool, têm maior risco de dependência, visto acreditarem não estarem com problemas devido à sua maior tolerância (Lakritz, 2007).

1.4.3.3. Factores sociais

O consumo de álcool é associado a certas instituições ou grupos, como são o caso de instituições militares, grupos desportivos, escolas, onde por questões de sociabilidade se valoriza o comportamento de beber excessivamente.

Também a presença de hábitos familiares regulares de ingestão de álcool está associada ao consumo de álcool. Existe uma correlação entre famílias desestruturadas com pais divorciados, separação ou abandono de um ou mais progenitores, baixa escolaridade e exclusão social e as situações que potenciam o consumo de álcool (Melo, 2007).

1.4.3.4. Factores psicológicos

A literatura aponta para uma associação entre as doenças depressivas e o alcoolismo. As pessoas encontram refúgio no álcool quando surgem sentimentos de tristeza, angustia, desinteresse pela vida, choro fácil, entre outros. O efeito encontrado nestes casos, como reparador do sofrimento, é um efeito sedativo, tranquilizante e até anestésico do sofrimento psíquico, é por isso que se utiliza a expressão “beber para esquecer” (Zago, 1988).

As perturbações de ansiedade estão muitas vezes associadas ao alcoolismo. Esta situação é explicada pelo efeito ansiolítico proporcionado pelo álcool (Melo, 2007).

A revisão bibliográfica refere que existem algumas personalidades mais predispostas ao abuso do consumo de álcool, como por exemplo, pessoas com fobia social e agorafobia. Estas usam o álcool para melhorar o seu relacionamento social.

Existe ainda uma correlação com os traços na personalidade tais como: impulsividade, aproximação ao risco, busca de novidade e de experiências excitantes, também estão ligadas à tendência para consumir álcool (Zago, 1988).

1.4.3.5. Perturbações e problemas neurológicos associados

São várias as perturbações associadas ao alcoolismo, como a síndrome mnésica- consequência tardia do alcoolismo resulta num deficit acentuado da memória, desorientação temporal e espacial e tendência para a fabulação. Existe uma perturbação da memória de curto prazo severa e ocorre em consequência do consumo intensivo e prolongado de álcool, (Schuckit, 1998).

Outra patologia comum é a Encefalopatia de Gayet-Wernick- Perturbação neurológica produzida pela carência da vitamina B1 (Tiamina), principalmente durante a abstinência e é algumas vezes precursora de Delirium Tremens, podendo desaparecer espontaneamente ou com vitaminoterapia, mas também pode evoluir para síndrome de Korsakoff (Milan & Ketcham, 1986).

Esta última síndrome, trata-se de uma perturbação cognitiva manifesta numa lesão mnésica predominante: o paciente pode estar em confusão mentalmente ou pode apresentar prejuízos na memória recente, inventando histórias. O défice de memória pode tornar-se permanente (Nunes & Jolluskyn, 2007).

Existe também a Demência Alcoólica- perda progressiva das funções mentais e que ao longo dos anos pode evoluir para demência. Na sua versão mais severa é irreversível, mas mais leves (as iniciais) pode regredir com a abstinência prolongada e definitiva (Nunes & Jolluskyn, 2007).

Pode ainda surgir a Perturbação Psicótica de Início Tardio- induzida pela intoxicação crónica do álcool, manifestando-se nas alterações cognitivas, reduzindo o funcionamento intelectual, em particular as capacidades mnésicas. Implica um quadro de défice ao nível geral do funcionamento cerebral que poderá melhorar com a abstinência do consumo da substância (Heckmann & Silveira, 2009).

A dependência alcoólica trás grandes problemas e consequências ao individuo, para além das psíquicas ao nível físico (doenças associadas ao consumo), no trabalho, na desorganização familiar, nos comportamentos agressivos (violência domestica e homicídios), acidentes de trânsito, entre outros.

Ao nível das doenças físicas, sublinhamos as de cariz gastrointestinal, como úlceras, varizes esofágicas e cirrose, bem como neuromusculares (como caíbras, formigamento e perda de força muscular) e cardiovasculares (como hipertensão; além de impotência ou infertilidade) (Heckmann & Silveira, 2009).

1.4.4. Intervenção psicológica no contexto do estágio

O estágio constituiu-se como um contexto onde foi possível experimentar na prática os postulados teóricos da intervenção terapêutica. No mundo académico e da prática profissional, são múltiplos os modelos de intervenção disponíveis, no entanto, no local de estágio foi possível seguir um modelo específico, o modelo utilizado pela instituição - a abordagem centrada no cliente.

Esta abordagem desenvolvida por Carl Rogers (1983) postula a existência no universo de uma tendência permanente para a ordem crescente e uma capacidade complexa interrelacionada, visível tanto ao nível inorgânico como no orgânico. Esta tendência receberia o nome de “tendência formativa” (Hipólito, 2011).

A vida é sempre um processo activo. A força que existe por detrás dela está presente em qualquer ser vivo, quer seja um ser humano, quer seja uma planta.

Segundo Rogers, a tendência formativa continua a expressar-se nos seres humanos, embora numa especificidade muito própria que o autor designa de tendência actualizante.

Para Rogers, esta tendência constitui o postulado fundamental da sua teoria. Afirma que, se num ambiente propício, a pessoa desenvolve-se na direcção positiva e faz escolhas construtivas, é porque vem dotado de um dinamismo que a impele nessa direcção (Justo, 2001).

O conceito que manifesta a hipótese geral foi designado de tendência actualizante. Trata-se da capacidade do organismo de crescer, de manter-se e desenvolver-se. Neste sentido, apresenta-se como um fluxo direccionado para desenvolvimento mais complexo, e também se revela a partir de um direccionamento fenomenológico (Brodley, 1999).

Esta capacidade de análise, do qual o indivíduo percebe do mundo e das suas limitações, que lhe afere a livre escolha ou seja, a capacidade da escolha com responsabilidade e de se auto dirigir.

A tendência actualizante não pode ser destruída, sem que se destrua o próprio organismo, pois está, sempre presente, mesmo quando os comportamentos dos indivíduos forem considerados autodestrutivos. Os casos em que as condições existenciais são desfavoráveis ao desenvolvimento, o organismo tende a utilizar os escassos recursos que lhe faltam ou que estão disponíveis (Rogers, 1983).

A tendência à actualização surge apesar das condições adversas, mas expressa-se da melhor forma na medida em que o organismo e o ambiente estão em harmonia, com o qual o organismo se enriquece e cumpre o seu potencial nos seres humanos.

A repressão da tendência à actualização, é a responsável por inúmeros casos de perturbações psíquicas leves ou profundas, segundo a força da tendência à actualização na vida em geral ou algum sector determinado (Branco, 2008).

Também relevante na abordagem centrada na pessoa, é que a realização do Self é uma grande fonte de motivação. Juntamente com a necessidade do organismo e das condições ambientais, o desenvolvimento do Self, cada vez mais, impõe necessidades de motivação, contribuindo para o bem-estar da pessoa (Rogers, 2009).

As pessoas que conseguem expressar adequadamente a tendência actualizante desenvolvem uma maior auto-compreensão, uma maior confiança em si mesmos e uma maior habilidade para escolher a sua conduta. Aprendem de um modo mais significativo e têm mais liberdade de Ser e chegar a Ser.

Para a ACP, a responsabilidade elementar do *counsellor* é estabelecer um ambiente que possibilite a libertação do cliente das forças que possam estar a dificultar o seu crescimento individual e que possibilite um crescimento auto-iniciado (Rogers & Wallen, 2000).

Desta forma, as suas atitudes constituem uma relação verdadeiramente permissiva, estabelecendo um clima relacional com o cliente, em que toda a expressão de atitudes, sentimentos e emoções é permitida, mas nunca exigida. (Rogers & Wallen, 2000).

A pessoa experimenta um processo de mudança no momento em que lhe são fornecidas condições de compreensão e de aceitação que a encorajem a experienciar o seu valor pessoal e a esclarecer os seus sentimentos e emoções relativamente ao campo experiencial (Dachroden, 2006).

1.4.5. A postura terapêutica

Essencial para o estágio foi a postura clínica que decorre da abordagem centrada na pessoa, que facilitou o processo de avaliação e acompanhamento psicológico dos casos clínicos, tendo como ponto de partida alguns pressupostos essenciais da minha postura enquanto clínico.

Na prática clínica foi possível aplicar o princípio da não directividade - o conceito de não directividade diz respeito ao modelo psicoterapêutico proposto por Rogers que acredita que o indivíduo é autónomo e capaz de escolher o caminho a seguir e de se responsabilizar pelas suas decisões, como ele próprio afirma: “*o indivíduo tem dentro de si amplos recursos para autocompreensão, para alterar o seu autoconceito, suas atitudes e comportamento autodirigido.*” (Rogers, 1989, p.16).

Em consequência desta atitude face ao outro, a perspectiva terapêutica muda radicalmente, não sendo o terapeuta a direccionar os pensamentos e sentimentos do cliente, confiando na sua autodirecção. O papel do terapeuta será apenas de guiar um fio condutor e confiar na capacidade da pessoa e do seu quadro referencial (Bozarth, 2001).

Esta postura foi essencial enquanto facilitadora da relação terapêutica no estágio, dado que permitiu que os casos clínicos pudessem ser espontâneos e autodirigidos, rompendo com as barreiras terapêuticas.

Também as 3 condições do terapeuta, congruência, aceitação incondicional positivo e compreensão empática, tiveram o seu lugar neste estágio.

Em primeiro lugar, procurei no contexto clínico ser congruente, dado que segundo Rogers, isto revela-se na auto-aceitação de si e dos seus sentimentos e experiências de forma genuína, quando se relaciona com o outro. Afirma por isso que *“É necessário que o terapeuta seja, durante a relação, uma pessoa unificada integrada ou coerente (...) ele deve ser na relação exactamente o que é- não uma fachada, um papel ou uma ficção”* (Rogers, 2009, p.260).

Em segundo lugar, procurei ter um olhar incondicional positivo pelo cliente, isto é, sem depreciar- *“a aceitação implica que se veja o paciente como uma pessoa independente, permitindo-lhe experimentar os seus próprios sentimentos e descobrir o que a sua experiência significa”* (Rogers, 2009, p.261).

Em último lugar, procurei ter uma atitude de compreensão empática dos quadros de referência interna do outro e comunicar-lhe, na linha de Rogers que define a empatia como *“a capacidade de se imergir no mundo subjectivo do outro e de participar na sua experiência, na extensão em que a comunicação verbal ou não verbal o permite”* (Rogers & Kinget, 1977, citado por Gobbi & Missel, 1998, p.45). O autor considerou que era um privilégio o facto de se poder permitir a ele próprio compreender uma outra pessoa.

Estes pressupostos revelaram-se vitais, tendo em conta que a perspectiva institucional é a da reabilitação total dos utentes, isto é, crê-se que a tendência actualizante facilitada pelas atitudes do terapeuta e o contexto propício ao desenvolvimento da pessoa, levará ao processo de saída da dependência, contrariando a tendência de muitos profissionais de não considerarem a abstinência como possível na dependência, tal como refere Sommer: *“Muitos dos profissionais activos parecem ter sucumbido a uma visão pessimista em relação à problemática da toxicodependência. (...) afastando assim cada vez mais o princípio e o objectivo da saída da dependência como objectivo terapêutico e objecto de um projecto de tratamento.”* (Sommer, 2004, p.17)

Parte II – Actividades Realizadas no Âmbito de Estágio

2.1 Introdução

Este capítulo será dedicado à vivência diária do estagiário na instituição, nomeadamente o processo faseado de aprendizagem da prática psicológica no contexto da instituição. Assim, e de acordo com as fases segundo as quais a integração se deu na instituição, este capítulo será dividido em duas partes: na primeira parte será tratada a primeira fase, isto é, a observação, por parte do estagiário, do trabalho diário da supervisora na instituição, incluindo a aprendizagem da aplicação de testes psicológicos e assistência ao acompanhamento de casos. Na segunda parte, será relatada a intervenção do estagiário, já de forma mais autónoma, mas sempre com supervisão da orientadora.

Refiro que iniciei o estágio no final de Outubro 2013 terminando no final de Julho de 2014. Inicialmente o estágio estava previsto realizar-se duas vezes por semana mas em virtude da minha disponibilidade profissional, o estágio sofreu alterações prolongando horas e dias durante a semana.

Tabela 1 - Cronograma de carga horária per actividades 1º semestre

	2013			2014	
	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Seminário de prevenção para a recaída		15	20		
Observação de entrevistas de triagem para admissão	10	8	10	8	10
Observação Acompanhamento Psicológico		7	4	6	8
Leitura de manuais da Instituição	20	10			10
Observação de cotação e avaliação Psicológica		5	14	10	10
Observação elaboração de <i>Curriculum Vitae</i>	8	8	4	8	10
Participação reunião multidisciplinar				10	20
Total de horas	38	48	52	42	68

Tabela 2 - Cronograma de carga horária per actividades 2º semestre

	2014				
	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
Avaliação Psicológica		4	7	12	10
Acompanhamento Psicológico	9	9	7		3
Seminário Alcoolismo	12	18			
Realização de entrevistas de triagem para admissão	20	15	10	10	
Participação reunião multidisciplinar	15	24	16	16	24
Seminário SICAD			16		
Leitura de manuais Avaliação psicológica			10	10	10
Elaboração de <i>Curriculum Vitae</i>	12	18	14	20	26
Total de horas	68	88	80	68	73

2.2 – Trabalho de Estágio: Observação: Aplicação de Testes e Descrição dos Instrumentos Utilizados

Nas actividades desenvolvidas foram observados e utilizados vários instrumentos de avaliação psicológica, tanto a nível de orientação vocacional (observação) como clínico (testagem). De seguida apresenta-se uma breve descrição destes instrumentos, para fornecer uma compreensão daquilo que medem e em que consistem. Destes instrumentos, apenas quatro serão posteriormente referenciados no caso clínico em análise, no entanto, foi observada a aplicação de todos.

2.2.1. WAIS-III - Escala de inteligência de Wechsler para adultos versão III

A Wais-III foi desenvolvida originalmente em 1939, e tendo sofrido algumas mudanças, em subsequentes revisões, até chegar à presente versão, utilizada na instituição (Wechsler, 1996). A Wais-III divide-se em 14 sub-testes, divididos em 7 sub-testes verbais e 7 sub-testes de realização, avaliando as várias dimensões da inteligência, consistindo os verbais em provas de vocabulário, informação, compreensão, aritmética, memória de dígitos e semelhanças e letras e números. Os de realização consistem em provas de disposição de gravuras, completamento de gravuras, cubos, composição de objectos, matrizes, código e busca de símbolos. Da combinação de determinados sub-testes específicos, obtêm-se na

Wais-III quatro índices que representam componentes gerais da inteligência: compreensão verbal, organização perceptual, memória de trabalho e velocidade de processamento.

No fim da cotação, baseado no total combinado dos sub-testes de acordo com a faixa etária, obtém-se uma pontuação geral, o QI total, e duas pontuações específicas, o QI verbal e o QI de realização. Os resultados são depois interpretados à luz das directrizes do manual, o que permite não só ter uma pontuação das dimensões da inteligência, mas também perceber até que ponto houve a presença da interferência de factores emocionais ou se estão presentes indícios de psicopatologias.

O tempo de aplicação da Wais-III depende da capacidade e personalidade do examinado e também da destreza e prática do examinador. Pode, por isso, administrar-se em uma ou mais sessões.

2.2.2. CAQ - Questionário de análise clínica

O CAQ é um instrumento desenvolvido por Krug em 1980 para medir traços clínicos em sujeitos normais, adaptado em 1997 para a população Portuguesa (Krug, 1980). Conta com 144 itens com 3 opções de resposta cada um, a que o sujeito deve responder segundo a sua forma habitual de reagir, sentir e de acordo com os seus interesses. Não há respostas certas nem erradas.

Permite medir simultaneamente traços normais e patológicos, obtendo um perfil completo e multidimensional do sujeito. CAQ original: é formado pelo CAQ-I (medição dos 16 traços medidos pelo 16 PF), e pelo CAQ-II (medição dos 12 traços patológicos); CAQ versão portuguesa: apenas contém a CAQ-II, especificamente clínica. São estas a hipocondria (D1), a depressão suicida (D2), a agitação (D3), a depressão ansiosa (D4), a depressão baixa energia (D5), a culpabilidade - ressentimento (D6), a apatia retirada (D7), a paranóia (Pa), o desvio psicopático (Pp), a esquizofrenia (Sc), a psicastenia (As) e o desajuste psicológico (Ps). O CAQ permite ainda obter dados relativos aos chamados “factores de segunda ordem” Ansiedade, Extroversão, Independência, Socialização controlada, Depressão, os quais ajudam a organizar a informação das escalas primárias de forma útil, clinicamente.

Depois da cotação, é obtido um gráfico que representa o perfil psicopatológico do sujeito.

2.2.3. TAT - Teste de apercepção temática

Esta técnica permite conhecer os impulsos, emoções, sentimentos complexos e conflitos da personalidade, aspectos únicos ou tendências inibidas e subjacentes ao sujeito que este não

admite ou reconhece porque não tem consciência deles. É aplicável a pessoas, entre os 14 e os 40 anos, com problemas de conduta ou psicossomáticos, neuróticos, psicóticos e, em geral, a qualquer adulto quando se deseja conhecer a estrutura da sua personalidade.

O material é constituído por 31 lâminas, porém só se aplicam 20; uma delas está em branco e o conjunto serve de base para solicitar ao sujeito que relate 20 histórias. À excepção da lâmina em branco, as restantes representam situações humanas típicas que pretendem estimular a imaginação do sujeito (há lâminas que não têm figuras humanas, outras têm personagens de ambos os sexos e em outras é difícil determinar o sexo).

As lâminas aplicam-se em duas séries de 10 (a segunda representa cenas mais dramáticas, estranhas e pouco comuns); cada série pode ocupar uma sessão de 1h e aconselha-se um intervalo entre ambas de 1 ou mais dias (Shentaub, 1999).

2.2.4. MMS - Mini mental state

O Mini Mental State foi organizado em 1975, por Folstein e seus parceiros, estando adaptado para a população portuguesa. Universalmente, é um dos testes mais usados e mais analisados; sendo que, as suas particularidades psicométricas, têm sido avaliadas, na sua versão original e nas suas infindas traduções e adaptações para múltiplas línguas e países (Lourenço & Veras, 2006).

O objectivo deste teste é a avaliação da existência ou não de défice cognitivo. Para Amorim (2000), este é um teste de aplicação rápida (em geral entre 15 a 30 minutos), compatível com os critérios do DSM-III e é destinado à utilização na prática clínica e na pesquisa.

Segundo a mesma autora, a versão portuguesa foi traduzida e retro traduzida para o francês por um grupo de psiquiatras bilíngues, e em 2000 foi objecto de um estudo de validação, tendo como base a opinião de psiquiatras, em centros de atenção primária nas cidades Lisboa, Porto, Coimbra e Faro. (Amorim, 2000).

Avalia vários domínios, tais como a orientação espacial e a temporal, a atenção, a memória de curto prazo e a de evocação, a capacidade de cálculo, a capacidade de nomeação, de repetição, de compreensão, de escrita e de cópia de desenho.

2.2.5. WISC-III - Escala de inteligência de Wechsler para crianças versão III

A Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças, versão 3 (WISC-III) foi construída por Wechsler para avaliar a inteligência (Wechsler, 1992) e consiste numa bateria de 12 testes que avaliam diferentes aspectos da inteligência de crianças dos 6 aos 16 anos e 11 meses. À

semelhança da Wais-III, o resultado dos sujeitos pode ser sintetizado em três resultados compósitos: QI verbal, QI de realização e QI da escala completa. A análise destes resultados permite ao psicólogo determinar a qualidade de desempenho do indivíduo, relativamente a um conjunto de aptidões intelectuais. Para além destas três escalas, a Wisc-III permite ainda obter três índices complementares, identificados a partir de análises factoriais dos resultados no conjunto dos sub-testes. Estes índices, designados de índices factoriais, correspondem aos resultados compósitos de compreensão verbal, organização perceptiva e velocidade de processamento.

2.2.6. IPP - Interesses e preferências profissionais

O IPP é um instrumento usado em orientação vocacional e foi desenvolvido por De La Cruz (2001), tendo sido adaptado para a população portuguesa em 1995 e construído para estudantes. No entanto, pode ser aplicado a adultos em situações que não o contexto escolar. Este teste visa fornecer aos sujeitos um melhor conhecimento dos seus interesses, de forma a orientá-los para profissões e actividades o mais satisfatórias possível, e consiste num questionário que compreende 17 campos profissionais, distribuídos em 204 itens que se podem dividir em dois tipos: 1) os que requerem que o sujeito exprima a sua preferência por diversas profissões, apresentando-se o nome de algumas das mais representativas de cada um dos campos de actividade apresentados; e 2) os que requerem que exprima a sua preferência por diversas tarefas, incluindo-se, para cada profissão, as tarefas mais representativas, segundo a Classificação Nacional de Profissões. O confronto das escolhas nos dois tipos de itens fornece informação sobre os conhecimentos que o sujeito possui acerca de cada profissão e constitui um indicador da validade da aplicação. Isto é, se existir pouca coerência entre as duas escalas, num determinado campo, poderá ser necessário desenvolver um programa de informação sobre profissões.

No que respeita à cotação, o Inventário proporciona duas pontuações (AC e PR), para cada um dos 17 campos profissionais. A pontuação AC corresponde às opções que se referem a tarefas, ao passo que as do tipo PR correspondem às opções referentes às profissões. Depois do tratamento dos dados, obtém-se o perfil do sujeito, que pode demonstrar interesse e preferência por vários dos 17 campos profissionais: científico-experimental, científico-técnico, científico-sanitário, teórico-humanista, literário, psicopedagógico, político-social, económico-empresarial, persuasivo-comercial, administrativo, desportivo, agro-pecuário, artístico-musical, artístico-plástico, militar-segurança, aventura-risco e mecânico-manual.

2.2.7. PMA - Aptidões mentais primárias

O PMA é um instrumento usado em orientação vocacional e foi criado por Thurstone, tendo sido adaptado para a população portuguesa pela Cegoc-Tea (Thurstone, 1997). Este instrumento parte de uma concepção multidimensional da inteligência isolando cinco factores de inteligência, sendo cada um desses factores medido por uma prova da bateria de testes que constituem o PMA: compreensão verbal, concepção espacial, raciocínio lógico, cálculo numérico e fluência verbal. O PMA permanece como um dos instrumentos mais usados no que toca à apreciação das aptidões mentais específicas, sendo particularmente usado na orientação escolar e profissional ou de selecção de pessoal. Esta bateria pode ser aplicada individualmente ou colectivamente a partir dos 10/11 anos de idade. No entanto, a adaptação portuguesa foi elaborada com diversas amostras escolares e profissionais constituídas por sujeitos a partir dos 13 anos. Através das pontuações de cada factor, obtém-se o perfil das aptidões primárias de cada sujeito. O PMA apresenta-se como um dos poucos instrumentos cientificamente válidos e adaptados à população portuguesa. No entanto, é pouco discriminativa em populações com formação académica muito elevada. A cotação do PMA é realizada com recurso a um programa informático criado especificamente para esse efeito.

2.2.8. Entrevistas de triagem

Além das actividades observadas descritas, houve, por diversas vezes, a oportunidade de observar entrevistas de triagem (anexo 1), parte do processo de admissão dos utentes na instituição. Nessas entrevistas, são recolhidas informações sobre a história de vida dos utentes, em particular sobre o percurso que os trouxe até à instituição e também sobre o seu estado actual, a nível clínico, psicológico, sócio-económico e familiar. Sendo, muitas vezes, a primeira visita à comunidade terapêutica, e – mais raramente – o primeiro contacto directo com a instituição, é um momento de alguma tensão, o que muitas vezes condiciona a forma como a entrevista é conduzida. No entanto, o mais importante é perceber se existe alguma característica de personalidade que condicione ou impeça a vida em comunidade, com todas as interacções e consequentes pressões que esta proporciona. Se houver suspeita de tal situação, o sujeito poderá ser encaminhado para uma avaliação psiquiátrica.

2.3. Trabalho de Estágio

Outra actividade levada a cabo durante o estágio foi a avaliação psicológica de um utente (caso A) e vários acompanhamentos psicológicos, sendo que se escolheu um (caso B) para constar no relatório de estágio.

Asseguramos o anonimato de toda a informação respeitante aos utentes.

No caso A, o critério de escolha foi da responsabilidade da instituição, em virtude da desconfiança de mentiras relacionadas com a história de vida.

No caso B, o pedido foi da minha orientadora de estágio, devido ao utente não ter integrado até a data relação terapêutica com nenhum técnico na instituição.

Ambos eram dependentes de álcool e tinham finalizado o programa de recuperação há mais de 1 mês.

Devido ao regulamento da própria instituição não foram permitidas gravações dos acompanhamentos sendo apenas possível fazer uma síntese de cada acompanhamento.

2.3.1. Estudo de caso A

Para avaliação de HD, foram utilizados diferentes instrumentos, de acordo com as indicações recebidas pela orientadora de estágio, no intuito de avaliar não só aspectos cognitivos, como aspectos relacionados com as emoções e os relacionamentos interpessoais. Neste sentido, utilizou-se a WAIS III- Escala de Inteligência de Wechsler para adultos, o TAT- Teste da Apercepção Temática, o MMS- Minimental State e o CAQ- Questionário de análise clínica.

Com estes testes procurou-se avaliar as várias dimensões do sujeito que poderiam estar implícitas na sua patologia. As folhas de resposta, cotação e interpretação dos resultados, bem como o relatório de avaliação, encontram-se em Anexo, sendo que aqui apenas se apresentam os dados considerados fundamentais para a compreensão do caso clínico, seguida da síntese das sessões.

HD, 53 anos, natural da grande Lisboa.

Pedido

Avaliação cognitiva e emocional dado existir diagnóstico não fundamentado de esquizofrenia.

Observação

HD apresenta consciência vígil. Em termos de apresentação observa-se um bom estado geral e de nutrição, tendo uma higiene pouco cuidada. Mostra uma atitude muito colaborante ao longo das entrevistas.

Em relação à expressão corporal, fixava os olhos estabelecendo assim um contacto visual directo. A sua mímica facial e corporal, bem como a sua postura, foi estável. Não se observaram movimentos anormais tais como tiques, tremores ou sinais como maneirismos.

O contacto é próximo e confiante, revelando prontidão e disponibilidade para responder às perguntas. Revela-se orientado no tempo e espaço, auto e alopsiquicamente.

No que se refere à atenção e concentração, revelaram-se adequados pois tinha uma atenção fixável e uma capacidade de concentração positiva, não se distraindo com o ambiente.

Há uma manutenção da memória imediata (fixação), de curto-prazo e de longo prazo.

Em relação à inteligência e ao raciocínio, estabelece um raciocínio lógico entre acontecimentos e um raciocínio crítico face aos comportamentos e situações de vida.

O seu discurso é espontâneo e reflectido, respondendo de forma sucinta às perguntas (respostas curtas e directas). Apresenta discurso organizado, lógico e coerente.

O seu pensamento é também organizado e coerente e, ao nível do conteúdo, apresenta ideias claras que cedem à argumentação lógica.

Não revela distúrbios da percepção sensorial, como alucinações auditivas e visuais ou ilusões.

História Pessoal

HD é natural da zona da grande Lisboa. Tem 53 anos, caucasiano e de nacionalidade Portuguesa. É o filho mais velho de dois irmãos, tendo sido criado pelos pais. Nas férias de verão ia para castelo branco para junto dos avós. O irmão é casado e tem quatro filhos.

Casou com 38 anos. A esposa é de nacionalidade Brasileira e tem de 36 anos. Viveram juntos durante 12 anos. Ela foi para o Brasil, cuidar da mãe que acabaria por falecer, e não regressou.

HD passou a viver com a mãe (o pai já faleceu). Esta relação foi marcada por agressões verbais. A sua cunhada apresentou queixa na polícia por maus tractos de HD à mãe. Ele nega as agressões físicas e verbais. O tribunal acabaria por determinar a sua expulsão de casa. Antes de entrar no programa terapêutico, estava a viver há quatro meses na Gare do Oriente, como sem abrigo.

Afirma que está com pena suspensa por violência doméstica. Refere ter uma namorada, que está profissionalmente integrada. Nestas circunstâncias, HD deseja tratar do divórcio.

Afirma que estudou até ao 12 ano. Trabalhou sempre em actividades comerciais. Há 2 anos, após o falecimento do patrão, a empresa fechou e ficou desempregado desde então. Deseja retomar uma vida profissional activa no futuro.

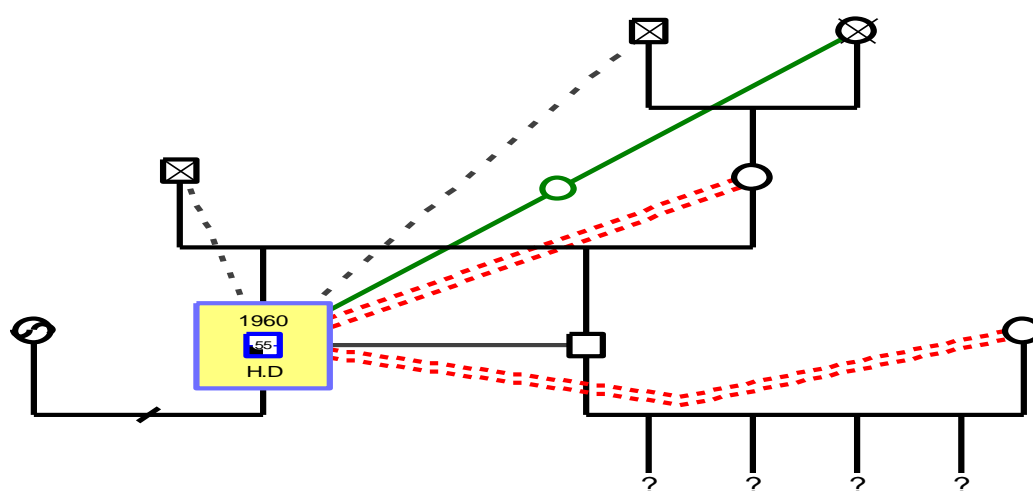
Acerca de consumos diz que nunca consumiu drogas, não assumindo ser alcoólico. No entanto, refere que bebe em excesso. Ao nível da saúde diz ser diabético e não ter mais nenhuma doença.

Encontra-se em boa condição física e é de estatura média. Apresenta uma imagem pouco cuidada. As figuras parentais são vividas com agressividade, manifestando uma necessidade de aproximação da figura maternal.

Percebe-se uma grande vontade de busca de autonomia e afirmação como pessoa na sua singularidade e ao mesmo tempo busca afecto que parece estar em falta.

Afirma ter diabetes mas sem tratamento farmacológico. Apresenta algumas queixas relacionadas, principalmente, com questões que se prendem com esquecimentos ou perda de memória recente, afirmando não perceber se é somente distração.

Figura 1 - Genograma de HD



HD refere ter tido relação de proximidade com a sua avó materna. A relação com a mãe foi de proximidade até à idade de 26 anos, ano que corresponde à morte do pai.

Após o falecimento do pai refere uma relação conflituosa com a sua mãe. Com o pai e avô materno refere uma relação indiferente. HD afirma ter uma relação normal com o seu irmão. Já com a esposa do seu irmão refere que tem uma relação conflituosa. HD não se refere aos seus sobrinhos.

Avaliação Psicológica do caso A

O teste MMS demonstrou a inexistência de défice cognitivo. Foi considerado o ponto de corte ‘1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 ’, uma vez que era o que se adaptava ao caso de HD, tendo este obtido uma pontuação de 29 num máximo possível de 30. Considera-se assim que não apresenta nenhum défice em orientação espacial e temporal, na atenção, na memória de curto prazo e a de evocação, na capacidade de cálculo, na capacidade de nomeação, de repetição, de compreensão e de escrita. Apenas na cópia do desenho não teve a pontuação máxima.

Ainda no ponto de vista cognitivo, a aplicação da WAIS permite-nos verificar que ao nível Global os valores situam-se dentro dos padrões médios. No entanto, a diferença entre QIV e QIR é de 25 pontos, sendo uma diferença significativa e revelando heterogeneidade nos resultados. Esta diferença sugere as seguintes hipóteses: Presença de Depressão; Esclerose Múltipla; Alcoolismo e Alzheimer.

No caso do utente coloca-se primeiramente e essencialmente a hipótese de Alcoolismo e uma certa fadiga no último sub-teste aplicado (composição de objectos).

Esta heterogeneidade do funcionamento intelectual é confirmada pela diferença entre a compreensão verbal e a organização preceptiva.

O HD não reúne todos os critérios para esquizofrenia, no entanto reúne valores relevantes para análise. Sendo que o único critério que não corresponde ao grupo clínico de esquizofrenia é o Índice MT (113) com resultados superior à média do grupo de controlo (98.2). Apresenta um QIR (89) com resultados inferior à média do grupo de controlo, assim como o Índice OP (94) tem resultado inferior à média do grupo de controlo (100.6) e o Índice VP (95) com resultados inferior à média do grupo de controlo (99.7)

O HD reúne todos os critérios para abuso crónico para dependência de álcool. Não preenche critérios para os outros grupos clínicos.

O Teste TAT aponta para que o HD experienciou perdas sucessivas na sua vida, que se iniciaram com o falecimento do pai, passando pelo divórcio e o desemprego, até à condição limite de vida como um sem-abrigo. Sem integração familiar, nem profissional, apresenta dificuldades de relacionamento quando vive em instituição, dada a sua irritabilidade e falta de higiene, sobretudo, mostrando-se pouco permeável às chamadas de atenção.

O TAT traz à superfície facetas da vida psicológica deste homem, que se revela capaz de um discurso pormenorizado e coerente e que, apesar da solidão presente na sua vida, aprecia e sonha com os afectos e com um ambiente familiar e acolhedor, embora incapaz de o construir até ao momento.

Não há referências significativas a revolta, agressividade ou mesmo vingança. Assim, embora seja irritável e o admita, tal não parece tender a traduzir-se em violência. Essa seria apenas sobre si mesmo, num eventual quadro de suicídio que, ainda assim, reservaria para situação limite de desespero e parece remeter para longe ao pensar no impacto doloroso que teria nas pessoas que o estimam. Assim, mostra-se conservada a capacidade e a vontade de investir afectivamente e a convicção de que há pessoas que sofreriam com a sua morte.

A sua dinâmica pessoal surge muito em torno de medos, dilemas, ambivalências, tendo como pano de fundo uma auto-estima frágil, num quadro de escassas referências de suporte, e nulas por parte da família. O conceito de esforço e luta pela vida está presente, embora a realidade não confirme avanços práticos nesse sentido.

Os conteúdos frequentes relativos a grandiosidade/prestígio pessoal sugerem um recurso comum à fantasia, que encontra algum eco em referências nos seus dados de anamnese cuja veracidade não foi possível confirmar mas que levantam dúvidas, face a outras informações dispersas que sugerem alguma contradição. Fica presente a possibilidade de um quadro de mitomania, a necessitar de observação complementar que, eventualmente, o confirme.

O CAQ aponta que HD apresenta características presentes em perturbação de abuso de álcool, o que confirma-se na história clínica.

Apresenta tendência para Depressão, sem, no entanto preencher todos os critérios. O mesmo acontece para a Ansiedade, Esquizofrenia e Toxicodependência.

Conclusão

HD, preenche os critérios para patologia de Alcoolismo, ainda que se encontre em período de abstinência por estar integrado em comunidade terapêutica.

Do ponto de vista cognitivo, apresenta-se dentro dos padrões normativos, ainda que existam discrepâncias significativas entre as suas competências verbais e as de realização, reflectindo-se numa heterogeneidade intelectual.

Do ponto de vista emocional, verifica-se dificuldades ao nível da gestão das emoções, dos relacionamentos interpessoais e dos afectos.

Necessita de um acompanhamento psicológico regular, que permita trabalhar as lacunas e as perturbações presentes, promovendo os recursos pessoais e a estabilidade necessária à construção de um projecto de vida com sentido de pertença/integração e de valorização pessoal.

Sessões de acompanhamento psicológico caso A

Síntese da 1ª sessão: O HD é natural da grande Lisboa, é o filho mais velho de dois irmãos, tendo sido criado pelos pais. Passava as férias de verão em Castelo Branco, junto dos avós. O irmão é casado e tem quatro filhos.

Casou com 38 anos. A esposa é de nacionalidade Brasileira e tem de 36 anos. Viveram juntos durante 12 anos. Ela foi ao Brasil, cuidar da mãe que acabaria por falecer, não regressando.

HD passou a viver com a mãe (o pai já faleceu). Esta relação foi marcada por agressões verbais. A sua cunhada apresentou queixa na polícia por maus tractos de HD à mãe. Ele nega as agressões físicas e verbais. O tribunal acabaria por determinar a sua expulsão de casa. Antes de entrar no programa terapêutico, estava a viver há quatro meses na gare do Oriente, como sem abrigo.

Afirma que está com pena suspensa por violência doméstica. Refere ter uma namorada, que está profissionalmente integrada. Nestas circunstâncias, HD deseja tratar do divórcio.

Estudou até ao 12º ano de escolaridade, após o qual trabalhou sempre em actividades comerciais. Há 2 anos, após o falecimento do patrão, a empresa fechou e ficou desempregado desde então. Deseja retomar uma vida profissional activa no futuro.

Acerca de consumos diz que nunca consumiu drogas, mas que bebe em excesso.

Ao nível da saúde diz ser diabético e não ter mais nenhuma doença.

Apresentou-se com humor estável, sendo o seu discurso coerente e fluido.

Síntese da 2ª sessão: Começou por recordar situações que aconteceram há trinta anos. No entanto não se lembra de situações que se passaram há dois dias.

A sua mãe ajudava os avós na loja que possuíam, uma retrosaria, e muitas vezes era a avó que ficava com ele em casa. Dava-se muito bem com a avó. Com o avô, o relacionamento não era tão bom, pois crê que não existia tanta confiança com este último. Ao reformarem-se, voltaram para a província. Nas férias de verão HD ia ter com eles, conforme já referido, porém com o falecimento do avô, a avó voltou para junto deles.

Aos 47 anos, o seu pai falece, vítima de uma infecção pulmonar, tendo HD 17 anos. Diz que até aos 26/27 anos, teve um bom relacionamento com a mãe, porém, após essa idade percebeu que a mãe queria controlar a sua vida.

O relacionamento com a esposa não era aprovado pela sua mãe, pois dizia que ela só se casou com ele para obter a nacionalidade portuguesa. Afirma ter bom relacionamento com a esposa, enquanto esteve empregado na empresa de produtos alimentares (15 anos).

Saía muitas vezes com o patrão para comprar produtos para a empresa no estrangeiro. Era ocasionalmente acompanhado por sua esposa nessas viagens. Como por exemplo a Paris, Viena, entre outras cidades na Europa. Afirmar que chegou a ir sozinho à Coreia do sul comprar produtos para a empresa. Refere que o patrão pagou-lhe férias nas ilhas das Caraíbas, por ele estar muito tempo fora do país.

Apesar de tudo isto, separou-se da mulher. Reconhece que não soube cuidar do casamento. Deu exemplo de, ao Sábado ela querer ir as compras e ele não a acompanhava, pois detestava ir as compras nesse dia da semana.

Hoje em dia não falam, pensa que ela está no Brasil. No fim da relação ela ficou com o todo o dinheiro que possuíam.

Síntese da 3ª sessão: Começa por referir que está um pouco preocupado com a sua saúde, pois tem sentido algumas arritmias e não sabe se durante o tempo que passou na Gare do Oriente, não terá desenvolvido uma infecção pulmonar.

Referiu que, por vezes, esquece-se onde deixa os óculos, porém recorda-se do nome das pessoas, do dia em que está e onde está. Acha que esta situação não passa de uma distração.

Falou sobre um assunto delicado que está a afectá-lo. Os colegas de quarto acusam-no de não tomar banho diário e de ter sempre tudo desarrumado. O director convocou uma reunião, admitindo não acreditar nele, em virtude de, algumas vezes, de facto parecer emanar odor de quem não toma banho. Ficou combinado que sempre que H.D fosse tomar banho, avisaria o monitor de serviço, para não existirem dúvidas acerca da toma do banho diário.

Falou acerca de ter ficado desempregado, e afirma que tudo podia ter sido diferente. O filho do patrão não soube administrar a empresa. Preferiu levar uma vida boémia, frequentando regularmente locais de diversão nocturna, estando rodeado de mulheres. Afirmar que foi por isso que, este levou a empresa à falência.

Recorda-se que começou a trabalhar com 19 anos. Não queria estudar, mas os pais colocaram-no no liceu, frequentando aulas nocturnas. Finalizou o curso industrial, correspondente ao 12º ano de escolaridade.

O seu primeiro trabalho foi como vendedor de livros durante 2 a 3 anos. Seguidamente foi vendedor da ONI e ganhou muito dinheiro. Com este dinheiro abriu uma loja de telecomunicações, onde viria a conhecer a esposa.

Acredita ser um bom relações-públicas, pois acha que cria amizades com facilidade. Síntese da 4ª sessão: Começou por falar nas dúvidas que tem acerca do que quer fazer e não consegue concretizar. Afirmar planear acções de uma certa forma, porém quando as tenta executar, nunca resultam conforme tinha imaginado.

Sente necessidade de falar ou comunicar uma ideia quando alguém está perto, porém quando vocaliza, as suas frases vão em sentido contrario daquilo que pensa.

Falou acerca das “piadas” que ouve dos outros utentes, quando está na sala de informática a usar o computador durante muito tempo. Fica irritado porque, se ninguém está à espera para utilizar o computador, não entende porque tem que sair de lá.

HD admite que irrita-se facilmente quando é contrariado. Reflete na possibilidade de ser como é, por influência do pai ter sido uma pessoa rígida. Afirmo que bastava um olhar do pai para impor respeito. Quando dizia para ele ou o irmão voltarem para casa a uma determinada hora e isso não acontecia, batia-lhes com o cinto. A mãe questionou algumas vezes o pai por ser tão inflexível com os filhos.

Esta semana, desentendeu-se com a mãe e o irmão por causa do levantamento das ossadas do pai. Admite que se sentiu angustiado no cemitério. Voltou a reflectir se não é uma pessoa angustada em consequência do pai o ter sido também.

Tem saudades da mãe e gostaria de lhe pedir perdão.

Por outro lado sente ciúmes das brincadeiras que a mãe tem com os filhos do irmão; HD gostaria de perguntar-lhe porque é que ela não brincou assim com eles.

Volta a referir a falta de memória recente, enquanto diz recordar-se perfeitamente de assuntos mais antigos.

2.3.2. Acompanhamento psicológico caso B

No âmbito do estágio, foi possível realizar acompanhamentos psicológicos, na linha da Abordagem Centrada no Pessoa, linha orientadora da prática clínica na instituição. Foi de extrema importância do ponto de vista pessoal e profissional, o facto de “testar” a operacionalidade da abordagem apreendida em termos teóricos ao longo do curso, no “terreno”.

O caso que de seguida se apresenta, foi escolhido porque foi o mais regular e de onde pude obter mais registos de sessões, tendo em conta que as mesmas não puderam ser gravadas por indicação da instituição. Assim, apresento de seguida a síntese das sessões.

HS tem 43 anos e é natural da Grande Lisboa.

Pedido

O pedido foi feito pela psicóloga da instituição, sem indicação de perturbação clínica, dado que ainda não tinha sido atribuído a nenhum técnico da instituição.

Observação

HS apresenta consciência vígil. Em termos de apresentação observa-se um bom estado geral e de nutrição, tendo uma higiene cuidada. Mostra uma atitude empática ao longo das sessões de acompanhamento.

Em relação à expressão corporal, estabeleceu um contacto visual directo, apesar de uma postura corporal muito tímida e deprimida. Não se observaram movimentos anormais tais como tiques, tremores ou sinais como maneirismos.

O contacto é próximo, revelando inicialmente muita timidez e dificuldade em estabelecer diálogo, tendo-se descontraído ao longo das sessões. Revela-se orientado no tempo e espaço, auto e alopsiquicamente.

No que se refere à atenção e concentração, revelaram-se adequados pois tinha uma atenção fixável e uma capacidade de concentração positiva, não se distraindo com o ambiente.

Há uma manutenção da memória imediata (fixação), de curto-prazo e de longo prazo.

Em relação à inteligência e ao raciocínio, estabelece um raciocínio lógico entre acontecimentos e um raciocínio crítico face aos comportamentos e situações de vida.

O seu discurso era reactivo, respondendo de forma muito curta às perguntas (respostas curtas e directas). Apresenta discurso organizado, lógico e coerente.

O seu pensamento é também organizado e coerente e, ao nível do conteúdo, apresenta ideias claras que cedem à argumentação lógica.

Não revela distúrbios da percepção sensorial, como alucinações auditivas e visuais ou ilusões.

Sessões de acompanhamento caso B

Síntese da 1ª sessão. O HS nasceu em 1979. É solteiro e mora com os pais na margem sul do Tejo. Tem a 4ª classe afirmando que não gostava de estudar, nem de andar na escola. Com 11 anos abandonou a escola e iniciou actividade profissional na oficina de carros do tio, onde trabalhou dez anos. Despediu-se por estar em desacordo constante com o tio.

Trabalhou nas obras, em montagem de ar condicionado. Contudo mudava muito de emprego, por não gostar do trabalho. Trabalhou em vários locais, sendo estes, trabalhos pontuais. Afirma gostar de trabalhar como mecânico de automóveis.

É o filho do meio de uma fratria de três. Sempre viveu com os pais. Afirma que sempre teve um relacionamento distante com o pai. Sempre que necessitava de algo era com a mãe que comunicava e se relacionava. Afirma ser a sua grande amiga e a sua protecção.

Permanecia regularmente isolado no quarto, do qual saía esporadicamente sob pressão do único amigo.

A nível de antecedentes clínicos, afirma apenas ter o “fígado gordo”.

Iniciou consumos tabágicos aos dez anos. Afirma que aos catorze anos começou a beber álcool. Só em 2011 teve necessidade de pedir ajuda especializada, na recuperação da dependência do álcool. Esteve uma semana em internamento hospitalar, e em seguida deu entrada em comunidade terapêutica na grande Lisboa, sendo que só permaneceu duas semanas na mesma.

Em 2013, esteve de 10 dias internado nas TAIPAS a realizar desabituação do álcool, saindo de lá para o Desafio Jovem, onde se encontra até ao dia de hoje (8 meses).

Os seus objectivos imediatos são permanecer em abstinência e conseguir trabalho na área de mecânica de automóvel.

Síntese da 2ª sessão. O HS afirma sentir-se bem no Desafio Jovem.

No último fim-de-semana falou com o responsável do centro e foi a casa, pois tem sentido necessidade de fazer uma visita. Está há oito meses no Desafio Jovem e só foi três vezes a casa. Gosta de lá ir, porque esta a conseguir relacionar-se com os pais. Nos últimos tempos a relação estava muito afectada devido aos consumos de álcool.

Não falava com o pai e com a mãe relacionava-se para obter dinheiro. Se esta não acedesse ao seu pedido, ficava verbalmente agressivo. Menciona que sempre foi muito solitário e que nunca se juntou a ninguém para consumir, sempre o fez sozinho.

Este é o segundo tratamento que faz. Diz que na primeira clínica, após 4 semanas, o acompanhamento efectuava-se nos alcoólicos anónimos.

Menciona que no último fim-de-semana quando regressou ao centro, vinha com a ideia de ir embora. Porém reflectiu e percebeu que está a fazer sentido ficar no centro do Desafio Jovem.

Isto aconteceu, porque na hora voltar para o centro, o pai saiu de casa para que não tivesse de se despedir dele. Ficou preocupado e foi atrás do pai. Acabou por encontra-lo e conseguir despedir-se dele.

Neste momento gosta do que está a fazer no centro reinserção. Refere que quando tinha que realizar outro trabalho no centro, como por exemplo limpezas, ficava desmotivado.

Síntese da 3ª sessão. O HS começou por afirmar que se sente bem na instituição, pois nela encontrou pessoas diferentes, que se preocupam verdadeiramente com os outros.

Refere que foi acompanhado por uma psiquiatra, mas que ao fim de cinco minutos de consulta, desentenderam-se profundamente. Esta já tinha acompanhado a irmã do H.S, que

teve problemas de consumos de “drogas pesadas”. A psiquiatra insistia na realização de testes a drogas e ele sempre se recusou por não consumir drogas mas sim álcool.

O HS afirma que conseguiu controlar os consumos enquanto teve um relacionamento com uma mulher. Esta, quando percebeu que ele não cessava os consumos, acabou a relação. Após o término da relação, aumentaram os consumos, até que o HS se isolou durante três a quatro meses em casa, saindo apenas para beber.

Nessa altura, a mãe e o pai já não revelavam interesse por ele. Era um tio que ia ao café para levá-lo a casa. Este tio convidou-o para ir á igreja, mas HS sempre recusou, ao que este deixou de acompanhá-lo.

Certo dia telefonou ao tio para perguntar a que horas era o culto na igreja. Depois desse dia, frequentou-a algumas vezes e foi assim que deu início ao processo de entrada no Desafio Jovem.

Síntese da 4ª sessão: O HS falou sobre o começo do dia. Houve discussão acerca do futebol e isso aborreceu-o porque não tem que “aturar” discussões. Afirmou que isto se passou porque estava presente só um monitor. Se o director estivesse por perto não tinham falado alto e talvez essa discussão não tivesse acontecido.

Diz que vai de fim-de-semana. Pediu ao seu conselheiro para trocar o serviço à cozinha de sexta-feira para poder ir mais cedo para casa.

O conselheiro acedeu ao pedido, mas HS não entendeu porque é que na semana anterior o conselheiro recusou o mesmo pedido sem justificação. Diz que por vezes o modo de proceder do conselheiro não é igual com todos os utentes.

Afirma que o relacionamento com o conselheiro não é simples, pois este é muito espiritual, não se focando no aspecto prático do quotidiano. Além disso passa muito tempo fora do centro.

Afirma que foi muito complicado passar este fim-de-semana no centro, pois o ambiente estava muito monótono, não se ouvindo ninguém porque estavam poucos utentes no centro. Estes poucos que ficaram, passaram o tempo todo a ver televisão, não fazendo mais nada. Passou o fim-de-semana a caminhar para ocupar o tempo. Afirma que é difícil estar sem fazer nada.

Falou que hoje em dia tem gosto em ir trabalhar, porque está sempre ocupado. Quando estava nas limpezas era “horrível”. Era mais fácil estar no centro de recuperação em Alter do Chão, pois lá, tinham o dia todo ocupado. Diz que neste centro a partir das 17:30 não têm ocupação.

Refere que o responsável da área de trabalho começa a depositar confiança no seu trabalho e que isso o motiva. Diz que algumas vezes, sai do centro. Afirma que isso é benéfico pois vê e fala com pessoas diferentes das que vê todos os dias no centro.

Síntese da 5ª sessão. Começou a sessão por afirmar que não tinha nada para falar.

Passaram-se alguns momentos e começou por dizer que até há um assunto sobre o qual tem reflectido. É sobre um trabalho para o futuro, mas que não é muito importante.

Neste momento sente-se bem no trabalho que realiza aqui na comunidade, mas está na expectativa do futuro. Espera que lhe digam que se vai continuar ou se tem que procurar trabalho no exterior.

Afirma que não sabe como será no exterior. Aqui o responsável já tem confiança nele e deixa-o trabalhar à vontade, enquanto num trabalho no exterior, tem receio de estarem sempre a pressiona-lo, pois não gosta de ser pressionado, nem tem boas experienciais passadas sempre que tal aconteceu.

O que gostaria que acontecesse era continuar a trabalhar na comunidade e se possível assinar um contrato de trabalho, pois sabe que existem acordos com o centro de emprego. Afirma que por agora seria o ideal.

Mencionou que tem que ganhar coragem e falar sobre o assunto do contrato de trabalho com o conselheiro, ou afirma que talvez nem fale com o seu conselheiro e vai directamente ao director, na eventualidade do seu conselheiro referir que é melhor sair do centro e ir trabalhar num sítio menos protegido.

“O que eu quero sinceramente é morar no centro numa primeira fase. Mesmo que vá trabalhar no exterior, gostaria de ficar aqui porque me sinto bem.”

Afirma que o fim-de-semana que passou, não foi tão “depressivo” como o último. Fez várias caminhadas com outro utente.

Falou sobre o trabalho que começou a realizar na igreja, inserido numa equipa de rua. Visitaram dois bairros da Amadora. Não se sente à vontade porque é um ambiente de drogas e álcool, e afirma nunca se saber quando haverá problemas.

Síntese da 6ª sessão. O HS começou por abordar questões da comunidade e os conflitos que frequentemente acontecem entre utentes e por diversas ocasiões com os próprios monitores.

Refere que vai passar o dia de Páscoa em casa. Reflecte dizendo que as coisas já foram diferentes na família. Nos dias de hoje almoça sozinho com os pais, mas já chegaram a almoçar mais de 10 pessoas nesse dia, enquanto o avô foi vivo.

Diz que nos dias de hoje poderia passar sem os dias festivos, pois nesses dias prefere estar fora de casa.

Enquanto os avós foram vivos, a família juntava-se. Desde que o avô morreu, há catorze anos, verificou-se um desmembramento familiar. Nestes dias janta com os pais, mas prefere sair logo a seguir à refeição. “Em vez de serem dias de felicidade, são dias de tristeza”.

Sente tristeza e mágoa, em relação à morte da sua avó. Ninguém lhe comunicou a sua morte, acreditando que isto se passou porque estava em recuperação.

Afirma que, entretanto, terá que ter uma conversa com a mãe acerca desse assunto. “O meu pai é como eu, não diz nada, guarda as coisas.”

A avó era diabética. Enquanto foi viva e pôde ajudá-los, toda a família a visitava com segundas intenções para solicitar apoios materiais. A avó criou os netos. “Eu próprio ficava muitas vezes em casa da minha avó, é assunto que dói quando falo nele.”

HS foi novamente a casa no último fim-de-semana. Falou sobre as saídas de casa nesse fim-de-semana e das idas ao café com os pais. Diz que até agora as coisas têm corrido bem no que diz respeito ao álcool. Não sente desejo de beber.

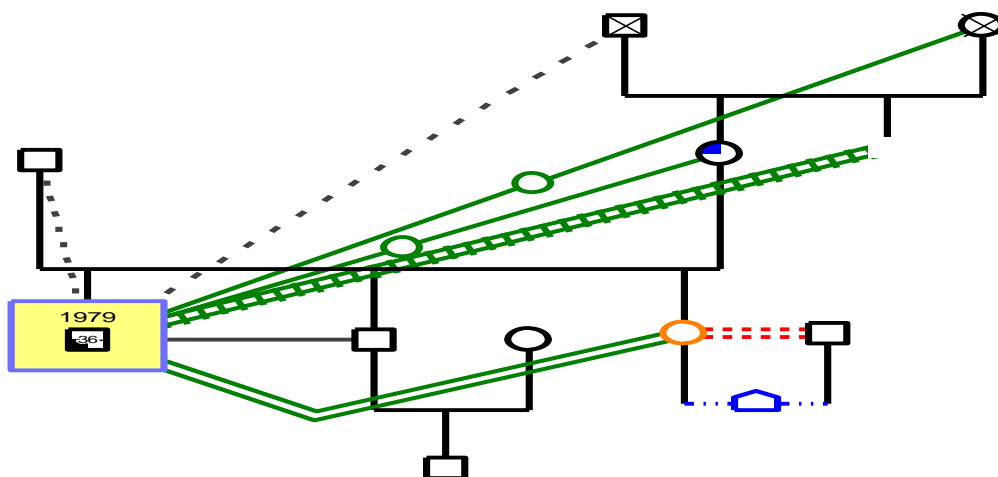
Abordou ainda uma questão sobre a qual tem reflectido bastante. Talvez por estar quase há dez meses em recuperação, as pessoas conhecidas não lhe telefonam. Colocou a hipótese de ser ele a contactá-las.

Síntese da 7ª sessão: Nesta sessão o HS abordou durante muito tempo um problema relacionado com centro, e no seu entender um problema grave. Estiveram envolvidos dois utentes e um conselheiro.

Mencionou que está à procura de trabalho. Esteve nesta semana no centro de emprego de Loures. Não recebeu nenhuma proposta de trabalho, mas teve uma oferta de formação de informática em Alverca. Está à espera do início da formação.

Falou sobre o passeio que fez no fim-de-semana ao CCB e afirmou que foi muito prazeroso.

Figura 2 - Genograma de HS



O HS tem relação de proximidade com a mãe e com a irmã. Manteve relação próxima com a avó. Com o seu tio refere ter uma relação de grande proximidade. Já com o seu pai a relação é normal, embora não o procure quando necessita de alguma coisa ou necessite de falar.

2.4. Discussão e Reflexão dos Casos Clínicos

Irei analisar e reflectir sobre os dois casos clínicos apresentados, sendo a minha análise assente em dois pontos distintos: (1) aspectos mais significativos do caso (2) a minha postura enquanto profissional na relação terapêutica. Por uma questão de melhor compreensão, divido a discussão e análise por cada caso isoladamente:

No caso A, em primeiro lugar, o aspecto que mais se salientou foi o facto de não haver referências significativas à revolta ou agressividade. Assim, a sua irritabilidade não se pareceu traduzir em violência. Essa seria apenas sobre si mesmo, num eventual quadro de suicídio que, ainda assim, reservaria para situação limite de desespero e parece remeter para longe, ao pensar no impacto doloroso que teria nas pessoas que o estimam. Assim, mostra-se conservada a capacidade e a vontade de investir afectivamente e a convicção de que há pessoas que sofreriam com a sua morte.

Não obstante, a sua dinâmica pessoal surge muito em torno de medos, dilemas, ambivalências, tendo como pano de fundo uma auto-estima frágil, num quadro de escassas referências de suporte, e nulas por parte da família. Em relação à família, está presente uma ambivalência ao nível dos afectos. Na realidade, existe uma vivência da figura parental agressiva, ao invés da figura maternal pela qual nutre sentimentos de aproximação e de

protecção. Esta ambivalência projecta-se no desejo de agradar, versus desagradar. Referindo mesmo que muitas vezes contraria o seu pensamento nos comportamentos que tem.

Do ponto de vista clínico, foi interessante verificar a relação entre o início das dependências e as relações familiares. Muitos têm sido os estudos que procuram analisar o papel da família na génese, manutenção e tratamento do abuso de drogas. A maioria dos estudos mostra que as relações “positivas” desencorajam o consumo de substâncias psicoactivas, enquanto a instabilidade familiar pode promover esse mesmo consumo Flemming (1995).

A perda de um dos progenitores encontra-se frequentemente na história de vida de um consumidor. Flemming (1995) verificou que as pessoas revelaram mais contacto com as drogas ilícitas eram aquelas cujos um ou ambos os pais estavam ausentes, por morte ou separação. Verificou-se neste caso, ter sido precisamente na altura da morte do pai que o HD se desorganizou e tornou-se dependente.

Alarcão (2002) observou o valor causal que o toxicodependente ou os seus familiares atribuem a esse facto, associando-o a aspectos tais como: dificuldades de exercício do papel parental por parte do progenitor “sobrevivente”. Este acontecimento é por vezes tão poderoso que bloqueia a abordagem de outros temas, bem como a capacidade de mobilização das potencialidades de mudança do(s) sistema(s).

Um processo dissociativo do qual pode ocorrer desequilíbrios orgânicos (Hipólito, 2011), ocorre entre a cognição e a emoção, quando estes dois aspectos do que a pessoa experiência deixam de ser integrados numa mesma percepção. Apesar das graves queixas que faz da sua mãe acerca das questões judiciais e da rigidez afectiva que manifesta para com ela, afirma que sente saudades da mãe e que gostaria de lhe pedir perdão. Este é um trauma que marca a sua actual personalidade.

À medida que as sessões terapêuticas se sucediam, pude perceber que outro processo dissociativo de que Hipólito (2011) nos dá conta, é o que pode existir entre o *Self* real – o que se é de facto –, e o *Self* desejado – o que se deseja ser. O conceito de esforço e luta pela vida está presente, embora a realidade não confirme avanços práticos nesse sentido.

Segundo Rogers (2009), a pessoa conforme se vai aceitando a si própria como ela é, irá também começar a responder às suas próprias necessidades. No caso do HD é notória a falta de aceitação do seu *self* real, o que o leva a não conseguir manter uma estabilidade emocional suficiente para poder melhorar as suas relações interpessoais, bem como poder viver mais em paz consigo ou o suficiente para que possa aceitar o seu estado de dependência alcoólica e os

seus problemas. Na discrepância entre o conceito do Self e as experiências reais do mesmo, ocorre o que Rogers chama de incongruência.

Incongruente, a pessoa tende a expressar sentimentos e emoções negativas, neste caso, o conceito do Self é distorcido e distante das suas necessidades reais. Isso irá resultar em frustração, já que muito do comportamento e sentimentos vivenciados são irreais e não tem origem nas reacções reais do seu organismo, serão apenas uma fachada (Rogers, 2009).

Em segundo lugar, foi uma importante oportunidade de trabalhar directamente com os instrumentos de avaliação psicológica, sendo que do ponto de vista pessoal, foi um caso complexo, porque por um lado nas reuniões multidisciplinares, sublinhavam-se as incoerências concretas do utente, por outro lado, enquanto clínico não me podia deixar influenciar pelos dados prévios relativos a essa incoerência, tendo que encarar o utente numa atitude absolutamente incondicional e sem juízos de valor.

Na realidade, a dificuldade foi a de conseguir ser “neutro” apesar da informação prévia que tinha, não deixando que interferisse na relação terapêutica.

O manuseamento dos testes foi interessante, apesar da complexidade de alguns testes como o caso da WAIS-III.

Relativamente a este caso, não foi difícil estabelecer o diagnóstico de Alcoolismo, ficando contudo algumas reservas no que toca à Esquizofrenia, demonstrativas de que outro tipo de testes deveriam ser aplicados no sentido do aprofundamento das problemáticas, tais como MMPI.

Caso B

Este caso constituiu um desafio pessoal de encarar o processo terapêutico como uma relação de ajuda no sentido de Hipólito (1994), citado por Nunes (1999), na qual a relação de ajuda psicológica é uma forma de tratamento que assenta no diálogo e que se inclui num quadro relacional específico.

Em primeiro lugar, este caso foi um desafio, porque HS na entrevista inicial com a Psicóloga da instituição, reservou-se ao silêncio, não demonstrando empatia. Assim, procurei criar um ambiente em que existia o referido movimento de Nunes (1999), de que numa relação existem dois elementos: um que pede e um que dá, no sentido de manifestarem interesse e afecto reciprocamente, através das suas especificidades, estando ainda atento aos elementos expressivos do cliente. Sendo também importante ter sempre em conta que de acordo com Hipólito (2011), o processo de crescimento do organismo é uma capacidade não específica do organismo que, em função da própria experiência deste, possibilita a

actualização das suas potencialidades. Entendo, agora que é o meu papel enquanto facilitador que gera esta capacidade não específica do organismo crescer, organismo entendido enquanto um ser.

De facto, foi possível ao longo das sessões verificar uma crescente “libertação” do cliente, tornando-se este mais espontâneo e expressivo, dentro do quadro da sua timidez. Um aspecto importante das suas sessões é o de que de um modo geral, iniciava as sessões reportando situações de natureza conflitual que decorriam na comunidade terapêutica, mas muito rapidamente passava para a tónica dominante das sessões que era forma como vivia a família, as relações familiares, isto é, os desentendimentos familiares, as saudades, as mágoas, as recordações.

Segundo Hipólito (2011), a ausência das condições óptimas, sejam as de ordem biológica, social ou psicológica, podem condicionar as potencialidades ou a sua actualização, podendo trazer como consequência a diminuição da expressão dessas potencialidades. A ser assim, estamos perante um trauma. O trauma é pois um fenómeno que exerce uma influência adversa sobre uma potencialidade ou sobre uma condição, impedindo a sua plena realização. No caso em estudo, são identificados vários, dos quais os mais significativos são a morte da sua avó, a depressão da sua mãe, a ausência de ligação afectiva com o pai, o facto da sua namorada o ter abandonado, a descoberta da irmã como adicta de heroína e a impotência para a ajudar, são também traumas que o HS revela ter.

Um segundo ponto digno de análise diz respeito à problemática do alcoolismo, dado que pude aperceber-me da grande dificuldade de HS para ultrapassar o consumo de álcool, tendo em conta que já tinha havido experiências de tratamento anteriores, sem sucesso, levando-me a questionar sobre o facto de que no caso do consumo de álcool o tratamento ser mais complexo.

Na esteira de Sommer (2006) citado por Ferreira (2014), verificamos que sendo uma substância legal, e de custos financeiros reduzidos, é mais difícil romper com a dependência. Tanto mais, que a evidência científica aponta para o facto de ser uma dependência que necessita de um locus de controlo interno e externo (Tratamento) continuado, ao longo de anos (Ferreira, 2014).

Um terceiro aspecto merecedor de reflexão, diz respeito à história pessoal em si e as pontes que podemos estabelecer com a revisão da literatura no que concerne às relações familiares.

Alarcão (2002), refere dados associados ao género dos membros ou tipo de vínculo dentro da família. Toxicodependentes masculinos têm as suas mães envolvidas numa relação

de hiperprotecção, permissiva e aglutinada, enquanto o pai se encontra remetido para a periferia do sistema familiar.

Neste caso, diversos autores, são unânimes em afirmar que a relação conjugal é disfuncional e que a dependência da droga pode funcionar como um mecanismo estabilizador, quando a homeostasia familiar se encontra em ruptura (Cervený, 1994).

No caso de HS, verificamos que a mãe assume a função de superprotecção e o pai de grande ausência e indiferença, factores apontados pelos autores citados de relação causal com as dependências. Na realidade, pude aperceber-me que ao longo das sessões a dinâmica familiar foi uma temática muito presente. Foram inúmeras as referências aos avós, ao pai e à mãe, revelando a fragilidade dos sentimentos em relação a estas figuras.

Em quarto lugar, impõe-se reflectir sobre o facto de HS, ter dificuldades ao nível da tomada de decisões, nomeadamente existe uma ambivalência entre o apreço que tem pelos conselhos ou opiniões dos técnicos e o seu próprio sentir e vontades muitas vezes contraditórios.

Assim, e como reflexão final pude aferir que os casos acompanhados, ambos do sexo masculino, tinham dificuldade relacional com o pai. Esta era causada ou por falta de autoridade, pais ausentes fisicamente ou afectivamente, ou por excesso de autoridade, pais austeros e com grande exigência.

2.5. Reflexão Global do Trabalho de Estágio

A experiência do estágio curricular, no seu todo, revelou-se extremamente enriquecedora. De facto, é no terreno que o profissional, seja de que área for, se apercebe de tudo o que o trabalho verdadeiramente envolve. Todas as contingências, imprevistos e contrariedades que se encontram de acesso vedado na aprendizagem teórica do ambiente protegido da universidade se revelam, e é no fazer face a todos esses factores que o crescimento acontece. E isto é verdade, de uma forma muito particular, na prática clínica, em que um ser humano, à partida, fragilizado, se apresenta diante do profissional, esperando que este, mais do que compreender, dê respostas às suas dificuldades (talvez iludidas por uma sociedade que promete soluções fáceis para todos os problemas, as pessoas, muitas vezes, criam expectativas de solução quase mágica das suas problemáticas). E constata-se aí, em forma quase de epifania, que a sensibilidade não se aprende nos manuais, a empatia não constitui o foco primário da aprendizagem teórica e que a aceitação incondicional do outro é uma questão de princípio, mas mais do que isso, é um estilo de vida que se adquire. E transpor a teoria para a prática dessa forma, resistindo à tentação de fornecer respostas

prontas, ao invés de caminhar com o cliente, acompanhando-o na sua busca, é uma arte que só se adquire com o treino. O estágio é então, apenas o primeiro passo numa longa caminhada.

A instituição onde o estágio teve lugar, o Desafio Jovem, foi escolhida, como já foi mencionado neste relatório, por ser um lugar com o qual o estagiário estava já – e desde há muito tempo – familiarizado, tendo aí realizado trabalho. No entanto, percebendo in loco, o que é o papel do profissional de psicologia, a visão é muito diferente. Destacando o excelente ambiente que se vive na instituição, em todos os departamentos, bem como o excelente acolhimento dado aos profissionais que ali desenvolvem o seu trabalho, não poderia deixar de se sublinhar e enaltecer a obra levada a cabo por esta instituição. Sem grandes apoios estatais, o Desafio Jovem debate-se com dificuldades a nível de recursos, o que se reflecte na quantidade de profissionais que pode contratar. O departamento de psicologia não tem mãos a medir, tentando responder às necessidades impostas pelos processos terapêuticos, que é imperativo levar a cabo para cada utente da instituição.

Dificuldades financeiras impedem também a aquisição de outros instrumentos de avaliação psicológica, além dos já utilizados, ainda que os que existem permitam uma avaliação bastante razoável do estado psicológico dos utentes.

A nível das aprendizagens, foi possível ter um contacto muito próximo com a actividade do profissional de psicologia na instituição, nomeadamente, na área das dependências, percebendo melhor a dimensão do fenómeno e o seu impacto no funcionamento do ser humano. Sendo a recuperação um processo longo e difícil, por forma a mudar não só comportamentos, mas esquemas de pensamento e atitudes, a terapia representa um processo decisivo e a pessoa do terapeuta, um elemento chave na recuperação.

No meu entender, tanto o modelo terapêutico como a abordagem clínica, permitem encontrar formas de otimizar a busca do sentido de vida e do lidar com as problemáticas dos indivíduos. A integração destas duas perspectivas, ou seja, dos princípios da abordagem centrada na pessoa e da dimensão espiritual do modelo terapêutico, poderão ajudar na recuperação do indivíduo, de uma forma mais consistente. Estas potenciam a geração de novos objectivos, novos sonhos, favorecem a valorização pessoal e o auto conhecimento, proporcionando uma oportunidade excepcional aos utentes de modificar as suas vidas.

Em suma, a retrospectiva do período de estágio curricular apresenta-se como bastante favorável e uma experiência extremamente gratificante que marca de forma bastante positiva o início da actividade do estagiário na prática psicológica, actividade que o mesmo planeia continuar a desenvolver na área das dependências em geral e no Desafio Jovem em particular.

Referências Bibliográficas

- Alarcão, M. (2002). *(Des) Equilíbrios Familiares*. (2ª ed). Coimbra: Quarteto.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual De Diagnostico E Estatístico Das Perturbações Mentais: DSM-5* (5ª.ed) (C. Agostinho et al, Trads). Lisboa: Climepsi Editores.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(4), 106-115. Recuperado em 18 de dezembro de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-4462000000300003&script=sci_abstract&tlng=pt
- Angel, P. ; Richard, D. & Valleur, M. (2002). *Toxicômanias* (M.C. Correia, trad.). Lisboa: Climepsi Editores. (Trabalho original publicado em 2000).
- Berger, E.M. & Beskow, O. (1975). *Escravos do século XX*. Sacavém: Publicadora Atlântico.
- Brodley, T. (1998). O conceito de tendência actualizante Rogeriana na teoria centrada no cliente. *A Pessoa Como Centro- Revista de Estudos Rogerianos* (2) 37-49
- Bozarth, J. (2001). *Terapia Centrada na Pessoa: Um paradigma revolucionário* (E. Gouveia Trad.). Lisboa: Edial.
- Branco, P.C. (2008). Organismo: Tendência Actualizante e Tendência Formativa no Fluxo de Vida. In C.F.S. Junior & A.F. Souza (Orgs.), *Humanismo de Funcionamento Pleno: Tendência Formativa na Abordagem Centrada na Pessoa – ACP* (21-43). Campinas: Alínea.
- Prado e Castro, I. (2004). Do prazer à dependência. *Toxicodependências*, (3), 49-56.
- Cervený, C.M.O. (2001). *A família como um Modelo: Desconstruindo a Patologia*. São Paulo: Livro Pleno.

Cury, A.J. (2000). *A pior prisão do mundo*. São Paulo: Editora Academia de Inteligência.

Dachroden, S.V.H. (2006). *O efeito da relação de ajuda segundo a abordagem centrada na pessoa no grau de auto-estima e no sentido interno de coerência do indivíduo idoso*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Portugal.

De La Cruz, M.V. (2001). *IPP Interesses e Preferências Profissionais Manual* (3ª ed.). Lisboa: CEGOC-TEA.

Desafio Jovem (n.d). *Programas-terapêuticos*. Recuperado em 20 de Dezembro de 2015 de <http://www.desafiojovem.com/o-que-fazemos/programas-terapeuticos.html>

Desafio Jovem (n.d). *Intervenção social*. Recuperado em 20 de Dezembro de 2015 de <http://www.desafiojovem.com/o-que-fazemos/intervencao-social.html>

Desafio Jovem (n.d). *Quem Somos*. Recuperado em 20 de Dezembro de 2015 de <http://www.desafiojovem.com/sobre-nos/quem-somos.html>

Desafio Jovem (n.d). *Teen Challenge*. Recuperado em 20 de Dezembro de 2015 de <http://www.desafiojovem.com/sobre-nos/teen-challenge.html>

Edwards, G. (1997). A terapia sob um ponto de vista histórico: três episódios do século XIX. In Edwards, G. & Dare, C. *Psicoterapia e tratamento de adições* (pp 42-54). Porto Alegre: Artes Médicas.

Ferreira, A. (2014). *Toxicod dependência e reabilitação*. Relatório de mestrado. Retirado em 17 de dezembro de 2015 de http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/404/1/Relat%C3%B3rio_Final_Ana%20Carla%20Ferreira.pdf

Ferreira-Gomes, C. et al. (2004). *Uso, abuso e dependências: alcoolismo e toxicod dependência*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Fleming, M. (1995). *Família e toxicodependência*. Porto: Edições Afrontamento.
- Gleitman, H., Fridlund, A., Reisberg, D. (2007). *Psicologia* (7ª Ed.). (D. R. Silva, Trad.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gobbi, S. & Missel, S. (1998) *Abordagem Centrada na Pessoa: Vocabulário e Noções Básicas*. Tubarão: Editora Universitária UNISUL
- Heckmann, W. & Silveira, J.C. (2009). Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. In A.G. Andrade, J.C. Anthony, & M.C. Silveira (Eds), *Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual* (67-88). Barueri: Ed. Manole.
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e Complexidade: Evolução e Desenvolvimento do Pensamento Rogeriano*. Lisboa: Edual.
- Justo, H. (2001). *Cresça e Faça Crescer: Lições de Carl Rogers*. Canoas: Gráfica editora La salle.
- Lakertz, K. (2007). Abuso de álcool e de drogas. In *Neurologia de Netter*, (418-426). São Paulo: Artmed edições.
- Lourenço, R.; Veras, R. (2006). Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 712-719. <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v40n4/23.pdf>
- Krug, S.E. (1980). *Manual CAQ: Questionário de análise clínica*. Lisboa: CEGOC-TEA.
- Melo, I. (2007). *Manual da Prevenção da Recaída*. Loures: Desafio Jovem.
- Milam, J. & Ketcham, K. (1991). *Alcoolismo: Os mitos e a realidade*. São Paulo: Livraria Nobel.
- Nunes, O. (1999). Uma Abordagem Sobre A Relação de Ajuda. *A Pessoa Como Centro. Revista de estudos rogerianos* (3) 59-64

Nunes, L. & Jólluskin, G. (2007). *Drogas e comportamentos de adição: um manual para estudantes e profissionais de saúde*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Patricio, L.D. (1997). *Face às drogas como (re)agir?*. Lisboa: Antunes & Amilcar, lda.

Ribeiro, E. (2008). *Crianças que se revelam agressivas: um estudo fenomenológico sobre o reconhecimento da agressividade em escolares*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Pará. Recuperado em 21 de Dezembro de 2015, de http://www.ppgp.ufpa.br/dissert/Elizabete_Ribeiro.pdf

Schuckit, M. A. (1998). *Abuso de álcool e drogas*. Lisboa: Climepsi

Shentaub, V. et al (1999). *Manual de utilização do TAT* (Climepsi Trad.). Lisboa: Climepsi Editores.

Rogers, C. (1983). *Um Jeito de ser* (M.C.M. Kupfer, H. Lebrão, Y.S. Patto, Trad.). São Paulo: Editora Pedagógica Universitária (trabalho original publicado em 1980)

Rogers, C. (1989). *Sobre o Poder Pessoal* (3ª ed.) (M.A.Penteado, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.

Rogers, C. (2001). *Sobre o Poder Pessoal* (4º ed.) (M.A.Penteado, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.

Rogers, C. (2009). *Tornar-se Pessoa* (7º ed) (M.J.C. Ferreira, Trad.). Lisboa: Padrões Culturais Editora (trabalho original publicado em 1961).

Rogers, C.R. & Wallen J.L. (2000). *Manual de counseling* (Bertina, T., Silvina, V. L. Trad.). Lisboa: Encontro (trabalho original publicado em 1946)

Sommer, M. (2004). *Carreiras de saída da toxicodependência*. Lisboa: Climepsi Editores.

Thurstone, L.L. & Thurstone, T.G. (1997). *P.M.A.: teste de aptidão mentais primarias* (2^a ed.). Lisboa: CEGOC-TEA.

Wechsler, D. (1992). *Manual WISC-III: Escala de inteligência de Wechsler para crianças*. Lisboa: CEGOC-TEA.

Wechsler, D. (1996). *Manual WAIS-III: Escala de inteligência de Wechsler para adultos*. Lisboa: CEGOC-TEA.

Zago, J.A. (1988). *Drogas: condições psicossociais da dependência*. São Paulo: Ícone editora

Anexos