

UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Toxicodependência e Reabilitação

Relatório de Estágio

Ana Carla Mendes Barreto Montalvão Ferreira
Nº 20101063

SEMINÁRIO DIRIGIDO: Professora Doutora. Mónica Pires
Professora Doutora. Odete Nunes

ORIENTADOR: Professora Doutora. Mónica Pires
Universidade Autónoma de Lisboa

Lisboa, Março 2014

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho em primeiro lugar ao meu marido e ao meu filho pelo apoio que me deram ao longo deste percurso académico. À minha mãe que me acompanha em todos os momentos e à minha avó que é a minha mentora espiritual e emocional.

Agradeço à Professora Doutora Mónica Pires e à Professora Doutora Odete Nunes a disponibilidade e orientação nas aulas de tutoria. Relativamente à orientação do meu relatório quero agradecer à Professora Doutora Mónica Pires.

Agradeço ao Professor Doutor Manuel Sommer todo o apoio e orientação do estágio académico.

Agradeço aos meus clientes, a confiança que tiveram em mim, e também a todos os membros dos grupos de inter-ajuda que me ajudaram a perceber os problemas com que se deparam no processo de tratamento e na sua vida pessoal.

Quero também que agradecer aos meus amigos, especialmente às minhas amigas, Teresa Alvarez, Helena Mesquita, Ana Branco e Raquel Pereira que me deram toda a ajuda que lhes pedi.

RESUMO

A elaboração deste relatório de estágio teve como principal objectivo compreender o problema da doença de adicção, nomeadamente a toxicoddependência e o alcoolismo.

Pretendeu-se com uma revisão de literatura, estabelecer quais as patologias associadas à doença de adicção e as suas repercussões na vida pessoal e familiar. Procurou-se encontrar as possíveis intervenções em pessoas com este problema, principalmente intervenções psicológicas sob a Abordagem Centrada na Pessoa. Foram também abordadas intervenções feitas em internamento.

Descrevemos o trabalho de estágio realizado durante 9 meses, nomeadamente a observação em contexto de comunidades terapêuticas, em grupos de ajuda mútua e em contexto de internamento na clínica RAN, onde as intervenções eram realizadas em grupo por pessoas que tinham tido os mesmos problemas de adicção e não por técnicos de saúde mental. Por fim a descrição dos acompanhamentos psicológicos individuais. Os casos clínicos são apresentados em detalhe, contendo as problemáticas pessoais e psicológicas derivadas da doença de adicção, nomeadamente as capacidades de relacionamento com os outros e com eles mesmos. O presente relatório apresenta a análise clínica e avaliação dos mesmos.

Palavras-Chave: Psicologia Clínica, Abordagem Centrada na Pessoa, Toxicoddependência, alcoolismo, Intervenção.

ABSTRACT

The aim of this report is to understand the addiction disease namely drugs addiction and alcoholism.

With the backup of literature it was established which pathologies are associated to the addiction disease and how they interfere with the personal and family life of the client.

Possible interventions in people with this disease were tried to be established, mainly psychological interventions on the Person-Centred Approach. It was also mentioned interventions under internment.

The work done in the internship throughout 9 months is described, namely the observation under therapeutics communities, in mutual help groups and in internment context at RAN Clinic, where the interventions take place in a group environment by people that also suffered the same addiction problems and not by mental health technicians.

At last, the description of the individual psychological support sessions. The clinical cases are detailed, including the personal and psychological problems consequent from the addiction disease, such as the ability of establishing relationships with other people and with them selves. This report includes the clinical analysis and evaluation of the clients.

Key-Words: Clinic Psychology, Person-Centred Approach, Drug Addiction, Alcoholism, Intervention.

(...) todos somos, de certa maneira, diminuídos mentais, porquanto, em grau variável, as pessoas não consciencializam, não aproveitam e não desenvolvem todas as faculdades psicológicas (...). (Santos,2000, p86).

ÍNDICE

Agradecimentos	II
Resumo	III
Abstract.....	IV
Índice.....	VI
Índice de Quadros	VIII
Índice de Figuras.....	IX
Introdução	11
Parte I- Revisão de Literatura	14
1.1. Tipos de adictividade e comorbilidade.....	15
1.2. Factores contributivos e consequências	16
1.3. Consequências Biológicas, Psicológicas e Sociais	21
1.4. Intervenção Psicológica.....	25
1.5. Intervenção na área das dependências.....	28
1.6. Pressupostos terapêuticos em grupos de interajuda e em comunidades terapêuticas	30
Parte II - Trabalho de Estágio	32

2.1. Objectivos do estágio e âmbito da intervenção	33
Parte III - Apresentação e Discussão dos Casos Clínicos.....	39
3.1. Apresentação do Caso A	41
3.2. Apresentação do caso B	53
Conclusão.....	65
Referências Bibliográficas	70

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Cronograma de actividades do Caso A.....	35
Quadro 2 - Cronograma de actividades do Caso B.....	35
Quadro 3 - Actividades indirectas.....	36
Quadro 4 - Intervenção no âmbito da Avaliação Psicológica na Clínica CAPA.....	38

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1:Genograma Pedro	44
Figura 2:Genograma Rui.....	55

TOXICODPENDÊNCIA E REABILITAÇÃO

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio acadêmico, cuja redação não segue o novo acordo ortográfico, representa o trabalho de estágio no âmbito da obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e do aconselhamento, realizado na clínica CAPA (Clínica de Aconselhamento e Psicoterapia) que decorreu de Novembro de 2012 a Julho de 2013.

A Clínica Capa funciona desde 1997 como Centro de Consultas licenciado pelo Ministério da Saúde, no qual são realizadas consultas psicológicas individuais e de grupo, de aconselhamento e psicoterapia. É uma unidade de tratamento especializada na intervenção em regime de ambulatório que presta apoio a adolescentes, adultos e familiares com dificuldades associadas a perturbações de dependência e aditividade.

Na primeira parte deste relatório procurou-se encontrar suporte teórico relativamente aos tipos de adictividade prevalentes, aos factores contributivos e quais as consequências biológicas, psicológicas e sociais, bem como as intervenções psicológicas individuais, de grupo e em regime de internamento.

A síndrome de dependência está definida no CID- 10 (1993) como um conjunto de fenómenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância ou uma classe de substâncias alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham maior valor. Uma característica descritiva principal da síndrome de dependência é o desejo (forte e até irresistível) de consumir drogas psicoativas (podem ou não terem sido medicamente prescritas), álcool ou tabaco. A definição para dependência de substâncias do DSM-IV-TR (2006), é descrita como um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicativos de que o sujeito continua a utilizar a substancia, apesar dos problemas significativos que estes

consumos causam. Existe um padrão de autoadministração repetida que resulta geralmente em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo quanto ao consumo de drogas.

Para compreender as consequências destes consumos, Silva (2004) refere serem muitos os danos associados ao uso de substâncias psicotrópicas, estando estes dependentes de factores como as idades de início de consumo, o estado de saúde físico e psicológico dos utilizadores, a frequência, quantidade e duração do seu uso.

Procurou-se saber o que diz a lei portuguesa acerca do consumo de drogas.

De acordo com os resultados de estudos epidemiológicos nacionais, destaca-se a *cannabis* como sendo a substância ilícita mais consumida em Portugal. Nos estudos mais recentes temos a cocaína e o ecstasy, mas com consumos bastante inferiores.

Apesar do consumo de heroína nos últimos anos ter vindo a diminuir comparativamente a outras drogas, continua a ser a substância cujos consumos são mais problemáticos e a que é mais consumida entre a população reclusa nacional (IDT,2010).

Nota: o IDT- Instituto que no futuro se chamará (SICAD) serviço de intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências.

Até ao ano 2000, para além de a *cannabis* ser considerada ilegal, o seu consumo era considerado crime. O consumo foi descriminado em Portugal através da lei nº30/2000 (Lei portuguesa sobre as drogas,(2008).

Por outro lado, as smart-shops proliferam pelo país, sem controlo nem regulamentação eficaz. Em 2007 Abria num centro comercial de Aveiro a primeira smart-shop portuguesa. São estabelecimentos comerciais que vendem drogas legais. A maioria intitula-se como loja de produtos naturais. Na realidade os produtos que vendem em sacos coloridos e apelativos inserem-se no grupo das substâncias psicoactivas sintéticas que ao serem ingeridas, inaladas, fumadas ou injetadas, produzem efeitos semelhantes ao da cannabis, ecstasy, cocaína e LSD.

As substâncias sintéticas são produzidas em laboratório e reproduzem o mesmo princípio psicoactivo da substância ilegal. Por exemplo, o THC (Tetra hidro cannabinol) existente na planta da *cannabis*, alterado molecularmente origina uma nova substância que não é identificada na lista das substâncias ilegais (Soromenho,2012).

Na segunda parte deste relatório descrevemos as observações realizadas em grupos de interajuda (Anexo B). Observações realizadas com o intuito de compreender a doença de adição. Tivemos a oportunidade de assistir ao tratamento de doentes adictos numa clínica de recuperação de dependência de narcóticos e álcool (RAN) em que é utilizado o modelo Minesota dos 12 passos (Anexo A).

Na terceira parte, descrição da observação, avaliação e acompanhamento psicológicos de dois pacientes durante o tempo de estágio.

O trabalho do psicólogo clínico com esta população específica sob a abordagem centrada na pessoa é determinado por Patterson (2000) como sendo a empatia, o respeito e a genuinidade do terapeuta que tornam possível a expressão de unicidade de cada cliente. As condições são as mesmas para todos os clientes, mas o conteúdo do processo resultante são únicas para cada um.

Por fim a conclusão de todo o trabalho realizado.

PARTE I- REVISÃO DE LITERATURA

Adictividade

1.1. Tipos de adictividade e comorbilidade

A Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) instituição especializada das Nações Unidas, fundada a 7 de Abril de 1948 tem como objectivo apoiar a cooperação internacional para a melhoria das condições de saúde (O.M.S.2003-2012).

No caso da dependência química como doença, a (O.M.S.) (1994) define que uma substância psicoativa ou “droga” é toda a substância natural ou sintética que altera o funcionamento do Sistema Nervoso Central, deprimindo-o, estimulando-o ou que leva a surtos psicóticos. Substância que afecta os processos mentais, como a cognição ou a afectividade. A perturbação devido ao uso de substâncias psicoativas refere-se às doenças mentais, físicas e de comportamento com relevância clínica que se associam ao consumo de substâncias psicoativas.

A dependência química é uma doença crónica, progressiva e fatal caso não seja tratada a tempo. Prejudica o indivíduo em todos os níveis do seu funcionamento biopsicossocial. O prazer inicial proporcionado pelo consumo de álcool ou das outras drogas acaba por se transformar em dor emocional (Crato, 2008).

O consumo de álcool ou de drogas aumenta gradualmente até o indivíduo não conseguir controlar o consumo. Surgem as consequências físicas, emocionais, sociais, intelectuais, profissionais/escolares, associadas a sentimentos de culpa, vergonha, raiva, medo, frustração e arrependimento, sendo o prazer cada vez menor e o sofrimento cada vez maior (Crato, 2008).

As substâncias psicoativas mais utilizadas e capazes de provocar alterações do estado de humor e de gerar dependência são o álcool, os fármacos, os alucinogénios, a heroína, o *crack*, os solventes (colas), a nicotina, a cocaína, a cannabis (haxixe) e o Ecstasy (Crato, 2008).

Kleinman (1979) citado por, Pais Ribeiro (2007) distingue o ter uma doença, do sentir-se doente. Ter uma doença, refere-se a uma disfunção ou desadaptação dos processos biológicos e/ ou psicológicos. Sentir-se doente corresponde ao modo como as pessoas percebem, experimentam, explicam, avaliam e respondem à sua doença. Implica não só as reacções do indivíduo doente como as reacções da família, da sua rede social e por vezes da comunidade.

O indivíduo não admite a sua doença apesar dos problemas evidentes consequentes da sua perturbação (Crato, 2008).

A coexistência de perturbações psicológicas com perturbações relacionadas ao consumo de substâncias, verificou-se ser tanto uma causa como/ ou um efeito comum a todos os casos observados, tanto em grupos de interajuda como nos casos clínicos seguidos ao longo do estágio.

A (O.M.S.) (1994) corrobora, afirmando que a perturbação devido ao uso de substâncias psicoativas refere-se às doenças mentais, físicas e de comportamento com relevância clínica que se associam ao consumo de substâncias psicoativas.

1.2. Factores contributivos e consequências

Gomes em (2006) fez um estudo com o intuito de perceber como são vistas as drogas e os seus consumos em Portugal. Quais as opiniões que os portugueses têm sobre os consumidores de drogas e as substâncias psicoativas. Através do estudo realizado, concluiu que as opiniões diferem consoante as características sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, profissão,

região, entre outras).Características de interacção como contactos e sociabilidade com consumidores, proximidade a contextos de consumo. Fatores simbólico- culturais como valores sociais e orientações de vida. Todos estes factores influenciam a percepção e entendimento que as pessoas têm sobre as drogas e seus consumos.

Segundo Albuquerque (2005) o crescente problema originado pela expansão das dependências nas suas múltiplas formas permite que nos questionemos sobre o modelo sociocultural vigente. A procura de segurança, conforto e do previsível como algo contrário à natureza do ser humano.

Segundo Pinto-Coelho (2001) o abandono de uma moral prescritiva vem sendo substituída por um funcionamento baseado no interesse próprio e numa visão de curto prazo, não se deixando seguir por princípios éticos ou de dever. Esta situação cria um vazio de valores facilitando a experimentação de drogas.

O consumo de drogas, numa juventude criada sobre a pressão de consumo e de obtenção do prazer fácil, aparece como uma solução consonante com essa matriz (Pinto-Coelho, 2001).

O consumo e dependência de substâncias surge, de acordo com Murphy e Khantzian (1995) quando o indivíduo percebe que os efeitos conseguidos pelo uso de drogas podem ser utilizados para lidar com sentimentos perturbadores que derivam de um ego frágil e de um *self* vulnerável.

Segundo Janeiro e Telma(2004) o estado de dependência é percebido como uma desordem de auto-regulação que envolve a gestão de afectos, a auto-estima, as relações e a capacidade de cuidar de si mesmo.

No que concerne a uma perspectiva terapêutica, os diferentes modelos de intervenção psicológica explicam de maneira diferente as causas contributivas para o consumo de substâncias psicotrópicas.

O modelo psicanalítico tem uma intenção explicativa. Pressupõe relação de motivo-consequência. O modelo Humanista tem uma intenção compreensiva, partindo da unicidade indecomponível do ser humano, considerado na totalidade (Guimarães Lopes,2006).

Nunes e Alves (2008) numa perspectiva psicodinâmica, defendem que existem três níveis de interacção que levam à motivação para o consumo de drogas: O nível psicossocial, em que logo na primeira infância existe um défice na interacção com a mãe, comprometendo a vinculação primária. Mais tarde, já em idade adulta, o padrão predominante de vinculação é igualmente deficitário. Este padrão vincutivo leva a implicações sobre um segundo nível, o biológico, apresentando este um défice na regulação do sistema opióide endógeno que, em conjunto com uma vulnerabilidade genética, conduz a uma sobre regulação do mesmo sistema com conseqüente tendência para a procura de substâncias exógenas compensatórias. Num terceiro nível, o psicossomático, onde se encontram as oscilações de humor, a depressão, a ansiedade, a indiferenciação de sentimentos e de emoções, o desamparo e outros factores que contribuirão também para o uso de drogas.

Numa perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) o principal requisito para o desenvolvimento da saúde psicológica é a atenção positiva incondicional na infância. Só dessa maneira a pessoa eventualmente é capaz de conseguir um estado de auto-realização, consistindo esta o mais elevado nível da saúde psicológica (Schultz & Schultz, 2005).

Numa abordagem da psicologia cognitiva-comportamental, Costa e Marques (2002) ressaltam que as representações mentais das substâncias psicoactivas, estão diretamente relacionadas com as representações sociais prevalentes. Para os autores, segundo uma perspectiva cognitivista na sua intervenção clínica, o estudo das representações das drogas é significativo, uma vez que os comportamentos de consumo são percebidos como resultantes

de processamentos de informação e de processos de decisão nos quais a representação das drogas é um importante elemento caracterizador de situação.

O comportamento manifesto face à droga pode também ser influenciado pelas representações sociais prevalentes, designadamente as que prescrevem a interdição, o que pode influenciar no processo de redução de dissonância cognitiva de modo a produzir diferenças significativas entre consumidores e não consumidores. (Costa & Marques, 2002).

Para Cury (2000) a dependência psicológica está relacionada com o reforço psicológico positivo, ou seja, a procura de prazer. O reforço psicossocial permite a ideia que o consumo tem a capacidade de resolver problemas, tensões e dificuldades, quer a nível pessoal quer social. Com o reforço psicológico negativo, o consumidor já não procura prazer nem a resolução de problemas, mas sim o alívio de efeitos psicológicos e físicos indesejáveis recorrentes da abstinência.

Segundo Leyens e Yzerbyt (2008) o agente da mudança de atitudes são os comportamentos. De modo que quando se tenta transformar as atitudes das pessoas com o intuito de modificar os seus comportamentos, deve-se agir sobre os comportamentos.

Esteves e Vieira-Coelho (2007) referem que as pessoas vivem numa época em que não suportam a dor e a tristeza, procurando na maioria das vezes respostas urgentes e convincentes em termos farmacológicos para qualquer contrariedade.

De seguida apresentamos importantes teorias sobre factores de protecção, que devem existir desde a infância de forma a prevenir comportamentos facilitadores ao abuso de substâncias.

Segundo Burkhart (2000) a formação de estilos e aptidões parentais concretas desempenharia um papel crucial no desenvolvimento de factores de protecção contra a toxicodependência, mesmo na primeira infância.

A Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2009) refere que os sintomas psicopatológicos adquirem significado no contexto sócio-familiar e no momento evolutivo da criança. Deste modo, num ambiente familiar intolerante e agressivo as perturbações no desenvolvimento podem perdurar.

A vida psicológica do indivíduo é decididamente marcada pelas primeiras experiências da vida após o nascimento e até desde a gravidez. É importante conhecer como decorreram essas primeiras experiências. Delas dependerão as condições psicológicas de como cada pessoa enfrenta o stresse e as dificuldades ao longo da vida. Compreender a primeira infância é a melhor maneira de prevenir os desequilíbrios que podem ocorrer no ciclo da vida humana (Dias Cordeiro,1994).

Segundo Strecht (2003) para uma efectiva prevenção da toxicodependência é fundamental a existência dos laços afectivos fundamentais que são a base da construção individual e social de que se destaca a importância familiar.

Com o desenvolvimento da teoria e da investigação acerca das perturbações de vinculação evidentes depois da infância, a preocupação pelo impacto deste processo que se relaciona com o desenvolvimento da psicopatologia ganha uma atenção significativa na procura de orientação clínica (Soares, & Dias, 2007).

1.3. Consequências Biológicas, Psicológicas e Sociais

As perturbações causadas por consumos de substâncias psicotrópicas têm consequências negativas ao nível fisiológico, da cognição e dos comportamentos (Soares,2009).

Numa perspectiva biológica, Damásio (2005) refere que os sentimentos se relacionam com a experiência mental de uma emoção, isto é, são direccionados para o interior (íntimo), enquanto as emoções se direccionam para o exterior (nos outros). É através dos sentimentos que as emoções têm repercussões na mente.

Segundo Castro Caldas (2005) a estimulação eléctrica do hipotálamo constitui um reforço da aprendizagem em forma de recompensa. Compreende-se então que o que está envolvido é a conexão deste sistema mesencefálico com o sistema límbico que se relaciona com os mecanismos emocionais, com os afectos e com a memória.

Compreendeu-se mais tarde que este sistema é regulado através de um mediador cerebral designado por dopamina. As substâncias ditas de abuso criam a dependência através destes circuitos. O uso de certas substâncias aumenta a dopamina disponível dando origem ao prazer e a um conjunto de sensações associadas que resultam de evocação de memórias implícitas, e muitas vezes explícitas, de conteúdo agradável. Quando baixa o teor de dopamina, surgem os sinais físicos de privação. Começam-se então a conhecer os mecanismos biológicos subjacentes ao problema da dependência (Castro Caldas,2005).

Estas substâncias actuam no alívio e redução do stresse afectivo que decorre da falta de ligação social, como substituto de um sentimento positivo equivalente ao que é sentido pelo envolvimento emocional positivo decorrente da ligação social, diminuindo o desconforto e mal-estar resultantes da desadaptação social e da dificuldade no relacionamento próximo com os outros (Panksepp, 2005).

Sobre a síndrome de abstinência, Torres e Oliveira (2012) referem que as drogas actualmente mais utilizadas são os tranquilizantes, sedativos, álcool, estimulantes e antidepressivos. Drogas que actuam alterando os níveis dos neurotransmissores no cérebro. Por exemplo, as anfetaminas implementam a produção da norepinefrina que vai actuar directa ou indirectamente nas células nervosas cerebrais. Muitas drogas, incluindo o álcool, induzem a um estado de euforia. Quando privado da droga, o toxicodependente torna-se irritável e incapaz de desenvolver as suas actividades normais. Algumas drogas induzem a tolerância quando são tomadas continuamente durante algumas semanas. Isto significa que é necessário aumentar muito as doses para obter os mesmos efeitos. A tolerância ocorre devido ao facto de as células do fígado serem estimuladas a produzir grandes quantidades de enzimas que metabolizam e inactivam a droga.

O uso de algumas drogas, tais como a heroína, o tabaco, o álcool e os barbitúricos, pode provocar o efeito de adição, de que resultam alterações fisiológicas nos corpos celulares, tornando o utilizador dependente da droga. Se o utilizador for bruscamente privado da droga, o seu organismo reage apresentando sintomas de abstinência extremamente dolorosos. Estes sintomas podem consistir em vómitos, câibras, insónias prolongadas, entre outros sintomas que se prolongam até à morte. Para continuar a obter o efeito desejado, o toxicómano deve aumentar continuamente as doses. A dependência física do seu organismo passa a ser acompanhada por dependência psíquica da droga. As drogas podem actuar nas sinapses impedindo a propagação da mensagem nervosa. Tranquilizantes como o “valium” interagem com os receptores. Estimulantes como a cocaína e as anfetaminas reforçam a acção da norepinefrina, quer provocando a sua secreção, quer evitando a sua reabsorção. Alucinogéneos como o LSD e a mescalina interactuam com o neurotransmissor serotonina.

Um melhor conhecimento das funções da sinapse permite determinar a acção de muitas drogas (Torres& Oliveira,2012).

Também os fatores sociais são importantes, sendo que a população mais débil económica e culturalmente corre mais riscos de desorganização, tendo muitas vezes redes de suporte mais frágeis, que prejudicam gravemente a sua capacidade de reparação dos prejuízos associados às drogas.

Entre os toxicodependentes encontra-se um maior número de pessoas num estado mais degradado do ponto de vista físico, psicológico e social, mais doentes, mais perturbadas, mais desintegradas, mais debilitadas economicamente, com menos habilitações socioeducativas e profissionais, que morrem prematuramente por *overdose* ou como consequência de doenças infecto-contagiosas resultantes diretamente do consumo ou de comportamentos e estilos de vida a ele associados (Silva, 2004).

Grinberg e Grinberg (1976) referem a importância de se ser reconhecido pelos outros, afirmando que o eu percebido, depende do que os outros pensam de si.

A adicção cria exatamente aquilo que a pessoa tenta evitar, o sofrimento. Ao criar sofrimento, o processo cria também a necessidade de continuação da relação aditiva. Ao procurar refúgio para o sofrimento que a adicção provoca, vai mais além no processo aditivo. O adicto procura felicidade na “pedra” mas, como começou a afastar-se de si e dos outros, não pode compreender que o sofrimento que sente é criado pelo facto do consumo actuar nos sentimentos (Albuquerque, 2005).

Sob o ponto de vista dos distúrbios psicológicos, Castro Caldas (2005) refere que as emoções de ansiedade, stresse e o mal-estar induzidos por um nível insuficiente de contacto afectivo próximo com os progenitores e com os pares, podem ser aliviados e até suprimidos

pela administração de substâncias químicas, que actuam direta ou indiretamente na regulação do sistema opióide endógeno.

Muito antes de se manifestarem incidentes de perda de controlo comportamental, a pessoa lutou e perdeu muitos combates contra o seu adicto a nível emocional, assim a personalidade adicta ganha controlo. É este o início da personalidade do indivíduo controlado pelo processo adicto (Albuquerque, 2005).

Fleming (2005) refere que os consumidores lidam com as suas dores psíquicas, silenciando-as sob o efeito de antídotos químicos poderosos que as mascaram sob a capa de uma total negação.

É somente através de repetidas humilhações que são forçados a aprender alguma coisa a respeito da humildade, pois uma vida inteira de sentimentos de egocentrismo, não pode ser ultrapassada de uma vez. Tendo vivido numa base de exigências não atendidas, mantinham-se num estado de perturbação e de frustração contínuas. Só existe recuperação quando encontram um meio de reduzir essas exigências (Alcoólicos Anónimos, (1972).

Em (1994) a organização de Alcoólicos Anónimos refere no seu livro que se não existir uma transformação psíquica no adicto, não há esperanças de que recupere.

Segundo Nakken (1996) a adicção é também um processo de negação. Negação da realidade, mas sobretudo negação do Eu. Esta negação tem de realizar-se para que a adicção possa progredir.

Proteger a pessoa adicta das consequências nefastas do consumo de substâncias, nem sempre o ajuda no processo de consciencialização do seu problema. Assim e segundo Ditzler e Joyce (1995) deve-se deixar que o adicto sofra as consequências do uso de drogas, pois salvaguardá-lo, atrasa a sua recuperação.

No capítulo seguinte abordaremos algumas teorias pertinentes sobre intervenção psicológica nos casos de dependências químicas.

1.4. Intervenção Psicológica

A intervenção realizada baseou-se nas seis condições necessárias e suficientes de forma a garantir uma abordagem centrada na pessoa. De seguida alguns autores descrevem os princípios desta abordagem.

A abordagem desenvolvida por Carl Rogers, no final dos anos trinta, é apresentada como uma ruptura ao pensamento até então existente, nomeadamente o da psicanálise e o do comportamentalismo. Até aí a relação de ajuda terapêutica centrava-se no problema apresentado pelo paciente e no conhecimento do terapeuta para o solucionar, mas também numa concepção do homem baseada na patologia. A proposta de Rogers em 1957, fundamenta-se na tendência que o ser humano tem para o crescimento, para a saúde e para a adaptação. Nesse sentido, são desenvolvidos os conceitos de tendência formativa, tendência actualizante, não directividade, bem como as condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica, (Hipólito & Nunes, 2001).

A abordagem Rogeriana centra-se na experiência do momento presente. Partindo daqui, o indivíduo inicia uma aprendizagem de aceitação de si e descobre caminhos de mudança. Para além da confiança na capacidade do cliente para dirigir o seu próprio desenvolvimento, a abordagem Rogeriana parte do princípio de que o mundo pessoal se constrói sobre os sentimentos que se manifestam organismicamente em cada um e que estes definem a sua realidade. Partindo deste pressuposto, o indivíduo interagindo com os outros forma uma imagem consciente de si, o seu *self* (Escoval,1999).

Segundo Rogers (1961) citado por Hansene (2003) o sujeito é considerado na sua totalidade. Rogers atribuía uma grande importância à criatividade, à intencionalidade, livre arbítrio e espontaneidade do cliente. Estas características subentendem a noção de “Si” e definem o modo como as experiências são vividas e o modo como se apreende o mundo. Assim a personalidade desenvolve-se no ambiente (Hansene,2003)

A tendência actualizante, como fundamento da ACP, surge inerente à própria vida, indispensável no desenvolvimento e maturação de potencialidades do indivíduo (Tomé, 2001).

Hipólito em (1994) citado por Nunes (1999) definiu o processo terapêutico como sendo uma relação de ajuda psicológica que é em si uma forma de tratamento que assenta no diálogo e que se inclui num quadro relacional específico (Nunes, 1999).

Segundo Rogers, todo o indivíduo existe no seu mundo de experiências, em constante mudança, do qual o indivíduo é o centro (Rogers, 2004).

Para Freire e Tambara (2001) a confiança que o terapeuta depõe na tendência atualizante do cliente é imprescindível para o sucesso do processo terapêutico. Esta confiança não se obtém apenas através do conhecimento da teoria da terapia centrada na pessoa. Para tal, é necessário que o terapeuta tenha passado por essa experiência: tenha ele próprio experienciado um processo de mudança terapêutica desenvolvido por esta abordagem. Seguindo esta linha de pensamento, Oubrayrie-Poussel e Tap (1999) referem que o desenvolvimento de cada pessoa é apoiado numa dinâmica de relações interpessoais, que permitem a cada um desenvolver estratégias de gestão do sofrimento e também a adaptação a situações de vida.

Se soubéssemos sempre, por que é que nos comportamos de determinada forma, a vida seria muito mais simples. Algumas vezes sabemos quais são os motivos, muitas vezes

pensamos que sabemos quais são sem estarmos no entanto, conscientes dos motivos reais. Uma função importante do conselling «consulta psicológica» centrado na pessoa é permitir ao indivíduo tornar-se consciente de algumas das suas motivações mais profundas, das quais não esteve consciente até então. Geralmente as motivações de que uma pessoa não tem consciência, são aquelas que seria difícil ou doloroso admitir (Rogers,2000).

O *conseling* centrado na pessoa consiste em ajudar a desenvolver o ajustamento permitindo que a relação leve o indivíduo a tornar-se consciente de muitas das suas motivações a atitudes reais e as aceite como parte de si mesmo (isto é diferente de dizer-lhe quais são as suas motivações reais, uma atitude que quase sempre resulta em resistência e negação). O conselling conduz a uma selecção voluntária de objectos e a uma escolha consciente dos caminhos da satisfação. Isto constitui uma experiência de crescimento psicológico em direcção à maturidade, permitindo ao indivíduo tornar-se consciente de algumas das suas motivações mais profundas, das quais não esteve consciente até então. Geralmente as motivações de que uma pessoa não tem consciência, são aquelas que seria difícil ou doloroso admitir (Rogers,2000).

Segundo Rogers (1999) citado por Nunes (1999) os sentimentos e os significados pessoais parecem muito mais nítidos quando refletidos por outra pessoa. Para o cliente é tranquilizante ter alguém que no momento certo lhe dá a ajuda que necessita. Para que tal aconteça, pressupõe-se a existência de um movimento de ambas as pessoas, a que pede e a que dá, no sentido de manifestarem um interesse e afecto recíproco, através da sua singularidade (Nunes,1999).

A narrativa e todos os pormenores nela contida requerem atenção por parte do terapeuta. Contudo, a aquisição de uma verdadeira compreensão empática pressupõe a compreensão de todos os elementos expressivos do cliente como um self e sobretudo como uma acção do *self*.

A percepção do cliente de que o terapeuta o compreende é determinante para que este se sinta empaticamente compreendido. (Brodley, 2000)

Segundo Rogers, (1983) citado por Leal (2005) o indivíduo possui dentro de si muitos recursos para a compreensão de si e para a modificação dos seus auto-conceitos, atitudes e do seu comportamento autónomo (Leal,2005).

De seguida procuraram-se os pressupostos específicos de intervenção na área das dependências.

1.5. Intervenção na área das dependências

No contexto das adições existem vários tipos de intervenção mais frequentes, nomeadamente o acompanhamento individual, de grupo ou em grupos de ajuda-mútua/auto-ajuda.

Para Sommer (2006), actualmente é raro que uma pessoa dependente químico consuma uma só substância, sendo mais usual o recurso a várias substâncias, utilizando muitas vezes as mesmas ou parecidas para atingir estados psíquicos diferentes ou estados psíquicos complementares. O consumo do álcool em todos os dependentes químicos complica o tratamento. Sendo uma substância legal e de custos financeiros reduzidos, acaba por ser para muitos, uma porta complicada de fechar e uma barreira para uma verdadeira recuperação. É importante que se entenda que não existe nenhuma “cura” da dependência química, mas antes “recuperação” da mesma, visto estar comprovado que a predisposição não desaparece com o tratamento, ficando desta maneira “estacionária”, necessitando de ser sujeita a um controle interno (do próprio) e externo (em tratamento) atento, rigoroso e contínuo ao longo de vários anos (Sommer, 2006).

É muito importante destacar a importância da integração sociocultural do indivíduo em recuperação. A relação com o trabalho representa uma dimensão estratégica facilitadora de um conjunto de aquisições com vista à sua autonomia. Tem-se mostrado à evidência que o paradigma que leva à descriminalização dos indivíduos em recuperação conduz a respostas humanistas, com a inclusão dos indivíduos nos serviços de apoio incondicional a cada um e de afastamento de estereótipos perpetuadores de situações de exclusão, numa lógica de mobilidade social (Lo,2011).

De acordo com Sommer (2009) a “tendência actualizante” relaciona-se com a capacidade de desenvolvimento do cliente. Realça o potencial de desenvolvimento que está dentro de cada um, em especial quando existe sofrimento. Este potencial que se encontra bloqueado é “libertado” através da relação terapêutica. O cliente liberta o seu potencial à medida que se vai auto-descobrir na relação terapêutica. Este auto-conhecimento é possível devido à não-directividade do terapeuta, ou seja, ao respeito que o terapeuta tem pela individualidade do cliente e à não interferência num processo que o cliente iniciou. A pessoa toxicodependente que vem pedir ajuda psicoterapêutica e que já iniciou o seu tratamento e quer parar os seus consumos, sabe que tem que lidar com as causas mais profundas que o/a levaram a consumir. O cliente, o seu sofrimento e vontade de desenvolvimento de se tornar “Pessoa mais funcional” tem que estar no “Centro” (Sommer, 2009).

Assim, segundo Gaylin (1999) a personalidade do indivíduo, o conhecimento do desenvolvimento do *self* é crucial para a compreensão dos elementos nucleares do processo de cura centrado no cliente. Compreender como o *self* emerge e se desenvolve é a base da compreensão do processo de auto-actualização, empatia e amor. Perceber quem e o que é o *self*, parece fundamental para se conduzir uma terapia.

Em termos de uma intervenção psicológica individual inspirada nos pilares da ACP, estabelecer uma relação de ajuda não significa dar soluções já elaboradas pelo técnico. Significa criar condições relacionais que permitam ao Outro descobrir o caminho que juntamente com a sua subjectividade, lhe permita ser criativo e coerente nas soluções que descobre para ultrapassar as dificuldades. Este processo de auto-descoberta dos seus próprios recursos leva-o a adquirir mais confiança, mais autonomia e conseqüentemente a ser mais responsável (Nunes,1999).

Miller e Sovereign (1989) constataram que pessoas que apresentam problemas de adição, quando encaminhadas a um aconselhamento de abordagem confrontativa, demonstram níveis de resistência muito mais altos do que aquelas com as quais foi utilizada uma abordagem de entrevista motivacional mais centrada no paciente. Nesse mesmo estudo os comportamentos do terapeuta durante uma única sessão demonstraram ser indicativos da recaída dos pacientes mais de um ano depois. Quanto mais confrontativo tivesse sido para com o paciente, mais este estaria a consumir um ano depois; quanto mais o terapeuta tivesse apoiado e escutado o paciente, mais este mudava.

1.6. Pressupostos terapêuticos em grupos de interajuda e em comunidades terapêuticas

Os grupos terapêuticos nesta perspectiva desenvolveram-se a partir dos trabalhos de Rogers sobre os grupos de encontro. Trata-se de grupos empáticos com a efectivação de uma “empatia grupal”. O desenvolvimento e efectivação de um grupo, de um processo grupal que na sua dinâmica, multiplicidade, fluxos e intensidades, possa em sintonia emergir como múltipla e diversificadamente empático na relação com os seus membros particulares e individuais (Lisboa da Fonseca,1999).

Um outro modelo de trabalho em grupo muito utilizado e difundido é o modelo de tratamento dos 12 passos nos grupos de ajuda mútua ou auto-ajuda. Existem vários grupos de auto-ajuda de narcóticos anônimos (NA) e de alcoólicos anônimos (AA) em todo o País. Funcionam como associações onde pessoas adictas em recuperação se reúnem regularmente com o intuito de se ajudarem mutuamente. O programa é composto por princípios escritos para serem seguidos diariamente (NA,1999).

Já as comunidades terapêuticas destinadas ao tratamento de dependências químicas funcionam de forma distinta, em regime de internato e incluindo diferentes modos de tratamento e intervenção a toxicodependentes. Estas comunidades tiveram origem nos Estados Unidos, Santa Mónica, em 1958 com Dederich e Deich que a partir da experiência de Maxwell Jones, na Grã-Bretanha, durante a Primeira Guerra Mundial, transpuseram para a abordagem da toxicodependência a ideia básica de Jones que consistia em utilizar os recursos de toda a comunidade hospitalar, incluindo os próprios pacientes, para o tratamento (Caritas,2012).

A primeira comunidade terapêutica "Daytop Village" surge em 1963, fundada pelo psiquiatra Casriel, entre outros, cujo modelo se difundiu de tal forma que veio a influenciar decisivamente o movimento de criação de novas comunidades terapêuticas para adictos em todo o mundo. A sua filosofia de recuperação assenta na autocritica, partilha de experiências (êxitos e fracassos) e na ajuda mútua. O residente é o principal responsável pelo seu tratamento, sendo que a equipa de monitores oferece apenas apoio e ajuda. (Caritas,2012).

No capítulo seguinte é feita uma reflexão sobre a experiência vivida numa clínica de internamento durante o estágio.

PARTE II - TRABALHO DE ESTÁGIO

2.1. Objectivos do estágio e âmbito da intervenção

Foram delineados objectivos que permitissem a observação de pessoas com perturbações relacionadas com a adicção, nomeadamente observação em reuniões de inter-ajuda. Resumo no (Anexo B)

No início do mês de Novembro começámos por assistir a reuniões de inter-ajuda com pessoas que sofrem de doença de adicção a psicotrópicos e álcool. Assistimos a estas reuniões até ao mês de Maio num total de 133 horas. Sendo a presença da estagiária bem recebida pela maioria dos presentes, sentimos no entanto a desconfiança de alguns membros quando percebiam que esta estava só a observar. Ao longo das semanas esta desconfiança deixou de se sentir. Nestas reuniões, os participantes partilham histórias de vida e sentimentos, procurando nos outros a determinação indispensável à continuação da sua recuperação. Foi uma experiência em que tivemos a oportunidade de presenciar testemunhos de vida e de realidades até então pouco conhecidas. Do ponto de vista pessoal, podemos referir o desconforto sentido ao ouvir estes testemunhos. As principais queixas referidas diziam respeito ao sofrimento sentido com a abstinência de consumos, assim como a rejeição demonstrada pela comunidade, com muitas dificuldades de integração pessoal e principalmente profissional. Estas pessoas sentem-se discriminadas, perderam a confiança dos outros, o que lhes dificulta todo o processo de recuperação. Sentem-se incompreendidos, chegando a afirmar que não acreditam que um dia consigam retomar as suas vidas de uma forma plena.

Esta experiência permitiu um conhecimento fundamental para o apoio psicológico individual que foi realizado na clínica CAPA.

Num segundo momento, observação e avaliação psicológica de dois clientes e respectivo acompanhamento psicológico.

No mês de Julho foi-nos também proporcionada a oportunidade de vivenciar a experiência de observação numa clínica de recuperação de dependência de narcóticos e álcool (RAN) em que é utilizado o modelo Minnesota dos 12 passos (descrito no anexo A). Permanecemos uma semana na (RAN) sob o mesmo regime de frequência de reuniões, rotinas, com presença em todos os momentos do dia. Partilhámos as obrigações e os momentos de descanso ou lazer o que permitiu conhecer as pessoas e as suas problemáticas. O objectivo da comunidade é o de implementar o processo de recuperação através do programa dos 12 passos. Alguns dos clientes falaram na vontade de ter um acompanhamento psicológico individual, complementando o acompanhamento que lhes é dado nas reuniões de entreajuda. Estas reuniões são direccionadas para que as pessoas reconheçam as suas dificuldades no relacionamento interpessoal e individual. Todos os procedimentos e regras desta comunidade são no sentido da responsabilização pessoal, fundamental para recomeçarem uma forma de vida responsável e em que o outro importa, conceitos fundamentais para uma recuperação efectiva. As reuniões são acompanhadas por pessoas com experiência pessoal na doença de adição.

De um ponto de vista pessoal, foi uma experiência muito marcante na minha vida académica e pessoal. Assumi um papel integrante na comunidade o que me permitiu uma compreensão dos problemas das pessoas internadas que de outra forma teria ficado à parte. No dia que cheguei senti medo, muitas dúvidas, pois fiquei sujeita às mesmas regras. Dormi no mesmo espaço e fiz todas as tarefas de igual modo. No entanto foi esse contacto muito próximo que me permitiu aceder à realidade desta problemática. Os procedimentos clínicos incluem acompanhamento psiquiátrico e monitorização da medicação.

Quadro 1 - Cronograma de actividades do Caso A

	2011		2012						
	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho
Planificação das avaliações	2h	2h							
Avaliação Psicológica		20h	16h						
Acompanhamento Psicológico				4h	18h	20h	25h	15h	15h
Realização dos relatórios das avaliações				12h					
Devolução dos resultados das avaliações					2h				
Total de horas	2h	22h	16h	16h	20h	15h	25h	15h	15h

Quadro 2 - Cronograma de actividades do Caso B

	2011		2012						
	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho
Planificação das avaliações	2h	2h							
Avaliação Psicológica		20h	16h						
Acompanhamento Psicológico				4h	18h	15h	20h	15h	15h
Realização dos relatórios das avaliações				4h					
Devolução dos resultados das avaliações					2h				
Total de horas	2h	22h	16h	8h	20h	15h	20h	15h	15h

Quadro 3 - Actividades indirectas

	2011		2012						
	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho
Observação em reuniões de entreaajuda	12h30m	32h30m	32h30m	20h	10h	12h30m	12h30m	19h30m	0h
Estágio de observação na clínica RAN								192h	
Total de horas	12h30m	32h30m	32h30m	20h	10h	12h30m	12h30m	211h30m	0h

2.2- Avaliações/ Intervenções psicológicas

Realizaram-se avaliações psicológicas e respectivos acompanhamentos psicológicos, a dois clientes na clínica CAPA.

A avaliação psicológica é feita através de uma entrevista clínica com o intuito de obter informação acerca das experiências de vida e percepções do cliente. De seguida foram aplicados testes psicológicos que julgamos importantes e complementares que permitissem confirmar dúvidas suscitadas acerca do seu funcionamento psíquico. Os testes aplicados foram os disponíveis na clínica CAPA.

A criação da relação empática é um factor muito importante para que se possa desenvolver um acompanhamento individualizado e concreto.

No caso A, descrita a entrevista integral (Anexo C), foi aplicado o teste MMPI (S.R. Hathaway e J.C. Kinley) na forma reduzida, folha de teste (Anexo D), resultados (Anexo G), para aceder ao perfil de personalidade e para despiste psicopatológico. Considerámos importante aceder ao perfil de personalidade de Pedro, para perceber as suas dificuldades de relacionamento.

Foi também aplicado o teste projectivo Rorschach, folha de teste e resultados (Anexo G) que avalia a “representação de si” devido às dúvidas suscitadas pelas escalas salientes (acima da média) masculino/feminino e psicastenia do MMPI.

Por fim, foi aplicado o teste Figura complexa de Rey de (André Rey), folha de teste (Anexo F), resultados (Anexo G), com o intuito de avaliar a memória visoconstrutiva e perceptiva. Considerámos importante esta avaliação, devido ao facto de Pedro apresentar algumas lacunas no que concerne a memórias de factos traumáticos da sua vida.

No caso B, descrita a entrevista integral (Anexo H), foi Aplicado o “ Questionário de Depressão de Beck”, folha de teste (Anexo L), resultados (Anexo M), devido às queixas sobre o estado de humor deprimido apresentadas na entrevista clínica.

Foi também aplicado o teste da Figura Complexa de Rey, folha de teste (Anexo J), resultados (Anexo M), com o intuito de avaliar a memória visoconstrutiva e perceptiva. Considerámos importante esta avaliação, devido ao facto de Rui apresentar alguma confusão no que concerne a memórias de factos traumáticos da sua vida.

Por fim foi aplicado o teste MMPI folha de teste (Anexo I), resultados (Anexo M), na forma reduzida para a aceder ao perfil de personalidade e despiste psicopatológico.

Quadro 4 - Intervenção no âmbito da Avaliação Psicológica na Clínica CAPA

Casos	Sintomas/ Queixas	Instrumentos Utilizados	Técnicas de Intervenção	Nº de Sessões de acompanhamento
P.R. Masculino 28 Anos	Ansiedade Recuperação de toxicodependência	MMPI RORSCHACH FIGURA DE REY	Apoio Psicológico	11
R.S Masculino 31 Anos	Depressão Recuperação de alcoolismo	MMPI BECK FIGURA DE REY	Apoio Psicológico	9

PARTE III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS CASOS CLÍNICOS

Asseguramos o anonimato de toda a informação respeitante aos clientes. Os nomes são fictícios bem como tudo o que os possa identificar.

No caso A, o pedido explícito do cliente relacionou-se com o facto de estar em recuperação de consumo de drogas e álcool, e com o facto de sentir dificuldades na adaptação a novas situações, sentidas principalmente no estabelecimento de relações afectivas.

No caso B, o pedido explícito do paciente esteve relacionado com o início de consumo de álcool excessivo, marcado pela falta de controlo. No entanto o problema do consumo de álcool estava relacionado com um sentimento de abatimento emocional e tristeza, perturbações de sono e choro fácil. Referiu muitas dúvidas ao nível da sua orientação sexual.

Os dois casos foram muito importantes para a aprendizagem de como a doença da adicção evolui. A aprendizagem sobre as especificidades da personalidade da pessoa adicta e mais importante, como estabelecer uma relação de confiança e empatia que permita ajudar e acompanhar pessoas com este problema

3.1. Apresentação do Caso A

Identificação

Pedro tem 30 anos, é solteiro. Natural de um país germânico. Licenciado. Irmão mais velho de três. É adicto desde os 13 anos e acompanhado na clínica CAPA desde 2010.

Motivo do Pedido

O pedido relacionou-se com a sua dificuldade de adaptação a novas situações, e dificuldades em estabelecer relações emocionais.

Pedro é um adicto de heroína em recuperação. As queixas actuais são fundamentalmente a dificuldade que sente em organizar o seu dia-a-dia de forma a sentir-se produtivo tanto a nível pessoal como a nível social e familiar. As queixas devem-se às crescentes responsabilidades que se lhe deparam e como ultrapassar os remorsos que sente pelas relações que se estragaram ao longo da sua vida. No entanto sente esperança:

- “Estou a começar a viver, estive muitos anos fora da realidade”.

Diz sentir-se muitas vezes ansioso em relação aos seus sentimentos e desejos. Pedro demonstrou uma preocupação e apreensão constantes, pensamentos recorrentes, persistentes e intrusivos que provocam ansiedade e mal-estar, resultantes do incidente que envolveu a morte da mãe, visto ainda serem muito perturbadoras e confusas as lembranças desse dia.

Sente ansiedade no relacionamento com os outros e sentimentos de insegurança e de dúvida constante em relação a si mesmo. Refere problemas ao nível das suas capacidades sexuais, nomeadamente o medo que sente, o que o impede de tentar.

Observação

Pedro tem uma apresentação cuidada, atitude colaborante e afectiva. O discurso é fluído e a comunicação expressiva, com fluxo de pensamento acelerado. Alternando de uma memória para outra rapidamente. Mostrou alguma ansiedade em abordar alguns aspectos da sua história biográfica, não se focando em cada um deles.

Manteve um nível de consciência vígil. Apresenta uma adequada orientação espaço – temporal, revelando uma noção clara e objetiva do passado, presente e futuro. Ao nível da memória, não apresenta falhas graves. Evidenciou humor triste.

Não se observaram alterações ao nível da consciência, motricidade, atenção e memória.

Revela algum excesso de peso, devido à falta de hábitos de alimentação saudável, tanto na escolha como nos horários em que toma as refeições.

História dos consumos

Iniciou o consumo de drogas e álcool aos 13 anos. Começou a fumar haxixe e a consumir álcool, Mais tarde, aos 15 anos, iniciou o consumo de heroína e cocaína, sendo o consumo de álcool contínuo. Deu entrada na clínica de recuperação RAN há um ano, onde permaneceu cinco meses. Desde aí, tem sido seguido na clinica CAPA em consultas de psicoterapia.

Doenças prévias e antecedentes familiares.

Pedro não refere doenças para além das comuns doenças de infância. Refere problemas ao nível das suas capacidades sexuais, nomeadamente o medo que sente, o que o impede de tentar. Problema que sente desde que começou os consumos, tendo no entanto vindo a agravar-se. Após exames complementares diagnósticos de despiste de causa biológica, o

diagnóstico médico refere que este problema está relacionado com perturbações emocionais. Esteve internado numa clínica de recuperação de alcoólicos e narcóticos durante cinco meses. Desde a saída da clínica, frequenta reuniões de NA e consultas de psicoterapia de periodicidade semanal. O seu irmão sofre de esquizofrenia, tendo estado internado num hospital psiquiátrico. Refere o estado deprimido em que sempre viu a sua mãe, não sabendo no entanto especificar qual a sua perturbação. A sua avó materna, com quem vive actualmente, sofre de doença de Alzheimer em estado avançado.

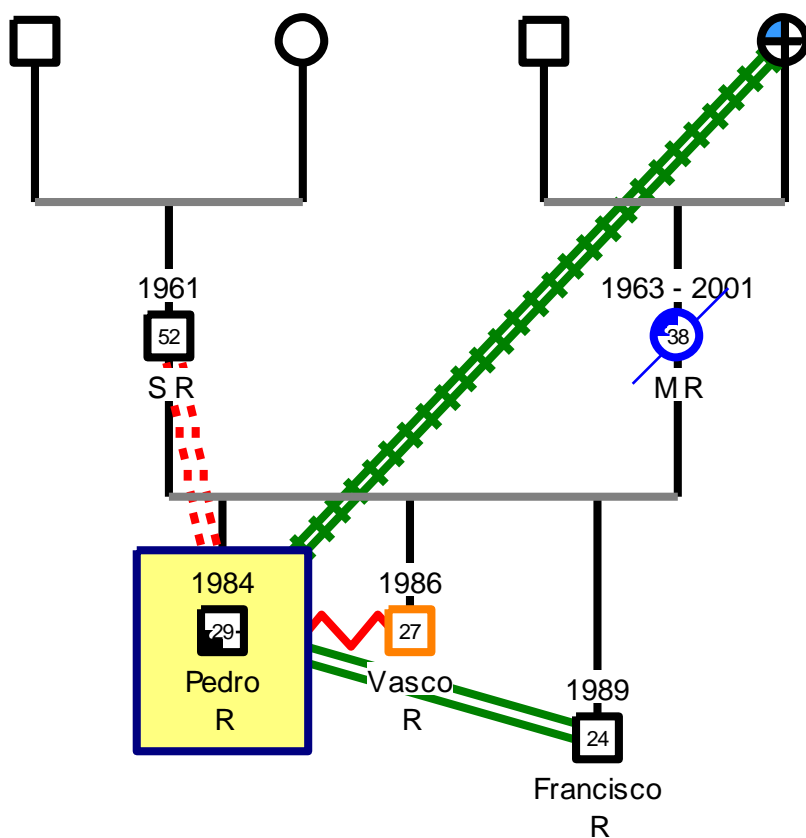


Figura 1: Genograma Pedro

Nota: Os nomes constantes no Genograma são fictícios, não correspondendo à realidade.

Pedro refere uma relação de grande proximidade com a avó materna e também com o seu irmão mais novo. A relação com a mãe foi de proximidade afectiva até à altura em que Pedro começou a consumir. Com o pai, Pedro refere ter tido desde sempre uma relação conflituosa, entre a raiva que sentia e a falta que sentia dele. Não tem relação com o irmão do meio desde que este começou a consumir, estando Pedro na mesma situação na altura. No entanto mesmo estando Pedro em recuperação não conseguiu ainda restabelecer relação com o irmão.

História pessoal

Pedro viveu até aos 17 anos com a sua mãe e irmãos, altura em que a sua mãe morreu. Pedro estava presente quando a queda que causou a morte, ocorreu. Pedro não consegue falar do ocorrido, mostrando-se muito perturbado e sentindo-se culpado. Nessa altura esteve detido dois anos, acusado de ter contribuído para a morte da mãe. O pai tinha abandonado a família anos antes não estando presente a partir de então.

Pedro manifesta raiva pela ausência do pai e por este ter abandonado a mãe. Com 13 anos começou a consumir álcool e diversas drogas, processo que evoluiu até há um ano atrás. Dos avós paternos não tem recordações e do pai só há pouco tempo falou com ele ao telefone depois de passados muitos anos. Tem uma relação próxima com os avós maternos, com quem vive. Sentindo-os como_ “foram os únicos que nunca me abandonaram”. Mantém contacto telefónico com o irmão mais novo com quem gosta de falar, porém cortou relações e contactos com o outro irmão devido a relação conflituosa.

Pedro não refere aspectos da sua vida na infância, nem ao nível pessoal e familiar, nem ao nível de relação com os seus pares.

Desde que entrou em recuperação, Pedro começou a trabalhar e a adquirir rotinas e compromissos na sua vida, situação nova para ele. Tem pela primeira vez um relacionamento amoroso. Refere alguns receios em relação ao futuro, preferindo para já focar-se no presente e no seu crescimento interior.

Avaliação psicológica

As respectivas descrições dos conteúdos e finalidades dos testes aplicados aos clientes, descritas (Anexo N).

O Pedro mostrou-se colaborante face à realização dos testes e tarefas apresentadas.

Para a avaliação psicológica, foram aplicadas as seguintes provas:

Minnesota Multiphasic Personality Inventory – (MMPI - 1); Rorschach e Teste da Figura Complexa de Rey.

Os testes utilizados foram os que estavam disponíveis no local de estágio.

Nas primeiras três sessões, realizou-se a entrevista psicológica. A entrevista prolongou-se por três sessões devido às dificuldades do Pedro em organizar memórias de factos de vida, o que dificultou a análise de todos os factos.

Na 4ª sessão foi aplicado o teste MMP na forma reduzida, para a aceder ao perfil de personalidade e despiste psicopatológico. Considerámos importante aceder ao perfil de personalidade de Pedro, para perceber as suas dificuldades de relacionamento.

Na 5ª sessão foi aplicado o teste projectivo Rorschach devido às dúvidas suscitadas pelas escalas salientes (acima da média) masculino/feminino e psicastenia do MMPI.

O teste de Rorschach pode ser considerado como um instrumento de observação com qualidades específicas que mobilizam no sujeito uma acção/reacção num espaço-tempo relacional, situacional e relacional (Marques, 1999).

Também na 5ª sessão, foi aplicado o teste Figura complexa de Rey com o intuito de avaliar a memória visual imediata e organização perceptiva. Considerámos importante esta avaliação, devido ao facto de Pedro apresentar algumas lacunas no que concerne a memórias de factos traumáticos da sua vida.

Não foram aplicados testes de avaliação de inteligência por dificuldades logísticas, impedindo um conhecimento mais aprofundado do seu funcionamento global. A utilização das técnicas de entrevista sob a abordagem centrada na pessoa mostrou ser apropriada.

A transmissão de uma atitude de empatia e compreensão facilitaram a relação de confiança mantida nas sessões de apoio psicológico. Permitiu que Pedro se compreendesse e se

aceitasse contribuindo para o aumento da sua autoestima, consciência de si, elaboração e gestão da autonomia e responsabilidades assumidas.

Os resultados obtidos no teste da figura de Rey indicam ter alteração da memória visual, assim como algumas dificuldades ao nível da acuidade perceptiva.

Os resultados da análise do teste de Rorschach indicam ser um indivíduo que assume uma postura defensiva que se revela igualmente adaptativa.

Os resultados da análise do teste MMPI revelam que Pedro tem um nível de compreensão verbal adequado. O perfil de personalidade indica que Pedro tem tendência à intelectualização e a pensamentos ruminantes o que interfere negativamente na resolução dos seus problemas.

Os resultados são contraditórios nos valores obtidos nas escalas de M/F e de Psicastenia, indicando o primeiro um padrão idealista e sociável e o segundo, um padrão, inibido e inseguro.

No que diz respeito a um possível psicodiagnóstico baseado no resultado dos testes aplicados e à observação e entrevista psicológica, poder-se-á ter como hipótese diagnóstica que Pedro sofre de transtorno de comportamento decorrentes do uso de múltiplas drogas e uso de outras substâncias psicoactivas, estando actualmente abstinente preenchendo os critérios de diagnóstico para o F19.20 do CID 10 (OMS, 2008). Esta perturbação pode igualmente estar associada a uma perturbação de *stress* pós-traumático correspondendo a classificação de F43.1 do CID 10 (OMS, 2008) decorrentes do dia da morte da mãe. Perturbação que surge como resposta a uma situação stressante vivida como catastrófica, que causa angústia invasiva, com sintomas que se declaram com repetidas revivescências do trauma sob forma de memórias intrusas, embotamento emocional e afastamento das outras

peessoas. A ansiedade e a depressão estão comumente associadas aos sintomas. O uso de drogas e álcool complicam este quadro.

De acordo com a observação clínica em conjunto com os resultados dos testes aplicados, Pedro é um indivíduo cuja actividade intelectual está dependente do estado emocional e afectivo. No entanto, no decorrer dos meses de recuperação da adicção com a continuação do acompanhamento psicológico, Pedro fez muitos progressos. Começou a ultrapassar as suas dificuldades, principalmente o medo de estabelecer relações com os outros.

Resultados e plano terapêutico

De acordo com a observação clínica e com os resultados dos testes aplicados, Pedro é um indivíduo cujo funcionamento é muito permeável e facilmente invadido pelas emoções e afectividade. No entanto assume uma postura defensiva que lhe permite adaptar-se às situações que se lhe deparam.

A abordagem utilizada no apoio psicológico foi inspirada na Terapia Centrada no Cliente.

No decorrer das 11 sessões, que englobaram a entrevista clínica, a avaliação psicológica e apoio psicológico, este centrou-se nas suas dificuldades de adaptação e de integração pessoal e social.

A abordagem centrou-se na compreensão de como o problema da adicção condicionou todo o seu desenvolvimento e na tomada de consciência das suas dificuldades ao nível da autonomia, consciência de si, aprofundado o auto-conhecimento e interação social.

As questões associadas à ansiedade, ao locus de controlo e à frustração abordadas na entrevista deverão ser aprofundadas.

Face aos resultados e aos dados recolhidos, recomendaria a continuação de acompanhamento psicológico de periodicidade semanal.

Síntese das sessões.

Apresentação de uma síntese do processo de acompanhamento psicológico em cada sessão

1ª Sessão- O Pedro começou por mencionar o facto de se encontrar em recuperação há 9 meses, após 15 anos de consumo de vários psicotrópicos. No relato da sua história de vida, falou da morte da mãe e do abandono do pai. Sentia ainda muito medo e ansiedade. Falou da sua dificuldade em relacionar-se com os seus familiares e da ansiedade que sente com a sua primeira relação amorosa. Tinha acabado de arranjar emprego e sentia-se cheio de esperança. 2ª Sessão -Chegou visivelmente perturbado com a morte trágica de um colega. Falou de como o acontecimento o levou a pensar que tinha que viver cada dia e dar-lhe valor. Sentia que a cada dia era menos difícil não usar drogas. Refletiu sobre aspectos da sua personalidade “agradar ou ser agradável”. Falou das suas dificuldades a nível sexual. Falou novamente sobre a morte da mãe e da sua pena de prisão, tentando perceber as consequências que estes factos tiveram no seu percurso posterior. Falou da relação com o seu pai e irmãos. Sobre a relação com os avós com quem vive, diz estar a tentar restabelecer a confiança perdida ao longo do seu processo de adicção. 3ª Sessão- Chegou muito animado. Falou sobre as dúvidas que sentia no relacionamento com a sua namorada e de como sentia medo de se tornar dependente do amor dela. Refere sentir muita insegurança e constante ansiedade. 4ª Sessão -Foi aplicada o teste MMPI. Mostrou-se empenhado em colaborar. Existiu a dificuldade de compreensão do significado de certas perguntas constantes no questionário. A estagiária tentou ajudar na compreensão das mesmas. 5ª Sessão- Foi aplicado o teste Rorschach e o teste da Figura Complexa de Rey. 6ª Sessão-Chegou triste por não ter estado com a namorada nessa semana. Sentia estar a apaixonar-se. Falou da falta de paciência que sentia para estar com a sua avó que sofre de Alzheimer. Sentia-se sobrecarregado de responsabilidades. Falou de como o continua a preocupar a sua dificuldade ao nível sexual. A

estagiária reforçou a necessidade de marcar uma consulta médica para despiste de problemas biológicos. Começou a referir uma mudança na importância que dá à relação com os outros.^{7ª} Sessão -Falou das dificuldades em organizar o seu dia-a-dia. Estabeleceu-se um compromisso de fazer um plano de tarefas semanal. Disse sentir-se muito preocupado com a sua relação com a “S”, pela diferença de idades que têm. Sentia-se cada vez mais distante da sua vida anterior, sentindo no entanto muita ansiedade em relação ao futuro. ^{8ª} Sessão- Chegou preocupado com a sua saúde, pois ainda não tinha os resultados dos exames médicos. Fez um plano semanal como combinado na sessão anterior, o qual disse estar a correr muito bem. Sente-se “mais forte”.^{9ª} Sessão-Chegou muito agitado. Refere dificuldades na comunicação com “S”, o que o deixa inseguro. Falou-se sobre a importância de conseguir expor os seus sentimentos aos outros.^{10ª} Sessão-Referiu a sua preocupação com a estabilidade do seu trabalho. Estava no entanto muito contente por festejar nessa semana o 1 ano de recuperação. Sentia-se muito aliviado por saber que o seu problema sexual não advir de nenhuma doença fisiológica e por o médico lhe ter dito que deriva do seu estado de ansiedade. Sente-se motivado para combater o seu estado de ansiedade, preenchendo os seus dias com tarefas estimulantes.^{11ª} Sessão-Na última sessão, Pedro falou de como se sentia melhor, mais calmo e cheio de vontade de continuar a “viver plenamente”.

Discussão e análise clínica

Tivemos o cuidado de estabelecer as seis condições suficientes e necessárias, nomeadamente a consideração positiva e incondicional. O entendimento desta condição por parte do cliente, permitiu-lhe falar de si sem reservas, facilitando a tendência actualizante.

“Está implicada neste processo de se tornar no que se é uma profunda experiência de opção pessoal. O paciente compreende que pode optar por continuar a esconder-se atrás de

uma fachada ou que pode assumir os riscos que envolve o facto de ser ele mesmo; que é um agente livre, detentor do poder de destruir o outro, ou de se destruir a si mesmo, senhor igualmente do poder de elevar o outro e de se elevar a si próprio. Confrontado com a realidade numa decisão, escolhe tomar a direcção de ser ele mesmo” (Rogers, Carl.2009,p.238,239).

Outra das condições estabelecidas foi a compreensão empática e uma postura não-directiva, permitindo a exposição dos seus sentimentos e fragilidades. Existiram dificuldades quando em certas alturas havia a tendência para que a estagiária se identificasse com as vivências emocionais do cliente. Esta situação exigiu um esforço consciente de manter a congruência de modo a que não afectasse a análise global do caso

Partindo das informações obtidas, nomeadamente o conhecimento de que as suas vivências traumáticas perturbaram o seu desenvolvimento e facilitaram o início dos consumos de droga e álcool procurou-se estabelecer estratégias de *coping* para que conseguisse lidar com as suas vivências. O principal intuito foi o de ajudar a combater o seu estado de ansiedade permanente, que o impediam de se organizar e planear o seu dia-a-dia. Devido à sua história de vida e história de consumos, Pedro perdeu algumas capacidades fundamentais ao seu desenvolvimento, nomeadamente a capacidade de se relacionar afectivamente com os outros.

Pedro mostrou ser uma pessoa verdadeiramente empenhada na sua recuperação de adicto, procurando ajuda constante nos 12 passos. A recuperação de relações afectivas perdidas é no presente a sua maior preocupação.

Existiram dificuldades no que concerne ao apoio psicológico e à avaliação psicológica, visto ser esta uma situação muito complexa e a estagiária estar em processo de aprendizagem.

No entanto esta experiência foi muito gratificante, contribuindo para a aprendizagem prática de todo o trabalho do psicólogo

3.2. Apresentação do caso B

Identificação

Rui tem 30 anos. Natural de Lisboa. Completou o ensino preparatório. Irmão mais novo de fratria de cinco. Começou há cerca de um ano a consumir álcool como consequência de se sentir deprimido. Não teve até então nenhum acompanhamento psicológico.

Motivo do pedido

O pedido de avaliação psicológica relaciona-se com o início de consumo excessivo de álcool. Consumo decorrente de sentimento de abatimento emocional, referindo não conseguir dormir e passar os dias a chorar. Refere não sentir ânimo com nenhum aspecto da sua vida. Revelou dúvidas ao nível da identificação e orientação sexual.

Observação

Rui tem uma apresentação cuidada. Semblante visivelmente transtornado. Desde o início da observação, evidenciou algumas alterações de humor. Dificuldade em manter atenção focada. Discurso pouco fluente. Vocabulário muito pobre, exprimindo-se com dificuldade. Nível de consciência vígil. Processo de pensamento e de julgamento pouco claro com algumas dificuldades na orientação espaço – temporal, revelando alguma confusão ao relatar aspectos do seu passado. Nas primeiras sessões, mostrou-se muito deprimido, chorando a maior parte do tempo. Referiu muitas dúvidas ao nível da sua orientação sexual.

História de consumos

Rui referiu só ter começado a consumir álcool excessivamente há cerca de um ano. Até á data não teve apoio psicológico.

Doenças prévias e antecedentes familiares

Rui teve papeira na infância. O seu desenvolvimento físico teve problemas ao nível hormonal, tendo uma predominância de hormonas femininas (progesterona) o que fez com que os órgãos masculinos não se desenvolvessem, assim como aspectos masculinos como a pilosidade. Fez um implante de aumento do órgão sexual há 4 anos, com 28 anos, ficando com aspecto quase normal, tendo no entanto necessidade de tomar hormonas masculinas injectáveis todos os meses. Refere sentir-se deprimido há 5 anos. Nunca foi acompanhado ao nível do foro psicológico. Doenças familiares: refere surdez do pai.

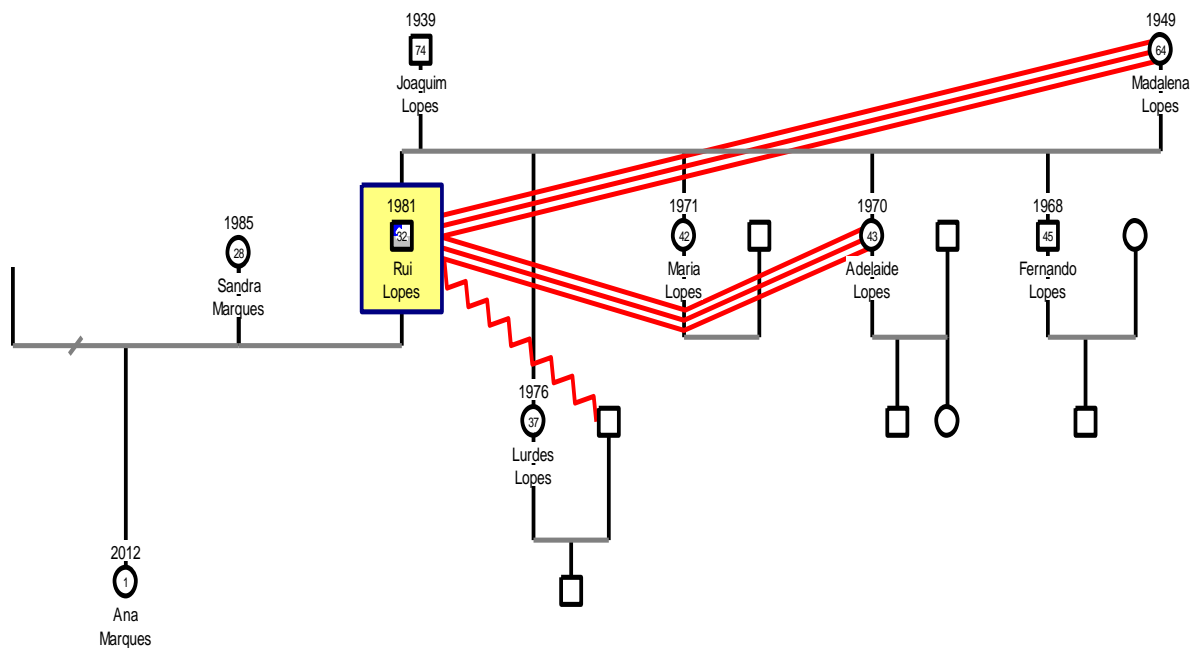


Figura 2: Genograma Rui

Nota: Os nomes constantes no Genograma são fictícios, não correspondendo à realidade

Rui tem uma relação de proximidade com a mãe. Com o pai a relação é próxima afectivamente, no entanto não partilha com ele os seus problemas pessoais. Diz dar-se bem com todos os irmãos, tendo uma relação mais próxima com a sua irmã mais velha. Tem uma relação conflituosa com o marido da irmã mais nova.

História pessoal

A sua recordação de vivência familiar é boa. Transmite um sentimento de proximidade afectiva com a sua mãe que sempre o protegeu na sua diferença. Aos 6 anos quando foi violado na rua por um vizinho, a reação da sua mãe e irmãos foi de fazerem justiça eles mesmos, optando por manter o Rui em casa, sem sequer continuar a ir à escola, situação que se manteve até aos 10 anos. Nunca foi procurada ajuda médica ou psicológica. Denota-se-lhe algum ressentimento ou incompreensão pela falta de procura de ajuda adequada a um crescimento normal. Rui vem de uma família com muito baixa instrução e com uma grande devoção religiosa, condições que terão facilitado as escolhas que fizeram, não expondo o Rui à crítica alheia. Rui é hoje uma pessoa preocupada em ser o que para a sua família é ser “normal” ou seja, heterossexual, casar pela igreja e ter uma família, situação que todos os irmãos têm.

Rui refere alguns problemas ao nível das suas relações de amizade. Conflitos que ao longo das sessões Rui admitiu serem motivadas pela sua desconfiança e orgulho. Ao nível das relações amorosas, os problemas advêm das suas dúvidas acerca da sua identidade de género. Teve algumas relações de tipo homossexual no passado. No presente mantém uma relação de tipo heterossexual.

Avaliação psicológica

O Rui mostrou-se colaborante face aos testes e tarefas apresentadas. Para a avaliação psicológica, foram apresentadas as seguintes provas:

Multiphasic Personality Inventory – (MMPI - 1); Teste da Figura Complexa de Rey;
Inventário da Depressão de Beck

Não foram aplicados testes de avaliação de inteligência por dificuldades logísticas, impedindo um conhecimento mais aprofundado do seu funcionamento global.

Processo de avaliação

Nas primeiras duas sessões, realizou-se a entrevista psicológica.

Na 3ª sessão iniciou-se a avaliação psicológica.

Os testes utilizados foram os que estavam disponíveis no local de estágio.

Foi aplicado o Inventário de Depressão de Beck, (Beck Depression Inventory – BDI) O objetivo deste instrumento é medir a presença de sintomatologia depressiva, sendo um indicador de presença e do grau de severidade dos sintomas depressivos, de acordo com o DSM-IV. O inventário consiste em 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, fracasso no passado, perda de prazer, sentimentos de culpa, sentimentos de punição, auto depreciação, autocrítica, pensamentos ou desejos suicidas, crises de choro, agitação, perda de interesse, indecisão, desvalorização pessoal, perda de energia, alterações nos hábitos de sono, irritabilidade, alterações no apetite, dificuldades de concentração, cansaço ou fadiga e perda de interesse sexual. O resultado do teste, indicou depressão moderada.

Na 4ª sessão foi aplicado o teste da Figura Complexa de Rey, com o intuito de avaliar aptidões específicas, como a memória visual imediata e atenção perceptiva. Considerámos importante esta avaliação, devido ao facto do Rui apresentar alguma dificuldade na organização de memórias.

Na 5ª sessão foi aplicado o teste MMPI na forma reduzida, (avaliação de importantes variáveis da personalidade). Considerámos importante aceder ao perfil de personalidade de

Rui, para perceber as suas dificuldades de relacionamento com os outros, assim como a dificuldade em colocar-se no centro dos problemas que o afectam.

Não foram aplicados testes de avaliação inteligência por dificuldades logísticas, impedindo um conhecimento mais aprofundado do seu funcionamento global.

A utilização das técnicas de entrevista sob a abordagem centrada na pessoa mostrou ser a adequada. No caso de Rui, cuja falta de relações de confiança o impediram de ser quem quer ser, a empatia e compreensão facilitaram a relação de confiança que se estabeleceu. Permitiu que Rui se compreendesse e se começasse a aceitar como é. Esse processo contribuiu para o aumento da sua autoestima e consciência de si.

Resultados e plano terapêutico

De acordo com a observação clínica em conjunto com os resultados dos testes aplicados, Rui é um indivíduo com uma actividade intelectual afectada pelo estado emocional e afectivo. A sua baixa instrução dificulta a sua compreensão cognitiva.

Segundo os resultados de execução do Teste da Figura Complexa de Rey, Rui revelou ser aplicado mas com dificuldade em analisar rápida e racionalmente as estruturas espaciais. A insuficiência da reprodução confirma o nível inferior de elaboração visuo-espacial e de organização perceptiva.

Baseado nos dados da entrevista e nos resultados obtidos no BDI, que indicam uma depressão moderada, Rui sofre de transtorno depressivo, situação que se alterou no decorrer do tempo.

No que diz respeito a uma hipótese diagnóstica baseada no resultado da entrevista psicológica e dos testes aplicados, será possível que Rui sofra de um transtorno psicológico e de comportamento associados ao desenvolvimento e orientação sexuais, classificado na (CID

10) como orientação sexual egodistónica F 66.1x1. Esta classificação relaciona pessoas cuja identidade ou preferência sexual não está em dúvida mas o indivíduo deseja que fosse diferente devido a transtornos psicológicos e comportamentos associados e pode procurar tratamento para alterá-la. No caso de Rui confirma-se a procura de ajuda médica na alteração fisiológica, nomeadamente a intervenção cirúrgica para aumento do órgão sexual e a toma de Testosterona, com o intuito de se tornar mais masculino o que lhe permite ser o que verdadeiramente deseja.

Segundo Marcelli (1999), na definição do sexo cromossómico, poderão existir anomalias que interferem no sexo corporal (caracteres sexuais primários: órgãos genitais internos e externos e caracteres sexuais secundários: pilosidade, seio, morfologia) como a síndrome de Klinefelter 47XXY, com um morfótipo masculino de aparência longilínea. A debilidade é frequente.

Em relação à sua personalidade será possível classificar um transtorno de personalidade emocionalmente instável- Tipo Boderline F60.31 (CID 10), tendo Rui características como instabilidade emocional, nomeadamente ao nível da auto-imagem, objectivos e preferências internas, incluindo a sexual, estando estas perturbadas. Sentimentos que o levaram a envolver-se em relações intensas e instáveis. Situação associada a um esforço excessivo de evitar abandono, conduziram-no a tentativas de suicídio.

Os resultados da análise do teste MMPI revelam que Rui, segundo o código de Vicent (1987) indica uma atitude de defesa, resultando numa certa rigidez de pensamento e pouca tolerância ao *stress*.

A abordagem utilizada no apoio psicológico foi baseada na Terapia Centrada no Cliente.

No decorrer das sessões, o apoio psicológico centrou-se nas dificuldades de interacção e desconhecimento de si próprio, nomeadamente a sua dificuldade de identificação sexual. O

acompanhamento psicológico baseou-se numa postura não-directiva. Facilitou a aprendizagem de estratégias de *coping* para ultrapassar dificuldades como a necessidade que sente em ser aceite pelos outros e as suas oscilações de humor. A atitude empática facilitou a criação de *insight*, o autoconhecimento e a melhoria na interação como ser social do cliente. No entanto existiram continuamente retrocessos, não se chegando a confirmar as aprendizagens.

Foi acordado o acompanhamento psicológico com periodicidade semanal até ao final do estágio.

Síntese das sessões

Apresentação de uma síntese do processo de acompanhamento psicológico em cada sessão

1ª Sessão- Rui chegou triste. Começou por contar “ o que me custa mais”. Foi violado com 6 anos de idade por um amigo da família. Após o ocorrido Rui ficou em casa 4 anos sem ir à escola e sem apoio médico ou psicológico. No presente sente-se muito deprimido. Sente-se neste estado desde a morte da avó há 5 anos. Viveu com ela os seus últimos cinco anos, cuidando dela. Sente que não consegue recuperar “ tenho dificuldade em sentir-me homem”, não se sente adaptado no meio em que vive. Já tentou o suicídio. Está medicado pela médica de família com antidepressivo (Sedoxil) e ansiolítico (Ciprolex).A razão que o trouxe à consulta, consistiu na necessidade crescente que sente no consumo de álcool “ sinto-me mais desinibido”. Está numa escola de novas oportunidades a tentar completar o 6ºano do liceu.2ª Sessão- Chegou mais animado. Pensa que chegou a hora de fazer mais por si mesmo. Começou a tentar enfrentar o medo que tinha até então, “ consegui atravessar a camioneta até ao fundo. Nunca tinha conseguido”. Nesta altura a estagiária reforçou a iniciativa mostrada em superar as suas dificuldades. Diz viver atormentado com tudo o que se passou na sua vida.

Contou outra situação de tentativa de assédio sexual que sofreu por parte de um cunhado quando tinha 12 anos. Aos 18 anos assumiu a sua tendência homossexual a toda a família menos com o pai. Manteve relacionamentos homossexuais até aos 28 anos, altura em que conheceu uma rapariga e percebeu que era bissexual. Continua no entanto a sentir-se mais atraído por homens, o que o faz sofrer pois o seu desejo é casar e ter filhos “sou muito religioso”. “Tenho medo de não ser aceite pela família”.3ª Sessão - Aplicação do “Questionário de Depressão de Beck”. Após a aplicação do teste, ainda houve tempo para falar da sua semana. Sente-se discriminado no trabalho em relação aos colegas por parte da patroa. Não compreende “porque ali é como se fossemos família” sente-se desiludido. Sente-se muito zangado, “sou muito orgulhoso”. Conversamos sobre o seu ponto de vista em relação ao comportamento dos outros.4ª Sessão - Aplicação do teste “Figura Complexa de Rey”.Chegou bem-disposto. Está a pensar mudar para outro emprego, “o problema é que o horário não lhe permite ir à escola”. O seu sonho é ser chefe de cozinha num hotel e para isso precisa de estudar. Disse que desde que vem às consultas tem conseguido pensar muito melhor.5ª Sessão - Aplicação do teste “MMPI”.6ª Sessão - Chegou muito sorridente. Esteve de férias com a família. Leu o seu 1º livro esta semana, diz sentir-se muito interessado “noutras coisas” que até aí o aborreciam. Começou a fazer um plano semanal que o ajudou a ter tempo para fazer o que precisa “foi o melhor que fiz, desde que venho cá pareço outro”. Decidiu não largar o emprego e diz sentir-se bem outra vez, diz ter compreendido ser ele que arranjava os problemas por ser muito desconfiado e estar sempre de mau humor. Diz sentir-se mais seguro de si, já não sentindo medo do que os outros pensam dele. Diz estar a perceber a importância de se aceitar como é “não vivo a minha vida”. Sente-se no entanto muito confuso por não ter a certeza se só gosta de homens ou também de mulheres. Sente esperança de um dia vir a ter a certeza. O seu desejo continua a ser o de vir a ter uma família. Agora diz

sentir-se bem-disposto e a fazer “coisas” que não fazia há já muito tempo “ já acho que estou bonito quando me vejo ao espelho”.7ª Sessão referiu que na semana seguinte receberia o diploma do 9º ano. Está à procura de um curso de cozinheiro compatível com o horário laboral. Voltou a dizer que não se identifica com os homossexuais “histéricos” e de como o pai não os tolera. Sente muita angústia ao pensar no assunto. Nesta altura houve necessidade de reforçar as suas capacidades de *insigt* relacionados com a discrepância entre os seus sentimentos e a importância do julgamento dos outros.8ª Sessão - Chegou com muitas novidades. Encontrou uma rapariga na internet e ao fim de duas semanas já planeiam o casamento. Ela tem uma filha que Rui quer perfilhar. Diz ser este o seu sonho.9ª Sessão - Nesta última consulta, manteve o mesmo discurso da anterior. Contou todos os seus planos. Não quer pensar em mais nada. Devolução dos resultados da avaliação psicológica e conclusão das sessões.

Discussão e análise clínica

A utilização das técnicas de entrevista sob a Abordagem Centrada na Pessoa mostrou ser a adequada, principalmente pelo facto de não ser directiva o que facilitou a sua abertura no relato da sua experiência de vida: Rui mostrava uma atitude muito defensiva. Foi estabelecida uma relação de confiança e empatia o que permitiu ao Rui falar de problemas que até então nunca tinha falado com ninguém, como o de ter sido vítima de abuso sexual aos 6 anos. Os traumas vividos na infância perturbaram o decorrer do seu desenvolvimento físico e psicológico, pela falta de rotinas adequadas ao crescimento saudável de uma criança. A falta de apoio eficaz por parte da família, a falta de apoio psicológico que lhe permitisse um desenvolvimento mais saudável, levou-o a desenvolver uma personalidade cuja frustração e

sentimento de inadequação se constatam na idade adulta através da incerteza em relação a quem quer ser.

O seu desenvolvimento pessoal foi muito deficitário, levando-o a grandes dificuldades de adaptação social e afectiva, culminando em tentativa de suicídio e posteriormente no abuso do consumo de álcool como meio de obter alívio. A pessoa que escolheu ser enquadra-se no que os outros esperam dele e não no que verdadeiramente é. No decorrer das sessões, mostrou-se empenhado em tentar organizar-se de forma a realizar tarefas que lhe permitissem aumentar a sua educação no intuito de realizar os seus sonhos.

Os principais problemas referidos no início das sessões, o consumo abusivo do álcool e o seu estado de humor deprimido foram no nosso entender, temporariamente ultrapassados. Mesmo assim, não confiamos que não haja retrocessos, visto o Rui não ter feito avanços significativos no que concerne à sua capacidade de mudar verdadeiramente de atitude assumindo quem é na realidade. As suas experiências traumáticas não foram ultrapassadas, mostrando sempre um sentimento de revolta e de culpabilização das pessoas significativas na sua vida.

O seu problema com o álcool poderá dever-se, segundo Pires (2005) explica, a que a adicção se associa a um predomínio elevado de acontecimentos traumáticos na infância dos adictos conduzindo assim à dependência.

Com o intuito de evidenciar os escassos recursos pessoais de Rui, tentou-se através de uma atitude empática, desenvolver a sua autonomia e criação de *insigt* necessários ao seu crescimento pessoal. Nuns dias parecia estar a compreender quem era, noutros o seu discurso era pautado pelo que os outros esperavam dele. Deparámo-nos com muitos retrocessos neste percurso, chegando ao fim do acompanhamento sem confiança no seu positivo desenvolvimento.

O conflito sentido sobre a sua verdadeira identidade de género afecta todo o seu relacionamento com os outros, estando continuamente a negar aquilo que no seu entendimento não está certo e que o impede de ser feliz.

Estudos realizados têm suportado a noção que o isolamento, a depressão e o abuso de substâncias estão relacionados com o conflito existente com o papel de género (Lopes & Faria, (2005).

Terminámos as sessões numa altura em que Rui estava convicto de que a partir desse momento não teria mais dúvidas em relação a quem era como pessoa. No entanto não temos certezas em relação à veracidade deste facto.

Conclusão

O relatório de estágio teve como objectivo a pesquisa de informação acerca da doença de adicção. É relatada uma síntese de teorias sobre os factores contributivos, as intervenções psicológicas individuais, de grupo e em sistema de internamento e de toda a experiência prática desenvolvida pela estagiária.

Foi feita uma descrição do local de estágio, a clínica CAPA e do seu funcionamento, bem como o trabalho do psicólogo clínico.

A pesquisa teórica recolhida levou ao conhecimento de que a dependência química de substâncias psicoactivas altera o sistema nervoso central, levando a perturbações referentes às doenças mentais, físicas e de comportamento. É uma doença crónica que afecta o indivíduo em todos os níveis de funcionamento biopsicossocial. São também responsáveis por perturbações no desenvolvimento da personalidade.

Segundo Kendell (2002) as perturbações da personalidade apresentam um risco elevado de causar outras perturbações de humor e ansiedade e de propensão à dependência de drogas e álcool. Teoria que se constatou nos dois casos avaliados no tempo de estágio.

Segundo Murphy e Khantzian (1995) o consumo e dependência surgem quando o indivíduo percebe que os efeitos obtidos ajudam a lidar com sentimentos perturbadores, atitude que advém de um ego frágil e vulnerável.

Factores que também contribuem para a propensão à dependência de psicotrópicos, são segundo Gomes (2006), factores sociodemográficos, de interacção com consumidores e de factores simbólico-culturais.

Procurámos compreender os mecanismos biológicos subjacentes ao problema da dependência química. Assim e segundo Caldas (2005) o sistema mesencefálico em conexão

com o sistema límbico relaciona-se com os mecanismos emocionais, com os afectos e com a memória. Estes sistemas são, por sua vez, regulados por um mediador cerebral designado por dopamina. As substâncias ditas de abuso criam a dependência através destes circuitos, aumentando a dopamina disponível dando origem a um sentimento de prazer. Quando falta o teor de dopamina, surgem os sinais físicos de privação.

Sob o ponto de vista dos distúrbios psicológicos, Caldas (2005) refere que as emoções de ansiedade, de *stress* e o mal-estar induzidos por um nível insuficiente de contacto afectivo próximo com os progenitores e os seus pares podem ser aliviados e até suprimidos pelo consumo de substâncias químicas que actuam directa ou indirectamente na regulação do sistema opióide endógeno.

De seguida procurámos nos diferentes modelos teóricos a abordagem de intervenção psicológica a esta população.

Os modelos psicanalíticos e a abordagem centrada na pessoa centram-se no desenvolvimento da pessoa, diferindo num ponto muito importante, ou seja, o modelo psicanalítico tem uma intensão explicativa da relação entre motivo e consequência; o modelo humanista uma intensão compreensiva (Lopes 2006).

No modelo da psicologia cognitivo-comportamental, as representações mentais das substâncias psicoactivas estão directamente relacionadas com as representações sociais prevalentes.

Miller e Sovereign (1989) constataram que pessoas que apresentam problemas de adicção, quando encaminhadas a um aconselhamento de abordagem confrontativa, demonstram níveis de resistência muito mais altos do que aquelas com as quais foi utilizada uma abordagem de entrevista motivacional mais centrada no paciente.

A nossa abordagem na avaliação e acompanhamento dos casos procurou seguir o processo terapêutico fundamentado na Abordagem Centrada na Pessoa.

Abordagem definida por Hipólito (1994) citado por Nunes (1999), como sendo uma relação de ajuda psicológica que é em si uma forma de tratamento que assenta no diálogo e que se inclui num quadro relacional específico. Ainda Nunes (1999) refere que na terapia centrada no cliente, prestar ajuda, não significa dar soluções mas sim criar condições relacionais que permita ao cliente descobrir o seu caminho. Este processo de auto descoberta dos seus próprios recursos leva-o a adquirir mais confiança, ser mais autónomo e mais responsável.

A percepção do cliente de que o terapeuta o compreende é determinante para que este se sinta empaticamente compreendido. (Brodley,2000).

No contexto das adicções existem vários tipos de intervenção, nomeadamente o acompanhamento individual, referido anteriormente, acompanhamento psicológico de grupo, de grupos de auto-ajuda e no regime de internamento.

Ao longo do tempo de estágio frequentámos reuniões de grupos de interajuda. Estes grupos seguem o modelo de terapia dos 12 passos. A frequência destas reuniões proporcionou uma grande aprendizagem acerca do sofrimento e das dificuldades da pessoa adicta. A permanência na clínica RAN revelou-se uma experiência muito marcante. Não obstante o facto de não intervir, tivemos oportunidade de compreender a problemática da adicção em todas as vertentes, visto a população internada ser de todos os quadrantes sociais e económicos e com vários níveis de instrução. Cada paciente tem uma história e percurso de vida diferente, que nos foram contando ao longo dos dias. Levou-nos a concluir que os factores responsáveis pelo início e manutenção dos consumos são na maioria o de faltas afectivas sentidas ao longo do seu crescimento, perturbando o desenvolvimento de uma

personalidade saudável, capaz de resistir às frustrações e ultrapassá-las. Por estas razões, senti que no modelo de interajuda que utilizam nesta clínica, fica a faltar um acompanhamento psicológico individual.

Durante o estágio, foram acompanhados dois casos na clínica CAPA. Foi feita a anamnese e a avaliação psicológica.

O caso A, já se encontrava em processo de recuperação de adicção de drogas e álcool, tendo estado em tratamento numa clínica de internamento durante 5 meses e estando acompanhado em consultas de psicoterapia juntamente com idas frequentes a reuniões de NA. Pedro passou por experiências traumáticas e abandono na sua infância. Perturbaram o seu desenvolvimento, facilitando o início e continuidade no consumo de substâncias lícitas e ilícitas. Procurou-se nos resultados da anamnese juntamente com a avaliação psicológica perceber qual a melhor maneira de ajudar a superar as suas dificuldades individuais e de interacção. Tentámos implementar na relação psicológica uma atitude de não directividade e de empatia postulada na abordagem centrada na pessoa. O que permitiu uma aceitação por parte do cliente de estabelecer estratégias de *coping* que permitissem combater o seu estado de ansiedade permanente, que o impediam de se organizar e planear o seu dia-a-dia.

Pedro mostrou ser uma pessoa verdadeiramente empenhada na sua recuperação de adicto, procurando ajuda constante nos 12 passos. A recuperação de relações afectivas perdidas é no presente a sua maior preocupação.

No caso B, os principais problemas referidos no início das sessões, foram o consumo abusivo do álcool que utilizava para se desinibir e combater o seu sentimento de humor deprimido. Foi um caso muito complicado, para iniciarmos a experiência clínica, visto ser uma pessoa que viveu experiências debilitantes, tanto físicas como psicológicas. A falta de apoio eficaz por parte da família e de apoio psicológico não permitiram um desenvolvimento

saudável. No acompanhamento psicológico foram seguidos os princípios da Abordagem centrada na Pessoa.

A avaliação psicológica juntamente com a análise da anamnese mostrou que Rui desenvolveu uma personalidade cuja frustração e sentimento de inadequação se constata na idade adulta através dos medos e incertezas em relação a quem é. No decorrer das sessões de apoio psicológico, Rui alternava entre o que parecia ser estar a desenvolver uma noção real de quem era, e se mostrar incongruente, tentando ser o que os outros esperam dele. No entanto mostrou-se empenhado em tentar organizar-se de forma a realizar tarefas que lhe permitissem aumentar a sua instrução/educação no intuito de realizar os seus sonhos. No entanto as suas experiências traumáticas não foram ultrapassadas, mostrando sempre um sentimento de revolta e de culpabilização das pessoas com significado na sua vida.

O tempo de estágio foi uma primeira experiência muito esclarecedora das dificuldades que a prática clínica nos traz. As experiências por que passámos no tempo de estágio confirmaram a certeza de ser este o trabalho a que queremos dar continuidade, apesar das dificuldades sentidas. Seguimos o modelo terapêutico da abordagem centrada na pessoa, principalmente o princípio da não directividade, dando lugar à introspecção, como forma do indivíduo ganhar um melhor conhecimento de si e a partir daí poder evoluir. Como refere Marques, (1998) dando o modelo não directivo mais importância ao domínio emocional do que ao domínio cognitivo, o importante é que a pessoa se possa aceitar como é para que seja feliz consigo próprio e consiga realizar todo o seu potencial.

Rogers em 1992 afirma que o organismo tende no sentido de alcançar uma maturidade. Sendo este um processo dinâmico, este alcance não é um ponto final, estático. A maturidade do organismo está relacionada com a ideia de crescimento e de aperfeiçoamento (Rogers, 2004).

Referências Bibliográficas

Albuquerque, João Paulo (2005). *Dependência do risco*. Revista Toxicodependências. Lisboa. Edição IDT. Vol.11 nº1

Alcoólicos Anónimos, (1994). 1ª Edição dos serviços mundiais de AA. Impresso em Portugal por, AA.

Brodley, Barbara T. (2000). *Compreensão empática e sentimentos na terapia centrada no cliente*. Tradução de Rute Brites A pessoa como centro. Revista de estudos Rogerianos Nº5 Primavera – Maio 2000. Impressão: Desafio Jovem. Portugal.

Bukhart, G. (2000). *Intervenções na primeira infância – possibilidade e experiências na Europa*. Revista Toxicodependência, 2, 33-46. Retrieved Fevereiro 02, 2012
From: www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/

Caritas Diocesana de Coimbra (2012). Retrieved Março, 03 2012 From: www.caritas.pt/site/coimbra

Castro Caldas, Alexandre (2005). Investigare. Revista Toxicodependências. Lisboa. Edição IDT. Vol.11 nº1

CID-10 (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento*. Porto Alegre: Artmed.

Crato (2008). Retrieved- Fevereiro 24, 2012 From: net/index.php?page=modelo-de-tratamento.

Cunha, Alcides Jurema ed (2000). *Psicodiagnóstico* (5ªed) Porto Alegre.

Dahlstrom, W.G. Welsh, G.S. & Dahlstrom, L.E. (1972). An MMPI handbook: Volume Y. Clinical interpretation” (rev.ed.). Minneapolis: University of Minnesota Press.

Damásio, A. (2005). *O erro de Descartes, emoção, razão e cérebro humano*. Mem Martins: Publicações Europa – América (24ª edição).

Dias Cordeiro, J. (1994). *A saúde mental e a vida*. Lisboa. Edições Salamandra

Ditzler, James & Joyce (1995). *Largar as drogas*. Lisboa: Grafilarte, Artes gráficas LDA.

DSM-IV-TR.1ª Reimpressão, Outubro de 2006. Lisboa: Climepsi Editores.

Duane P. Schultz & Sydney Ellen Schultz. *História da psicologia moderna*. Tradução da 8ª edição norte-americana. Editora Thomson, 2005

Escoval, Helena (1999). *Psicoterapias humanistas e existenciais estudos comparativo*. A pessoa como centro. Revista de estudos Rogerianos . Maio,1999.Impressão: Desafio Jovem. Portugal.

Esteves, M., & Vieira-Coelho, M. (2007). *Toxicodependências*. Matosinhos: Editora Quid Novis.

Félix da Costa, Nuno. Marques, Rui (2002). *Representações mentais de substâncias psicoactivas*. Revista toxicodependências. Lisboa. Edição SPTT. Vol.8 N°1

Fleming, Manuela (2005). *Dor mental e toxicodependência*. Revista toxicodependências. Lisboa. Edição IDT. Vol.11 N°1

Freire, Elizabeth & Tambara Newton (2001). *A terapia centrada na pessoa. Os desafios da clínica*. A pessoa como centro. Revista de estudos Rogerianos. Primavera- Verão N°7

Gaylin, N. (1999). *Princípios e métodos da terapia familiar centrada no cliente*. Tradução de Rute Brites. A pessoa como centro. Revista de estudos Rogerianos. Maio,1999.Impressão: Desafio Jovem. Portugal

Gilberstadt,H & Duker, J.A. (1965). *A handbook of clinical and actuarial MMPI interpretations*. Philadelphia: W.B. Saunders.

Goleman, Daniel (2003). *Emoções destrutivas e como dominá-las: Um diálogo científico com o Dalai Lama*. 3ª Edição, Março de 2007. Editora: Temas e Debates.

Gomes, Maria do Carmo (2006) *Percepção das Drogas em Portugal: resultados preliminares* Repositório do ISCTE-IUL <http://hdl.handle.net/10071/182>

Grinberg, León & Grinberg, Rebeca (1976). *Identidade e mudança*. Lisboa: Climepsi Editores.

Groth-Marmat, G. (1984). *Handbook of psychological assessment*. New York: Van Nostrand Reinhold.

Groth-Marmat, G. (1999). *Handbook of psychological assessment* (3ª ed.) New York: Wiley & Sons.

Guimarães Lopes, Raul. (2006). *Psicologia da pessoa e elucidação psicopatológica*. Porto: Higiomed Edições

Hansene, M. (2003). *Psicologia da personalidade*. Lisboa: Climepsi

Hathaway, S.R.& Mckinley, J.C. (1971). *Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade*. Manual. Rio de Janeiro. Edição: CEPA

Hipólito, João. Nunes, Odete. (2001) *Patologia Somática grave: um olhar da Abordagem Centrada na Pessoa . A Pessoa como Centro*. Revista de Estudos Rogerianos Nº 6, Primavera – Verão 2001.

Retrieved Março, 1. From: <http://www.appcpc.com/PDF/revista06.pdf>.

IDT, (2010) Instituto da Droga e da Toxicodpendência, I. P. | 193 *A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodpendência*. Retrieved Outubro 23. From <http://www.idt.pt/PT/IDT/RelatoriosPlanos/Paginas/SituacaodoPais.aspx>

Janeiro, Luís. & Metelo, Telma (2004). *Contribuições para a descrição do perfil da personalidade dos utentes do CAT-Sotavento, Olhão*. Revista Toxicodependências. Lisboa. Edição IDT, Vol.10 N°1

Kendell, R. E. (2002). *The distinction between disorder and mental illness*. The British Journal of Psychiatry, 180, 110-115.

Leal, Isabel. (2005). *Iniciação às psicoterapias*, 2ª edição, Outubro de 2005. Editora Fim De Século. (1ª ed.Fev.2005).

Lei portuguesa sobre as drogas (2008). Retrieved Outubro 24, 2012 from www.mgmlisboa.org/lei-portuguesa-sobre-as-drogas/

Leyens, Jacques-Philippe & Yzerbyt, Vicent (2008). *Psicologia social*. Lisboa. Edições 70.

Lisboa da Fonseca, Afonso H (1999). *Grupo e empatia*. A pessoa como centro. Revista de estudos Rogerianos . Primavera/Maio , 1999,N°3. Impressão: Desafio Jovem. Portugal.

LO, Alcina. (2011). *Integração Social e Estratégias de Mediação*. Toxicodependências. [online]. 2011, vol.17, no.1 [citado 20 Março 2012], p.53-60. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt>

Lopes, Paulo & Faria, Miguel (2005). *A hemofobia em toxicodependentes; conflitos com o papel de género, atributos pessoais e atitudes perante as mulheres*. Revista Toxicodependências. Lisboa. Edição IDT. Vol.11 n°1

Marcelli, Daniel (2005). *Infância e psicopatologia*. Lisboa. Climepsi Editores.

Marques, Cristina. Cepêda, Teresa & Colaboradores (2009). *Saúde Mental Infantil e Juvenil nos cuidados de saúde primários*. Lisboa. Editor: Coordenação Nacional para a saúde mental.

Marques, M.L. (1999). *A psicologia clínica e o Rorschach*. Lisboa: Climepsi.

Marques, Ramiro. (1998). *A Arte De Ensinar: Dos clássicos aos modelos pedagógicos contemporâneos*. Lisboa: Editora Plátano

Marks, P.A. & Seeman, W. (1963). *Actuarial description of abnormal-personality: an atlas for use with the MMPI*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Miller, W.R. & Sovereign, R.G. (1989). *The check-up: a model for early intervention in addictive behaviours*. In T. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.

N.A. (1994). Narcotics Anonymous World Services, Inc. Reimpresso do Livro Branco: Narcóticos Anónimos.

Nakken, Graig. (1996). *A personalidade adictiva: raízes, rituais e recuperação*. ATT- Associação para o tratamento das toxicodependências.

Nunes, Laura M. & Alves, Sónia. (2008) *Análise biográfica de indivíduos com história de consumo de substâncias*. Aná. Psicológica. [online]. Out. 2008, vol.26, no.4 [citado 20 Março 2012], p.563-569. Disponível na World Wide Web: <http://www.scielo.oces.mctes.pt>

Nunes, Odete. (1998). *Psicoterapia breve segundo o modelo de terapia centrada no cliente*. A pessoa como centro. Revista de estudos Rogeriano. Maio Nº1

Nunes, Odete (1999). *Uma abordagem sobre a relação de ajuda*. A pessoa como centro. Revista de estudos Rogerianos . Primavera/Maio Nº3

Oubrayrie-Poussel, Nathalie & Tap, Pierre (1999). *Personalização e dinâmica relacional*. Tradução de Rute Brites. A pessoa como centro. Revista de estudos Rogerianos. Outono-Novembro Nº4

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2003-2012). In Infopédia [Em linha].
Porto: Porto Editora, 2003-2012. [Consult. 2012-02-27].Disponível na www: <URL:
[http://www.infopedia.pt/\\$organizacao-mundial-de-saude-\(oms\)>](http://www.infopedia.pt/$organizacao-mundial-de-saude-(oms)>).

Organización Mundial de la salud- O.M.S. (1994). *Glossário de términos de alcohol
Y drogas*. Retrieved- Fevereiro 28,2012,
Fromhttp://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Os doze Passos, (1972). 1ª Edição Portuguesa. Impresso no Brasil. Centro de
distribuição de literatura, AA.

Pais Ribeiro, José Luís (2007). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra. Editora:
Quarteto.

Panksepp, J. (2005). *Why does separation distress hurt?* Comment on MacDonald
and Leary (2005). *Psychological Bulletin*, 131 (2), 224-230. Fevereiro 14, 2012 From: www-rcf.usc.edu

Patterson, C.H. (2000). *Ser não directivo* - tradução de Rute Brites. A pessoa como
centro. *Revista de estudos Rogerianos* .Outono/ Inverno N°6

Pinto-Coelho, M. (2001). *Ser herói para a heroína*. Lisboa: Editorial Noticias

Pires, S. (2005) *Maus tratos infantis. Factores de risco na génese da
toxicoddependência*. Ministério da saúde,11 (1). Lisboa: Instituto da droga e da
toxicoddependência.

Rogers, Carl (1999). *Reformulação de sentimentos*. Tradução de Rute Brites. A
pessoa como centro. *Revista de estudos Rogerianos*. Primavera/Maio N°3

Rogers, C. R. (2004). *Terapia centrada no cliente*. Lisboa: Editora Edual

Rogers, Carl (2000). *Manual de Conselling*. Lisboa: Editora Encontro

Rogers, Carl (2009). *Tornar-se pessoa*. 1ª Edição, Lisboa. Padrões Culturais Editora.

Santos, João (2000). *Vida, pensamento e obra de João dos Santos*. Lisboa 2000.

Editora: Livros horizonte

SILVA, Rui Pedro. (2004). *Prevenção das toxicodependências: Porquê eu? Aná.*

Psicológica. [online]. Mar. 2004, vol.22, no.1 [citado 20 Março 2012], p.269-271. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt>

Soares, Isabel (2007) (Universidade do Minho, Portugal) y Dias, Pedro. (2007)

(Universidade Católica Portuguesa, Portugal) *Apego y psicopatología en jóvenes y adulta: contribuciones recientes de la investigación*. Retrieved Fevereiro 11, 2012

From: <http://www.aepc.es/ijchp/articulos>

Soares, Isabel (2009). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação*. 2ª Edição. Edições Psiquilíbrios

Solporhoje (2012). Retrieved Fevereiro 3, 2012

From: www.solporhoje.com/NOVO/MM_DOZEPASSOS.html

Sommer, Manuel (2012). Retrieved Fevereiro 03, 2012 From: www.clinicacapa.com

Sommer, Manuel (2006). *O tratamento da dependência química e o conceito de recuperação*. Retrieved Fevereiro 29, 2012 From: <http://www.manuelsommer.eu/artigos>

Sommer, Manuel (2009). *A pessoa Dependente Química no Centro*. Retrieved Fevereiro 29, 2012 From [http://www. Clínica capa.com/ artigos-manuel-sommer.php](http://www.Clinica%20capa.com/artigos-manuel-sommer.php)

Soromenho, Ana (2012). Smarshops, No lado selvagem das drogas legais. Revista Expresso de 5 de Outubro de 2012 (pág. 6 e7)

Strecht, P. (2003). *À margem do amor. Notas sobre delinquência juvenil*. Lisboa: Editora Assinio & Alvim.

Tomé, Bertina (2001). *Resiliência e tendência actualizante. A pessoa como centro*. Revista de estudos Rogerianos, Nº8 Outubro-Novembro

Trimboli,F & Kilgore,R.B (1983) *A psychodynamic approach to MMPI interpretation*. Journal of Personality Assessment,47,614,625

Toneli, Maria Juracy Filgueiras. (2008). Diversidade sexual humana: notas para a discussão no âmbito da psicologia e dos direitos humanos. *Psicologia Clínica*, 20 (2), 61-73. Recuperado em 02 de Abril de 2012 From <http://www.scielo.br>

Torres, Nuno & Oliveira, Diogo (2012).Vinculação e Sistema de Prestação de cuidados em dependentes de substâncias em tratamento. Adaptação Portuguesa do Questionário de Prestação de Cuidados. *Toxicodependências*. [online]. 2010, vol.16, no.2 [citado 29 Fevereiro 2012], p.3-14.From,www.scielo.oces.mctes.pt

Vincent,(1987). *The full battery codebook: a handbook of psychological test interpretation for clinical counselling, rehabilitation, ans school psychology*. Nor wood, N.j.:Ablex

Wong, M.R. (1984). MMPI scale five: its meaning,or lack thereof.J. Pers.assess. 48, 3,279-284

