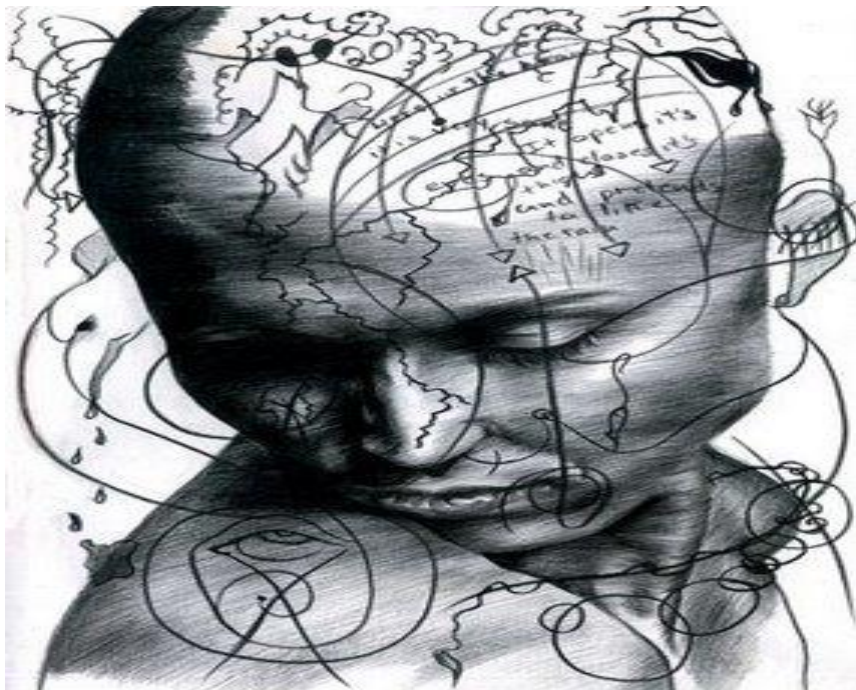


Instituto Superior Psicologia Aplicada



PERCURSOS DE APRENDIZAGEM

Sónia Maria Catarino Antunes

Nº de Aluna

7451

Relatório submetido como requisito parcial para a obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Mestrado Integrado em Psicologia Clínica

2009

Instituto Superior Psicologia Aplicada

PERCURSOS DE APRENDIZAGEM

Sónia Maria Catarino Antunes

Relatório submetido como requisito parcial para a obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2009

Nome: Sónia Maria Catarino Antunes

Nº Aluno : 7451

Curso: Licenciatura em Psicologia àrea clínica

Área de Especialização : Clínica

Ano Lectivo: 2009

Data :

Título do Relatório: Percursos de Aprendizagem

Resumo

Neste relatório crítico fiz uma retrospetiva destes quase dez anos de prática clínica. Destaco as várias abordagens teóricas, onde me sustentei de forma adaptar a minha prática às diferentes necessidades de cada paciente. Assim realço o contributo da psicologia da saúde na minha prática no Hospital Pulido Valente, na identidade do psicólogo clínico no meu desempenho na Câmara Municipal de Olhão, da perspectiva existencial-fenológica e dinâmica na abordagem do caso clínico, e por fim ao longo destes últimos sete anos no Lugar da Manhã, uma abordagem ainda mais eclética onde o contributo dos estudos sobre o trauma, o uso de substâncias, entre outros , aliado à supervisão e experiência da equipa têm sido uma fonte muito enriquecedora na minha evolução profissional.

Palavra Chaves

Psicologia da saúde, Psicoterapia Breve, Identidade Psicólogo, Utilizadores de drogas, Grupos de Encontro, Trauma.

Índice do Relatório Crítico de Actividade Profissional

Introdução	1
1ª Experiência Profissional-Hospital Pulido Valente	2
Câmara Municipal de Olhão.	13
SPPB-Caso clínico em psicoterapia individual	17
Entre consultas	18
O Psicoterapeuta, a Psicoterapia Breve e a Teresa	29
Comunidade Terapêutica O Lugar da Manhã	32
Alguns Espaços Terapêuticos	40
Reunião Preparação/avaliação Fim-de-semana	40
Reunião de Padrinhos	41
Reunião de Fases	42
Pequenos Grupos	42
Reunião de Mulheres	43
Grupos de Encontro	46
A Técnica dos Grupos de Encontro	52
Conclusão	58
Referências Bibliográficas	59

1-Introdução

Terminei a licenciatura em Novembro de 1999...decorreram quase 10 anos. Recordo-me de nas aulas alguns professores referirem que “*licenciatura quer dizer licença para aprender*”. É desta forma que tenho vivido estes anos. Sinto-me fascinada pelo que aprendi e pelo que ainda não sei.

Assim, resolvi intitular este relatório crítico da minha actividade profissional como “*Percurso de Aprendizagem*” e sinto que este percurso estará sempre incompleto...

Procurei manter uma busca incessante no conhecimento através de leituras recorrentes, de participação em congressos, seminários, de supervisão e formação. Actualmente estou no curso de psicoterapeutas na Pesso Boyden System Psychomotor, e estou a finalizar a formação de psicoterapeutas na Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves.

O facto de estar a aprender abordagens tão diferentes a nível psicoterapêutico é porque a prática clínica tem-me revelado que as técnicas são um meio para servir os pacientes e como tal, são elas que se têm que adaptar aos mesmos. Assim, faço uma procura de vários modelos aceitando toda e qualquer resposta que se revele a mais eficaz para a pessoa.

No início da minha carreira profissional tinha alguns preconceitos quanto a abordagens mais cognitivas-comportamentais. Actualmente não tenho qualquer preconceito face a uma técnica desde que esta resulte e revele ser uma mais valia.

As experiências que relato no relatório crítico da minha actividade foram cruciais para o meu desenvolvimento profissional, e o facto de me sentir insatisfeita muitas vezes em relação ao meu desempenho fez-me querer saber mais. Durante o relatório crítico como na prática clínica, deparo-me com a necessidade de fundamentar as minhas intervenções teoricamente.

Ao longo do relatório irei descrever alguns exemplos da minha actividade clínica, alguns dos quais não me orgulho, mas é assim mesmo, nestes quase dez anos houve alguns “trambolhões” e muitos “tropeções”.

2-Primeira experiência Profissional - Hospital Pulido Valente

Após a conclusão da licenciatura e de um estágio académico satisfatório no Hospital Pulido Valente foi proposto pela Dra. Lourdes Borges um estágio profissional que foi efectuado entre Março a Outubro de 2000. Ao longo do estágio foram frequentes as reuniões de supervisão pela Dra. Lourdes Borges.

O estágio foi realizado no Serviço de Insuficientes Respiratórios que era composto por: enfermarias, Unidade de Cuidados Intermédios, Unidade de Cuidados Intensivos e Hospital de Dia.

As patologias mais frequentes no Serviço são os DPCO (doentes pulmonares obstructivos crónicos). Dentro deste diagnóstico distinguem-se essencialmente o diagnóstico de Enfisema Pulmonar e a Bronquite Crónica. Existem muitas outras patologias crónicas neste serviço como a asma, a fibrose pulmonar, bronquectasias, entre outras.

O que é comum neste tipo de patologias é o grau como afectam a qualidade de vida destas pessoas, uma vez que são doenças incapacitantes, retirando cada vez mais as capacidades físicas, psicossociais pondo em causa a integridade da pessoa. Para além das próprias doenças e das limitações ou incapacidade delas resultantes, determinados procedimentos médicos repetidos podem não contribuir para melhorar a qualidade de vida dos doentes.

Surge, assim uma nova área de interesse que concerne às relações entre os cuidados de saúde e a qualidade de vida das pessoas doentes, contribuindo para a prevenção da emergência da iatrogenia. Assim, a qualidade de vida e esperança de vida constituem os dois componentes fundamentais da evolução da saúde (Kaplan, 1990 cit in Teixeira, 1993).

A saúde, bem como a doença, são estados e processos que fazem parte da vida. A doença consiste numa alteração do equilíbrio ecológico, enquanto que na saúde o corpo encontra-se equilibrado e funcional (Ribeiro, 1998).

Existem três aspectos fulcrais para perceber a forma como cada sujeito vivencia a situação de doença. Assim, é imprescindível distinguir: o estar doente - em que existe uma alteração no funcionamento biológico, quer a nível anatómico, fisiológico, bioquímico, ou ainda por uma combinação; sentir-se doente - em que existe um desconforto e desorganização psicossocial, resultante da interacção do indivíduo no seu meio; e por fim, comportar-se como doente - estamos perante uma identidade social, um estatuto ou um papel assumido por pessoas que foram rotuladas como não saudáveis (Ribeiro, 1998). Uma determinada doença só tem sentido na medida que acarreta implicações para o indivíduo, como pessoa e não só como organismo.

É difícil de estar na presença dum doente com estas patologias em estado avançado e não os identificar, uma vez que a dificuldade de respirar e o cansaço fácil são notórios.

Lembro-me duma paciente em estado terminal que seguia diariamente. O meu foco de intervenção, apesar dela ser uma doente terminal, não era a sua doença mas o seu isolamento, a dor da solidão e a rejeição do filho. Estava nos últimos dias de vida e tinha uma fibrose pulmonar. As horas da visita eram um confronto doloroso para ela... só havia ausências. Havia um conflito familiar entre ela, o filho e a nora e este não foi resolvido mesmo nesta fase.

Entre as sessões com a Idália recordo dela a comer iogurte e a entrar em asfixia (com valores da saturação de Oxigénio muito baixa), apesar de estar sujeita a oxigenoterapia durante 24 horas por dia. Assim o suporte social na Idália estava em falência.

O suporte social poderá ser definido : avaliação subjectiva (a pessoa acredita que poderá contar com os outros quando precisa de ajuda); proferido quando necessário (as pessoas oferecem o seu suporte em situações stressantes), recebido (distingue-se aqui o suporte social que é pedido e aquele que é recebido) (Lazarus, 1992).

Nas enfermarias é perceptível em algumas famílias a falência do suporte social. Recordo-me doutro Senhor com cerca de oitenta anos que fazia frequentes episódios de descompensação e posteriores internamentos. As causas dessa descompensação eram devido a hipoxémias graves. Este senhor, num estado bastante dependente de outros e já com alguma demência, tinha prescrito oxigenoterapia bem como outros medicamentos, que por “*lapsos*” da família não se realizavam.

As doenças físicas afectam o corpo e a mente, tendo geralmente implicações somáticas (sensações físicas), afectivas e cognitivas. Envolvem habitualmente conteúdos de perda, frustração e dor, vivências de ameaça e expectativa (Teixeira, 1993).

Quando estamos doentes, damos-nos conta do facto de que somos o nosso próprio corpo. Neste caso não é o corpo que sofre, somos nós que sofremos. Com efeito, estar doente é perceber ou experienciar o corpo no contexto da existência individual. Estar doente é uma experiência subjectiva (Reis, 1998).

A construção do conceito de doença divide-se em (Bishop, 1994):

- construção semântica - existe uma associação semântica ao significado daquela doença;

- construção das representações - as representações da doença dependem da nossa experiência com as diferentes doenças que nos aconteceram ou a pessoas próximas;

- informação - esta é recebida de outros significativos ou da cultura em geral.

As representações das doenças podem ser protótipos, ou os sintomas poderão ser idealizados, o que pode provocar em algumas pessoas com muito medo de determinada doença, o desenvolvimento de diversos sintomas a ela associados.

Na experiência da doença estão incluídas as teorias sobre processos, as quais contribuem para a sua experiência. As significações pessoais são processos cognitivo-emocionais e que constituem a realidade pessoal (Reis, 1998).

Carroll, (1992), afirma que a dor ocorre num contexto psicológico e social específico, sobre a influência e controlo de consequências externas e internas, e tem um determinado significado para a pessoa que a vive.

Segundo Kolb & Wishaw em 1985, o indivíduo experimenta a dor que é a mesma para todos, mas a interpretação desta, a dor percebida, é um fenómeno extremamente importante. Em 1979, Fordyce & Steger, já se debruçavam sobre esta questão e referiam que a resposta à dor é influenciada por vários factores, como os esquemas cognitivos, o estado de ansiedade do indivíduo e o contexto cultural (Mcintyre & Vila-Chã, 1995).

Dado o papel dos factores psicológicos, quer na percepção, quer no comportamento da dor, as estratégias de intervenção psicológica têm um papel muito importante (Carroll, 1992).

Desta forma é necessário ter acesso ao papel que a dor tem na vida do sujeito. Para muitos pacientes com dor crónica, esta tornou-se no foco central nas suas vidas.

O sofrimento do doente é um estado de desconforto severo associado a uma ameaça da integridade da sua pessoa como ser biopsicossocial, envolvendo a construção de significados profundamente pessoais, acompanhados de uma forte carga afectiva, e que são, passíveis de modificar esse sofrimento. Assim, o sofrimento envolve a construção de significados profundamente pessoais que necessitam de ser reconhecidos na prática médica, por isso, segundo Smilkstein em 1990, o diálogo com o doente é imprescindível para se conhecer e compreender o seu sofrimento (Mcintyre & Vila-Chã, 1995).

Outro factor que também parece ser um forte indicador de doença é a forma como as pessoas utilizam o seu tempo. Alterações corporais com sintomas, ocorrem sempre no organismo, mas algumas destas sensações só são perceptíveis quando as pessoas vivem com alguma falta de actividade, ou por vezes, a expressão corporal é utilizada como forma privilegiada de relação objectal (Bishop, 1994).

A doença acontece, segundo Fordyce em 1988, numa pessoa que sofre, e a doença física é apenas um aspecto desse sofrimento, pondo em questão o que a pessoa é, o que ela pode fazer, e o que poderá vir a ser. O doente poderá, assim, encarar a doença como uma perda (dano), uma ameaça (dano potencial), um desafio (ganho potencial), ou uma mistura deles (Mcintyre & Vila - Chã, 1995).

O adoecer e o estar doente implicam um movimento de ajustamento psicológico a uma nova situação. Este ajustamento depende das características da sua personalidade e do estilo de adaptação, da natureza da doença física em causa e do seu significado psicológico para o sujeito, no momento em que é atingido na sua trajectória existencial e ainda no contexto familiar e social em que a doença ocorre.

Quando a ansiedade ou a depressão é baixa, o ajustamento do doente à sua condição é conseguido (Taylor & Aspinwall, 1990).

Um bom funcionamento psicológico permite ao sujeito adaptar-se e ajustar-se à doença, utilizando para isso estratégias de confronto adequadas. As avaliações cognitivas influenciam a capacidade da pessoa lidar com a doença (Mcintyre & Vila-Chã, 1995), assim, uma estratégia de *coping* adequada será um forte préstimo na relação com a doença.

Giovannini, Bitti, Sachielli e Speltini, em 1986 (Ribeiro, 1998) definem doença crónica : doença de longa duração; tende-se a prolongar por toda a vida; provoca invalidez; causas não reversíveis; exigem formas particulares de reeducação; obrigam o doente a seguir determinadas prescrições terapêuticas; aprendizagem de um novo estilo de vida; controlo periódico, de observação e tratamento regulares.

Existem cinco grandes grupos de doença crónica (Ribeiro, 1997) : doenças que permitam ao sujeito períodos de vida praticamente normais entre crises, durante as quais tem de ser imposto um tratamento médico; patologias onde foi conseguido uma estabilização através de um tratamento específico permanente; doenças marcadas por uma possibilidade de recidiva grave ou grande fragilidade para outras doenças; doenças onde está englobada uma invalidez permanente; patologias caracterizadas por uma evolução.

A experiência subjectiva, na doença crónica, segundo Giovanni et al, em 1986 (Ribeiro, 1998) revela-se nas seguintes áreas problemáticas:

- o risco da crise, que é comum nas doenças crónicas e a capacidade de a gerir deve fazer parte do repertório do doente;

- a gestão da terapia e do estilo de vida renovado, constitui um dos aspectos mais complexos na doença crónica;

- reestruturação do tempo;

- isolamento social;

- contexto familiar.

As doenças crónicas são geralmente doenças para as quais não existe tratamento e por esta razão o ênfase dos cuidados de saúde e reabilitação, situa-se mais na promoção e manutenção da Qualidade de Vida.

Os sujeitos que sofrem de doenças crónicas também têm mostrado estarem predispostos para a *Alexitimia*, a qual significa que eles têm um vocabulário emocional relativamente restrito e uma tendência para comunicar a sua angústia em termos somáticos (Backman, 1989).

Na doença crónica o nível de dependência aos cuidados de saúde tem um importante papel que terá que ser ajustado. O adoecer físico, especialmente na doença crónica, aumenta a possibilidade de suicídio.

Com o evoluir da medicina, e com o aperfeiçoamento das técnicas de tratamento, que permitem viver um período maior de tempo, as doenças crónicas (DC), sofreram um forte acréscimo, representando actualmente 80% das doenças. As técnicas utilizadas são física e psiquicamente dolorosas e bastante intrusivas, colocando-nos a questão qual a Qualidade de Vida nos doentes crónicos.

O impacto da doença crónica no sujeito, pode ser penetrante, afectando o bem-estar físico, emocional, trabalho, vida sexual e vida familiar (Burish e Bradley, 1983 citados por Taylor e Aspinwall, 1990).

As causas das DC são irreversíveis, obrigando a uma reeducação específica, levando deste modo, o sujeito a cumprir determinadas prescrições e a criar um novo estilo de vida, adaptado a esta nova condição.

O problema central do doente crónico, é viver com a sua doença. A forma como se estabelece esta relação é determinante nas reacções do doente e recorrerá da percepção que ele tiver da sua situação. Frequentemente ocorrem quadros de ansiedade, fenómenos de invalidez, dependência exagerada ou uma subvalorização da doença que irá conduzir ao não respeito das prescrições e à negação da doença.

Mesmo quando a doença crónica não é fatal constitui uma grande fonte de sofrimento para os indivíduos e para as suas famílias. Torna-se assim fundamental compreender as experiências e expectativas destes doentes e das suas famílias para implementar serviços sociais e médicos que forneçam o apoio adequado a estas situações (Mcintyre & Vila-Chã, 1995).

A doença crónica altera, em múltiplos factores, a qualidade de vida, alguns já acima referidos, contudo o suporte social é também uma forte componente.

Cassel em 1982, (Ribeiro, 1998), discute a natureza do sofrimento do doente : o sofrimento não se confina aos sintomas físicos; o sofrimento deriva tanto da doença como do tratamento; ninguém pode prever o que o sujeito descreve como sofrimento. Acrescenta ainda, que tal como já foi referido anteriormente, o sofrimento é uma experiência subjectiva, ocorre quando há a percepção de uma ameaça de destruição da pessoa, e poderá ocorrer em qualquer aspecto da pessoa.

Houve outro paciente que relembro, com quem foi muito enriquecedor a aprendizagem. Foi-me solicitado pela equipe médica que o seguisse por apresentar sintomas difíceis de gerir num internamento. O José tinha um enfisema pulmonar. Os sintomas apresentados pela equipa era uma não adesão à terapêutica, uma grande agressividade para a equipa médica e alucinações. A hospitalização é um factor *stressante* e traz afectos como a perda de intimidade, interrupções das actividades quotidianas, separação da vida habitual e diminuição de apoio social .

O internamento abrange várias dimensões do sofrimento da pessoa, o corpo, a identidade, as relações familiares, o emprego, entre outras (Mcintyre & Vila-Chã, 1995).

Este sofrimento quando não acompanhado, conduz ao desespero e por vezes leva o doente ao descontrolo, recusando a medicação e tratamento, ou a ter alguns comportamentos mais agressivos ou de isolamento (Mcyntire & Vila-Chã, 1995).

Estes aspectos introduzem adaptações pessoais que podem ser muito dolorosas: invasão constante da intimidade, privacidade; diminuição dos contactos sociais; diferentes horas de alimentação e sono, sentimentos de estranheza em relação ao espaço físico (Teixeira, 1993).

Estes comportamentos, que por vezes poderão sugerir psicopatologia, são pontuais e desencadeiam-se devido ao turbilhão de sentimentos que o internamento provoca, e aos quais o sujeito ainda não se adaptou.

Antes de conhecer o paciente já vinha invadida de informação que poderia afectar a aliança terapêutica... e o primeiro contacto foi “*terrível*”, contava os minutos para sair dali... o José estava muito agressivo, mesmo ameaçador, a saturação de oxigénio era muito baixa e como me explicou posteriormente a Dra. Lourdes, em supervisão, os baixos valores de oxigénio têm como sintoma quadros agressivos e alucinações. A

minha contra-transferência foi entre o medo e a rejeição. A primeira sessão foi então vivida entre alucinações, delírios persecutórios e hostilidade.

Após a supervisão retomei as sessões, segui o José desde o meu estágio académico até à véspera do dia da morte dele (mais de um ano). O José após alta deste internamento foi seguido por mim em ambulatório, até voltar a ser internado para falecer. Após o seu falecimento ainda segui a filha dele durante 2 a 3 sessões.

A experiência de ser internado é crucial para o ajustamento psicológico à doença e para a eficácia dos tratamentos instituídos. Existem múltiplas formas dos sujeitos se adaptarem ao internamento e isso tem a ver com factores como : a personalidade, idade, patologia física, experiências dolorosas, expectativa ou não de ser submetido a uma cirurgia, tipo de unidade hospitalar, entre outros. Destaca-se deste modo, os seguintes aspectos: configuração da situação de internamento, características do meio hospitalar e impacto psicológico da hospitalização (Teixeira, 1993).

Existem dois aspectos essenciais que marcam a situação de internamento com importância psicológica: a disrupção familiar, e as limitações práticas. A admissão hospitalar é uma situação de mudança, e a primeira mudança é o ambiente físico, com uma modificação das referências existências do sujeito. Os sujeitos tendem a estar mais ansiosos devido à situação de doença e como tal, tornam-se muito sensíveis a qualquer mudança .A estrutura e o funcionamento da unidade hospitalar introduzem alterações no tempo, espaço e corpo vividos (Santacreu, 1980).

Os aspectos mais relevantes que podem ter impacto sobre o funcionamento psicológico são: estar confinado a uma cama, perda do sentimento de espaço pessoal, alterações da rotina diária, perda das referências existenciais, perda da autonomia pessoal e liberdade, e, ausência de privacidade.

A hospitalização é sempre um acontecimento emocional significativo, que introduz medo e ansiedade, não só devido à incerteza face à doença corporal, mas também com a entrada num ambiente totalmente novo. O sujeito poderá então, reagir com medo, irritabilidade, sentimento de infelicidade, desinteresse pelo mundo externo e preocupações corporais (Barnett em 1979 cit in Teixeira, 1993).

Uma ansiedade controlada, uma identidade favorável, e um optimismo, são factores protectores da depressão causada pela hospitalização (Bruchon- Schweitzer, Quintard, Nuissier & Paulhan, 1994).

Como tal, cabe ao psicólogo da equipa, trabalhar com o paciente e levar este adoptar a estratégia de *coping* mais adequada, bem como acompanhá-lo no trabalho de elaboração, que a hostilidade do internamento provoca.

Para o José foi muito difícil aceitar o seu diagnóstico e o seu declínio. O José tinha sido um sobrevivente. Emigrou cedo para Africa do Sul, onde se habituou a viver entre muitas mulheres, dinheiro e poder. Quando regressou a Portugal com a única filha que aporfilhou dessas muitas aventuras e filhos que teve, começou a sua doença com internamentos.

As primeiras intervenções com o José foi estabelecer uma relação de confiança com muita cautela. Posteriormente trabalhámos a ansiedade, a adesão à terapêutica e por fim os seus sentimentos de perda, diria mesmo o luto da sua vida saudável, do seu corpo cheio de recordações de um lutador que sentia-se a fraquejar.

As doenças crónicas representam autênticos ataques a várias áreas do funcionamento e não apenas ao corpo. Os pacientes com diferentes dores crónicas podem ter de enfrentar ataques à sua auto-imagem e auto-estima, incerteza quanto ao futuro, separação da família, amigos, alteração de planos para o futuro, emoções inquietantes, ansiedade e depressão, ressentimento, desamparo, bem como factores relacionados com alterações permanentes no aspecto físico.

O doente quando tem a sensação de controlar a sua doença, o ajustamento a esta torna-se mais adequado (Cassee, 1975).

A Matilde tinha cerca de 50 anos. Iniciei o seu seguimento nas enfermarias do Serviço I. O diagnóstico clínico era asma e os episódios de descompensação com internamentos eram frequentes. A Matilde era também acompanhada no Hospital de Dia deste serviço onde fazia fisioterapia e era acompanhada pela equipe médica. A dependência hospitalar de Matilde era muito evidente.

Iniciei a abordagem com a mesma com estratégias cognitivas, muitas vezes por nós utilizadas, para trabalhar com esta o ajustamento à sua doença.

Quando a Matilde teve alta desse primeiro internamento sugeri-lhe continuarmos as consultas num setting mais adequado que seria então a sala de consultas, onde a equipa de psicologia também fazia sessões. Definimos encontrarmos uma vez por semana . Da sua relação com a doença as sessões foram transportando-nos para outras dores...para a dor presa que estava contida em lágrimas dentro de si. Um sofrimento que nunca ousara partilhar... sentia vergonha. Matilde era a segunda escolha do seu marido. O marido vivia entre duas casas, entre duas mulheres e entre filhos de ambas.

Segundo Friedman & Booth-Kewley (1987) *cit in* Backman, 1989, existem múltiplos factores psicológicos que parecem ser um “predisposição” para o adoecer corporal como, a depressão, a agressividade, a hostilidade e a ansiedade.

A Matilde vivia numa depressão há anos... a sua não verbalização encerrava no corpo a dor e a auto-destruição. Associava os seus episódios de agudização da asma aos conflitos não resolvidos e aos momentos de “crise conjugal”. Naquele, em que a conheci Matilde, esta tinha percebido que o dinheiro da sua reforma que era acumulado numa conta dela e do marido tinha sido usado para pagar dívidas da “outra”(sic). A zanga e a injustiça estavam enclausuradas naquele silêncio.

Ao longo das sessões a Matilde chorava resignada e no fim do seu processo, que foi provocado pelo meu “abandono”(sic) já se ria com algum sarcasmo do marido. Lembro-me numa sessão referir que este gostava só batatas fritas aos palitos e do humor que a Matilde conseguiu fazer à volta deste tema.

Dos muitos pacientes que segui, escolhi estes para representar a minha experiência neste hospital. Dos casos que segui houve muitos que faleceram. Talvez por esta ter sido a minha primeira experiência foi-me muito difícil a morte de alguns deles, e tinha mesmo muita dificuldade em ter uma atitude mais profissional com a distância suficiente.

Nas primeiras mortes houve situações em que me recolhia nas casas de banho do hospital com alguma vergonha e dor. Penso que é muito difícil realizar um trabalho psicológico para preparar para a morte, os próprios e os familiares. Alguns rostos, alguns nome ainda vivem hoje na minha memória.

Relativamente ao trabalho em equipa houve um factor muito importante neste serviço. Os doentes eram tratados pelo nome, os médicos, enfermeiros, fisioterapeutas entre os outros técnicos conheciam as particularidades de cada um. Havia assim uma certa intimidade entre profissionais de saúde e os doentes, proporcionando ao doente uma

maior confiança nos profissionais de saúde. Os casos clínicos também eram discutidos nas reuniões inter-disciplinares, onde a psicologia também estava presente, garantindo assim aos doentes a melhor qualidade possível nos cuidados de saúde.

Ao longo desta vivência como psicóloga estagiária no Hospital Pulido Valente houve alguns aspectos difíceis de gerir.

Recordo-me que após a Dra. Lourdes Borges me ter apresentado à equipa na Pneumologia IV, onde iniciei o estágio académico, um ano antes do meu estágio profissional, senti-me muito sozinha, perdida e não saber qual o meu papel ali. Tentei lutar para ter uma identidade e criar uma necessidade face aos utentes e outros profissionais de saúde do papel do psicólogo.

Aos poucos fui conhecendo todos os doentes internados neste serviço e avaliando juntamente com a minha supervisora quais aqueles que pareciam beneficiar do meu acompanhamento e qual a forma mais adequada para o fazer.

Em alguns pacientes recorri muito à abordagem da psicologia da saúde, elaborando com os mesmos estratégias de coping, trabalhar a qualidade de vida referente às doenças crónicas, os mecanismos de defesa referente ao seu estado de saúde, o suporte social, entre outros.

Neste serviço abordei muitos doentes com Tuberculose Pulmonar, e como tal a população alvo era mais jovem, alguns com outras doenças associadas (HIV +), e outros cuja experiência do adoecer corporal era a primeira vez. Nesta primeira fase houve também alguns pacientes que o encontro com a psicologia e o seu adoecer corporal parecia um feliz acaso para uma ajuda psicológica. Recordo de algumas problemáticas que foram surgindo após o estabelecimento duma relação de confiança como por exemplo divórcios, abusos sexuais, crises existenciais, conflitos com figuras significativas, etc.

Ao fim da primeira parte do estágio académico já sentia uma relação de pertença àqueles pacientes, equipa ou serviço e estava na altura de mudar.

Fui então para o Serviço de Insuficientes respiratórios. A minha maior dificuldade neste serviço era a confrontação diária com o desvanecer do corpo humano até à morte... Foi muito difícil acompanhar doentes terminais, ou mesmo doentes crónicos que ao fim de

algum tempo tornaram-se terminais. Em psicologia clínica a nossa maior aliada no processo de mudança é a relação terapêutica, e como tal existiu sempre em mim como profissional um envolvimento também pessoal. Foi muito frequente nas reuniões de supervisão a análise da minha contra-transferência face a alguns destes pacientes.

Penso que é de extrema importância no acompanhamento destas pessoas elas sentirem-se sempre pessoas, com direito à sua dignidade e às suas escolhas, e por vezes no meio de tantos tratamentos invasivos é difícil para uma equipa multidisciplinar, em que aquela é a sua rotina, lembrar-se da essência humana. Este também era o nosso papel enquanto psicólogos, fazer zelar pelos cuidados, pelo respeito e pela coerência daqueles doentes.

Na situação hospitalar e no caso dos insuficientes respiratórios a vulnerabilidade dos doentes era por vezes avassaladora. Pareciam despidos de defesas, como se emergisse neles uma parte infantil à procura dum prestador de cuidados maternos. Talvez ali estivesse perante uma verdadeira regressão não só psíquica, mas também fisiológica. Por vezes nas minhas intervenções na Unidade de Cuidados Intensivos ou Intermédios cheguei a desempenhar um papel pouco associado à psicologia, mas parecia que face ao contexto ele cabia dentro da relação terapêutica.

3-Câmara Municipal de Olhão

Estive integrada no Serviço de Acção Social durante sensivelmente 13 meses. Este serviço era constituído por 4 assistentes sociais, uma técnica de reabilitação e mais 3 estagiárias desta área, administrativos e eu.

A minha vinda para este serviço deveu-se a um grande investimento da chefe de divisão do mesmo que achou que o meu trabalho poderia ser uma mais valia para a população e para o serviço. Acabei por rescindir contracto passado um ano, porque ingressei no quadro da Comunidade Terapêutica “O Lugar da Manhã”, onde actualmente exerço a minha actividade profissional.

A minha actividade profissional baseou-se essencialmente nas seguintes funções: acompanhamento psicológico a crianças, adolescentes e adultos; membro da Comissão Restrita de Protecção de Crianças e Jovens em Risco de Olhão; desenvolvimento de um projecto, numa equipa multidisciplinar, de intervenção comunitária.

Foi com muita expectativa, com muita disponibilidade e com muito investimento que me acolheram no serviço, tentando adaptar o espaço ao setting necessário para as minhas funções.

Ingressar numa equipa multi-disciplinar sem passado histórico de psicologia implicou alguns conflitos sobre o meu papel. Existiam algumas expectativas e alguns elementos inerentes ao papel do psicólogo clínico que não estavam bem definidos.

A psicologia clínica lida com o simbólico, emana no seio duma relação e num contexto que condiciona e determina a expressão e comunicação. Estamos então perante um processo triádico que envolve três sujeitos: o signo, o seu objecto, e o seu interpretante.

Poder-se-á definir como a ciência do individual, deve estabelecer-se por forma atingir o singular, o único, a complexidade e a totalidade. O objecto de estudo é o sujeito psicológico, que a partir de concepções e modelos, submetem-se e determinam os métodos e as técnicas, que permitem aceder ao conhecimento desse objecto-sujeito e que irão condicionar as formas de o designar (Marques, 1999).

A psicologia clínica exercita-se num contexto dominado pelo discurso e imperativos da ciência em que o sujeito é, num primeiro tempo, isolado para ser abordado como

objecto, perdendo assim, o seu lugar e expressão de sujeito, e é encontrada como solução a ultrapassagem deste obstáculo à introdução da subjectividade.

É através do estudo de casos que o psicólogo aprende a abordar os seres humanos, a fazer com que se expressem, com que representem para si a vida e a sua conduta, a favor da observação e da “interpretação compreensiva” dos comportamentos considerados significativos e expressivos (Lagache, 1988).

Como as condutas humanas são complexas o psicólogo detêm-se mais tempo sobre o caso individual, recorrendo à observação singular para esclarecer um problema.

Para tal, o psicólogo clínico, terá que encontrar o caminho para promover dentro de si mesmo o seu potencial humano e, que numa linha de isenção pessoal, assuma o compromisso de acompanhar essa ou essas pessoas, na difícil busca de liberdade e de realidade interior. A sua presença irá reflectir o que ainda haverá a percorrer e o percorrido, e sustenta a confiança na compreensão de aspectos da vivência do cliente (Leal, 1993).

O papel que cabe ao psicólogo clínico será de mediador, num processo de transformação e construção; onde acompanha e procura ajudar a clarificar os objectivos reais de autodescoberta (Leal, 1993).

O psicólogo clínico será então, aquele que ouve, traduz, é testemunha e contentor da palavra e do símbolo. Garante ao paciente compreensibilidade. Garante isso através daquilo que reconhece, repete, ecoa, responde com acentuações globalizantes, que manifestam pacificamente o poder de esperar, aguardar e manter a esperança. Estabelece assim, uma ponte, o mediador de relações entre o presente e o passado. Representa ao paciente que é possível mudar os rumos da sua vida (Leal, 1993).

O clínico ajuda o sujeito a ajustar-se à situação e esforça-se por lhe adaptar a maneira de o fazer, observa o conjunto e os pormenores das reacções do sujeito numa situação, reporta-se a tipos qualitativos de uma natureza ideal de modo a reduzir a um feixe de relações gerais (Lagache, 1988).

O psicólogo clínico deverá ter uma atitude de: neutralidade, abstinência, ou seja o terapeuta não se deve submeter ao papel que o paciente lhe imponha; responsabilidade, isto é, a relação terapêutica é assimétrica, e como tal deverá ser o psicólogo que assume

a responsabilidade desta; adaptação da linguagem e expressões ao paciente de forma a ser percebido por este.

Rezende propõe cinco graus de simbolização na relação terapêutica (Marques, 1999): observação, faz intervir a intersubjectividade e permite o crescimento do conhecimento; contra-transferência, possibilita a transformação da situação de observação; experiência vivenciada, possibilita a interpretação; comunicação que opera no K (conhecimento), para O (verdade última).

A psicoterapia de Apoio é a única inerente ao desempenho do psicólogo clínico independente da sua orientação teórica e formação complementar (Leal, 1999).

Uma psicoterapia é feita por um terapeuta obedecendo a critérios técnicos e teóricos estáveis. Há uma intencionalidade por parte do terapeuta deliberada e consciente, na construção de um projecto terapêutico, com alicerces sólidos em saberes, regras e ética (Leal, 1999).

Os objectivos das Psicoterapias de apoio são adaptáveis não só relativamente ao paciente, mas também ao contexto onde se inserem. Existem, no entanto, objectivos comuns (Leal, 1999): restabelecimento do equilíbrio psicológico; obter a máxima melhoria sintomática; reforçar os mecanismos de defesa adaptativos; melhorar a adaptação ao meio.

Através de algumas técnicas gerais: directividade - os recursos externos podem ser directa ou indirectamente elaborados; sugestão- terapeuta exerce funções de “ Ego auxiliar”; persuasão; securização.

Assim, foi definido que a minha função primordial seria acompanhamento psicológico de crianças que chegavam à consulta através duma das seguintes formas: os pais usufruíam do Rendimento Mínimo Garantido; crianças acompanhadas pela Comissão Protecção Crianças e Jovens em Risco de Olhão; filhos de pais residentes nas casas pertencentes à autarquia; crianças que as escolas encaminhavam (Projecto que desenvolvi com as escolas de Olhão e com a Psicóloga Educacional que dava apoio às diversas escolas do Concelho).

O primeiro caso que recebi era de um menino com 5 anos de idade enviado pelo Tribunal de Famílias e Menores de Faro. Os pais desta criança tinham-se divorciado

recentemente. Acompanhei este menino nos 13 meses enquanto estive em Olhão. O Tribunal enviou esta criança por suspeita de maus tratos maternos, através de agressões físicas e negligência.

A negligência pode ser mais nociva que o abuso, podendo ter como sequelas atrasos extremos no desenvolvimento, depressão, relações de pares pobres e desenvolvimento de comportamentos agressivos (van der Kolk, 2006).

Sentia-me sem suporte porque não sabia quase nada de psicoterapia com crianças. Procurei segurança através da leitura de vários manuais e procurei supervisão, que não encontrei. Assim, foi através do jogo simbólico que fui adquirindo com o Pedro (nome fictício) uma relação terapêutica. A mãe do Pedro era seguida em contexto social por uma colega do serviço.

Após muito investimento que tanto eu como o Pedro colocámos no nosso processo, o Pedro revelou-me os maus tratos que a mãe o sujeitava e mostrou-me as suas cicatrizes físicas e emocionais.

Falei com a minha chefe salientando a necessidade da confidencialidade e a vulnerabilidade deste menino e combinámos que eu faria um relatório para o tribunal onde teria que ser assegurado a segurança do Pedro.

Fiquei espantada quando dias depois fui chamada ao seu gabinete para me informar que já tinha conversado com a mãe e que esta que negara tudo. Sentia-me traída, enganada pelo facto da confidencialidade não ter sido respeitada ou mesmo o plano definido anteriormente e assustada sobre o que iria acontecer a este menino. Estava exposto a uma mãe agressora que sabia que o filho a denunciara e não havia qualquer protecção jurídica.

E aqui senti uma grande dificuldade em ser a única psicóloga. Ninguém no serviço acreditou no menino, a mãe tinha características extremamente sedutoras usando a vitimização como forma de manipular e atrair a equipa. Este caso foi remetido para tribunal e quando eu saí ainda não tinha qualquer resposta. Uma coisa sei, as marcas no corpo do Pedro eram bem reais.

Outros foram os casos que segui com desfechos infelizes. Havia muitos meninos vítimas de abusos que eram retirados pelos pais, possíveis agressores, da psicoterapia.

Existiam muitos sentimentos de injustiça, impotência e a frustração começou-se a acumular.

Houve também casos de sucesso. Alguns meninos que já tinham iniciado alguns comportamentos disfuncionais recuperaram. Na CPCJRO, através dum acompanhamento em equipa multidisciplinar conseguimos reabilitar algumas famílias, e os projectos multidisciplinares de prevenção primária, entre outros foram também bem sucedidos.

4. Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves – Caso Clínico em Psicoterapia Individual

A Teresa tem 40 anos, é divorciada e tem uma filha na pré-adolescência. Quando iniciámos o processo psicoterapêutico vivia entre a casa da mãe e da companheira com que tem uma relação conjugal desde há cerca de 10 anos.

A família da Teresa é de classe média, os pais da mesma coabitaram durante a sua infância na casa dos avós maternos. A avó materna faleceu quando a Teresa tinha 18 anos.

Relativamente à história familiar, a mãe da Teresa é a mais nova de 3 irmãs; o pai da Teresa perdeu a mãe ainda durante a recente infância, tendo ficado algum tempo sobre os cuidados do pai que se revelaram negligentes e agressivos, resultando na inserção do mesmo num orfanato juntamente com outro irmão.

A Teresa teve uma irmã 5 anos mais nova; que faleceu aos quinze anos. Os pais da Teresa divorciaram-se passado poucos anos após a morte da irmã.

Anteriormente, o pai vivia no estrangeiro e foi pouco presente a partir do fim da adolescência da Teresa. A sua mãe adoeceu com meningite quando a mesma tinha 7 anos e perdeu algumas faculdades nomeadamente a audição.

A Teresa aparece-nos à consulta com um quadro de depressão que se distingue através dos seguintes sintomas (Bergerett, 1998): ideias Depressivas – as dificuldades da vida são insuportáveis, subestimação das suas capacidades, perda de auto-estima; cansaço; insónia.

Destaca-se ainda a não elaboração dum luto na família nuclear, paralisação dum funcionamento mental provocando um retraimento de alguns dos seus investimentos, uma falha narcísica que se traduz por sentimentos de insegurança, medo e desinvestimento narcísico, uma ansiedade generalizada, e a angústia da perda do amor do objecto. Estes sintomas enquadram-se na depressão tipo neurótica (Bergerett, 1998).

Na data da consulta alguns dos sintomas manifestos eram a apatia, insónias, perda de algumas relações sociais, baixa auto-estima, angústia de fracasso e ansiedade.

A Teresa reuniu os critérios de indicação para poder usufruir duma psicoterapia breve, que são eles: motivação, consciência patológica, vontade genuína para a mudança, e uma relação de objecto não muito destorcida (Lau Ribeiro, 1997).

Entre consultas...

A Teresa tem 40 anos e veio pedir ajuda... Parecia perdida no seu relato e no seu projecto de vida; a vida que escolheu deu várias cambalhotas e algumas delas revelam o quanto se sentia sem rumo.

Existem diferentes tipos de pedido de ajuda: uns mais referentes a sintomas, outros mais ligados aos problemas afectivos, ou ao plano existencial e por fim o último nível seria as inquietações do arquétipo religioso (Lau Ribeiro, 1997). Pareceu-me que a Teresa vinha embutida nos problemas relacionais e que ao longo do processo evoluíram para o plano existencial, chegando mesmo nas sessões antes do terminar surgir algumas inquietações mais referentes ao arquétipo religioso, sendo que a religiosidade não é uma atitude perante as religiões oficiais, mas sim um encontro com o Self (Lau Ribeiro, 1997).

Na primeira consulta o tempo fluiu sem me aperceber, estava um pouco ansiosa e sentia que não gostava de perder a oportunidade de estar ao lado da Teresa na descoberta duma vida livre e responsável, como disse 16 sessões mais tarde “(...)sinto que agora sou muito mais eu que conduzo o meu carro” (sic).

Actualmente vive na casa da mãe, situação que resultou duma separação. Existe um conflito com o seu ex-marido, que lhe darei o nome de Paulo, que ainda está pendente, uma casa que era sua, e, que por sentimentos de culpabilidade, não conseguiu ainda recuperar.

A Teresa falou da sua homossexualidade que “descobriu” aos 30 anos, logo após o nascimento da sua única filha. Disse que nesta altura foi o único momento da sua vida que teve medo de morrer, que a existência de outro ser dependia dela.

Ao longo das sessões numa descoberta proporcionada por esta aliança terapêutica a Teresa foi percebendo alguns significados do seu projecto de vida, nomeadamente em relação à maternidade. Na maternidade sentiu que tinha um lugar para ela, uma forma de negar a sua própria morte.

Segundo Yalom todos os indivíduos têm medo da morte e usam sistemas adaptativos para resolver a angústia daí adjacente baseados na negação, na supressão, na repressão, no desenvolvimento da onipotência pessoal, na crença religiosa ou social, e que mascaram a morte como uma imortalidade simbólica (Yalom, 1980). Quando estes sistemas falham então o indivíduo usa mecanismos extremos de defesa e vive sobre um grande stress. Quanto à reflexão clínica sobre o caso da Teresa parece que os seus sistemas de adaptação falharam.

Ao longo do processo psicoterapêutico foi perceptível que a Teresa se encontrava numa crise existencial, mascarada por dilemas relacionais, como se a sua dependência face aos outros escondesse a sua mortalidade. Enquanto vivia numa relação entrelaçada com outra mulher parecia negar a sua morte e a da irmã. Quando as defesas elaboradas frente à angústia existencial se quebram, o indivíduo fica mais consciente da sua verdadeira situação de vida (Yalom, 1980).

A Teresa está carregada de fantasmas que morreram demasiado cedo, lutos que ainda não estavam resolvidos. Cancelló, 1991 diz que o sentido do luto é reconciliar-se com o morto, retirá-lo das perspectivas do futuro, integrá-lo na história dos vivos mas com um caminho já encerrado, com carinho ou raiva, admiração ou indiferença.

A irmã 5 anos mais nova morreu com 15 anos quando a Teresa tinha 20, vítima de um acidente de comboio. Até então tinha sido a Teresa a desempenhar os cuidados maternos, em sequência da doença da mãe que como referi anteriormente ocorreu aos 7 anos da Teresa .

A Teresa fala da morte da irmã como um momento não vivido, escondeu-se atrás dos procedimentos práticos e viveu a correr sem a integrar no seu passado ou presente, como se a existência da irmã estivesse suspensa em algum sítio difícil de definir.

É mais importante o reviver emocional dos traumas antigos na relação com o terapeuta, do que a rememoração dos factos ocorridos na infância- Experiência emocional correctiva (Lau Ribeiro,1997). Numa sessão enquanto falava no seu labirinto e no medo de morrer fala da filha e dá-lhe o nome da irmã e esta angústia ficou a pairar durante a nossa sessão.

Relativamente às relações mais significativas a Teresa referiu que a sua mãe não lhe suscitava confiança, uma vez que, o afecto era-lhe dado entre palmadas, ausências e

ameaças de suicídio. A Teresa referia que a mãe era o centro do investimento do amor familiar sendo a mesma faminta de toda a atenção. Assim, a criança esmagada por um afecto absorvente da mãe, com um apelo constante à dádiva, além da criança se sentir deprimida por carência de investimento, ainda existe na mesma uma falha narcísica primária (Coimbra de Matos, 2001), traduzindo-se na Teresa por uma grande desvalorização e um sentimento de incapacidade permanente. A abertura ingénuo nos primeiros anos de vida traz a dor inevitável e provocada para os desencontros (Hycner, 1995).

Viveram durante a infância da Teresa fechados num “ninho” onde se sentia segura, uma vez que o mundo lá fora era “assustador”.

Falámos deste mundo longínquo que é a sua infância e visitámos aquela casa perdida em tempos remotos, até porque para chegar a um sentido mais profundo do mundo há que apreender os acontecimentos centrais da vida de uma pessoa que parecem dar significado à sua própria existência – “pedras de toque” (Hycner, 1995). Se não houver integração do vivido na regressão, a experiência perde-se sem significado em termos de crescimento, sem ir às origens não nos conhecemos (Lau Ribeiro, 1997).

Disse que nesta altura não tinha capacidades sociais e que as descobriu através da mulher “(...) *que acendeu-a para a vida*” (sic), a sua primeira companheira que lhe darei o nome de Virgínia.

Referiu que quando a filha nasceu a sua vida mudou. Até lá parecia não existir um sentido para a vida... deixou o marido, a sua casa e quando esta tinha 6 meses “(...) *peguei nela e nos meus trapos e fui viver com a Virgínia*”(sic).

Um “*sonho*” que acabou no Verão durante o processo psicoterapêutico (cerca de dois meses após o início do mesmo)... A Virgínia fechou-lhe as portas, tal como já tinha acontecido com a própria, foi trocada por outra mulher.

A relação entre a Teresa e a Virgínia acorda-nos para a sua estrutura depressiva, a Teresa era demasiado submissa, enquanto a Virgínia era muito controladora existindo por parte da Teresa uma grande admiração em relação à Virgínia.

Antes deste fim que foi para a Teresa avassalador falámos em algumas sessões da sua solidão... Parece que vive no cerne do seu ser, uma solidão que dói que a faz sentir

nauseada sem chão... uma autêntica trapezista sem rede e que dizia saber viver assim tão só e com tanta falta de apoio, mas que falar disso corroía-lhe a alma. Hycner refere que não há nada mais terrível do que o sentimento de que estamos sós e que ninguém nos compreende.

Nesta sessão em que tinha uma cara nauseada sentimos o poder da sua solidão e vivemos um momento Eu-Tu de Bubber, fiquei ali com ela, e juntas vivemos este amargo de boca...

Na sessão seguinte parecia zangada com esse momento que ali vivemos. Refere que a perseguiu mais dois dias após a sessão. Sessões mais tarde voltámos a pensar sobre a solidão. Receava tornar-se numa árvore seca por dentro, e revelou que para ela a solidão é sair da rua movimentada da cidade e passar para dentro do jardim da Gulbenkian onde passeiam as almas solitárias, velhas amarguradas e homens que matam o tempo sem nada. Tem medo de ser uma dessas velhas, enfrentar a vida sozinha e seca... enfim vazia.

A Teresa confrontava-se com o Isolamento Existencial, referido por Yalom e neste ponto do seu processo psicoterapêutico, ainda não tinha capacidade para vivê-lo. Falámos sobre aquela frase que dizemos de boca cheia de *“Nascemos e Morremos sozinhos”* e do conflito existencial - tensão entre a consciência do nosso isolamento absoluto e o nosso desejo de contacto, de protecção e de fazer parte de uma totalidade maior (Yalom, 1985). Referiu um desejo de no fim desta vivência em psicoterapia, conseguir viver sozinha sem esta dor. Yalom acredita que se formos capazes de reconhecer a nossa situação de isolamento e confrontá-lo, também somos capazes de nos aproximar dos outros. Se estamos encolhidos perante o abismo da solidão, não temos capacidade de nos relacionarmos com os outros, uma forma de negar o isolamento existencial.

A solidão acompanha-nos nas nossas sessões. Um dia falou nos seus Domingos... *“Sinto-me como uma criança institucionalizada que aos Domingos é devolvida... no domingo fui para casa dormir e foi isso que eu fiz quando o meu afilhado morreu.”* (sic). É na morte do outro que temos mais consciência e vivemos de alguma forma a nossa própria morte.

Na 15 sessão houve uma ameaça, chegou com um ar de vencida, parecia que tinha sido “sugada”, “*Infelizmente temos que terminar , eu não queria (...) acho injusto que espere 2 meses para que tudo se resolva*”(sic). Houve uns problemas financeiros que comprometiam a continuidade do processo terapêutico e eu senti-me como se o chão tivesse fugido, porque na psicoterapia também existe uma entrega. Propus-lhe uma forma alternativa de pagamento, a Teresa respondeu que não sabia que isso era possível e pensei que também eu não sabia... Na relação terapêutica existem muitas linhas que se tecem umas sustentadas teoricamente outras que têm a ver com mistérios imprevisíveis da relação terapêutica e que envolve tantas variáveis. Pedro Lau Ribeiro refere que a aliança terapêutica tem a ver com o terapeuta o paciente e o “X” onde o afecto toca no Self do cliente e favorece a cura, e neste momento desejei que esta readaptação ao contracto terapêutico fosse também ela uma forma de relação terapêutica.

Após este momento a Teresa pareceu sentir-se aliviada e mostrou mais do seu ser no mundo. Hycner diz que a confirmação do cliente pelo terapeuta é o alicerce firme da terapia, e pensei que foi isso que a Teresa sentiu.

Neste dia falou dos seus dedos feridos e da sua posição de bailarina sorridente, sem deixar mostrar para o mundo o sangue que se escondia dentro das sabrinhas de pontas. Revelou que não podia mostrar as fragilidades a ninguém e que a única pessoa que a tinha visto nessa posição vulnerável fora a Virgínia... e com isso ela a tinha magoado e humilhado.

Para a Teresa, como refere Hycner, confiar é uma violação de toda a sua maneira de ser no mundo, é uma aventura totalmente nova -repleta de riscos- que sempre ameaça a pessoa com o “não –ser”. É necessário ter um enorme senso de segurança para arriscar o próprio self em contacto íntimo com o outro.

Fizemos uma viagem pelas figuras significativas da sua vida e pela forma que se tinha sentido atraçoada. A mãe não a sentia como sendo de confiança, e sentiu-se na adolescência abandonada pelo pai, que tinha sido a sua figura de protecção até aos 15 anos altura em que a deixou com uma mãe “*surda e deprimida*” (sic.) e com o encargo de cuidar duma irmã que anos mais tarde viria a falecer. Depois houve a avó que já morreu, a tia que pode confiar q.b., a Virgínia que a trocou e a psicoterapia?!

Existiu mais um raro momento em que a realidade profunda de uma pessoa encontra a realidade profunda da outra, dá-se a memorável relação Eu-Tu (Hycner, 1995). A Teresa mostrou como vivia a solidão, encolhida sobre si mesma, num acto de isolamento face ao mundo, foi um momento íntimo. Pareceu existir neste momento uma regressão em que o seu corpo reflectia a imagem dum ser indefeso que se escondia atrás de si mesmo, e é só através da regressão que poderemos progredir para níveis de consciência mais alargados. É na empatia que se poderá avaliar a profundidade duma psicoterapia, e é só na presença duma verdadeira empatia que se pode comunicar Self a Self e só aqui há uma mudança genuína (Lau Ribeiro, 1997).

O Natal aproximava-se e com ele emergiram as angústias enterradas dos lutos que ainda não estavam feitos. A Teresa temia que este Natal fosse passado entre recordações não vívidas da sua mãe com a irmã e dela com a Virgínia.

Esmiuçámos a forma como tinha vivido a relação com a Virgínia, parecia surpreendida com a dor que vivia nos dias que passaram juntas. Deixava-se humilhar, perdeu parte da sua identidade e vivia permanentemente amarrada à ameaça de a perder.

Só após a expulsão dos restos tóxicos do objecto interno maléfico se pode reconstruir um objecto interno bom, securizante e estabilizador (Coimbra de Matos, 2001).

Quando o Natal acabou parecia aliviada. Tinha imaginado que fosse mais difícil e sentia-se mais preparada para viver com a solidão. Fez programas sociais sozinha e experimentou explorar o mundo sem depender de outro, sentindo que isso não a deixava envergonhada.

Andámos às voltas com as suas escolhas de vida e esbarrámos na sua homossexualidade. A Teresa parecia perdida na sua insegurança e numa culpa esmagadora sobre esta sua escolha, temia pelas repercussões que estas poderiam significar na vida da sua filha adolescente, e no medo de ser rejeitada pela mesma.

Assumir as próprias responsabilidades aumenta o sentimento de culpa e diminui a possibilidade de escapar das mesmas. Assim a culpa corresponde na mesma medida à responsabilidade face ao ser no mundo –Dasein (Yalom,1985).

A culpa está intimamente relacionada com as potencialidades e as possibilidades e a Teresa sentia que falhava na sua maternidade, uma vez que impossibilitava a sua filha

de ter uma família nuclear “(...)tradicional”(sic.). Rollo May descreve a culpa como algo positivo e construtiva uma vez que aumenta a percepção entre a diferença do que é e do que deveria ser. Neste processo psicoterapêutico, resultou numa maior tomada de consciência, no enfrentar fantasmas encerrados dentro do seu ser e numa aceitação serena desta sua forma de estar.

Existiu uma maior autenticidade na relação desta díade após a elaboração desta culpa, e isso foi visível em sessões posteriores na liberdade que parecia existir na relação entre ambas. A maternidade parecia estar menos ligada ao peso excessivo da obrigação e parecia mais ligada ao desfrutar. O conceito da responsabilidade é crucial, uma vez que permite ao indivíduo alcançar a sua autonomia e desenvolver o seu potencial (Yalom, 1980).

Passaram muitas sessões com desencontros e encontros na sua vida, teve outra relação pouco duradoura e conheceu na Páscoa a actual companheira. Demorámos tempo a explorar como vivia a relação com o outro. Parecia existir um medo avassalador para a Teresa Ser na relação e falámos na sua autenticidade na relação terapêutica. Um dia propus-lhe fazer um rolle-playing e nesta situação existiu um momento de secura na voz e muita ansiedade. A Teresa tinha medo de não controlar a relação com os outros, escolhia ser assimétrica nas relações para não se sentir vulnerável. Dizia que tinha um grande receio de ser novamente preterida.

Existia na Teresa uma carapaça. Dizia que tentava na relação com a Sara ser “... *sempre uma novidade para ela*”(sic). Existia na sua voz um peso e afigura-se o fardo que é para a Teresa pensar que se não for uma surpresa não será amada ou aceite. A Teresa parece confrontar-se com o medo de ser ou não autêntica. Mariela Michelena, 2008 diz que uma mulher que se sente insuficiente tem que ocultar aquilo que é e vive assim na ameaça constante de ser descoberta no seu disfarce.

Nesta altura recordámos o medo de envelhecer... o corpo parece debelar-se à idade e são já visíveis alguns traços disso. A diferença de idade entre ela e a Sara é mais um factor que a obriga a enfrentar que não é assim tão jovem. Uma das tarefas principais do adulto maduro é o seu compromisso com a sua realidade, o seu declínio e a sua diminuição pessoal (Yalom, 1980).

O movimento do potencial humano vem dizer que há outras capacidades escondidas no Homem, que não estão encerradas e imutáveis pela vivência na infância, mas que poderão promover-se através da auto-realização, ou seja a vida de verdade tem que ser arrancada da rotina. Um evento pode acordar o indivíduo, é uma “peak-experience”, que faz ecoar no íntimo uma série de emoções e sentimentos que não suspeitava (Lau Ribeiro, 1997)...e assim aconteceu em Maio.

Fizemos um intervalo para falar da morte. Chegou à sessão e como tem sido hábito nos últimos tempos, vinha com um ar feliz. Disse que tinha vindo do aniversário da tia materna, e com uma expressão culpada disse que nos aniversários dos entes queridos ocorre-lhe sempre o pensamento se este não será o último. Recordou com angústia dos últimos tempos de vida da avó que quando lhe dava um beijo de despedida este tinha sempre o sabor do último... e foi assim, que entrámos na sua dor... a morte da Susana... Aquela dor que a devastou e corroeu, uma dor que a Teresa dizia que tinha medo de sentir porque se sentia-se perto da loucura... esta dor vivia enclausurada em “gavetas” (sic.). Foram anos dolorosos; aos 18 anos morreu a avó materna , um pilar sólido para si; aos 20 a irmã e, passado pouco tempo, a relação com o namorado terminou.

Com a morte da irmã perdeu o sentido para a vida. Afinal foi a partir daí que o seu mundo se desmoronou e não com as separações afectivas.... resta pouco do ser que era a Teresa antes da morte da irmã... lembra-se que não reconhece em si aquele seu espírito empreendedor, que ía até ao fim, uma mulher jovem forte e lutadora.

Para si isso é tornar-se adulta... a morte e a separação...tornar-se crescida é para ela este peso que não queria ter conhecido. Estes lutos tinham despedaçado a sua vida, parecia fragmentada sem controlo; a rotina levava-a de arrasto com pouca capacidade para ser responsável pelas suas próprias escolhas.

Falou das suas ideias suicidas da altura, do desespero e da injustiça. Tinha as lágrimas presas dentro do olhar, numa expressão amargurada, e sentia-se enjoada... Disse no fim que a sessão tinha sido muito dura mas que levava muito para pensar. Antes da despedida referiu que algumas vezes saía da nossa sala com esta sensação de enjoo, que parece associar a emoções muito poderosas e as quais não sabe denominar.

“Devemos ajudar a vestirem-se de luto por estas perdas, a desequilibrarem-se para que possam reequilibrar de forma estruturada, e não(...) organizando a sua vida numa fuga à depressão, que mantém no inconsciente o luto por viver.”

Coimbra de Matos

E o mês de Maio foi vívido de volta da morte, a Teresa aparecia nas sessões com uma tristeza no olhar, vivíamos então a Lacuna Básica (grande depressão, embora com esperança e serenidade) . Nestes momentos o que conta é a arte na psicoterapia, que está relacionada com a intimidade que o profissional adquire com a experiência humana compartilhada (Canello, 1991).

Nas sessões seguintes falava da angustia que levava consigo e dos momentos que ficava só a saborear a dor da morte da irmã. Disse que já não tinha medo de se fragmentar com essa dor e que às vezes enquanto chovia ficava ali na janela do seu quarto a chorar as lágrimas que ficaram fechadas durante todos estes anos. Vivemos e revivemos essa dor que se esgota em palavras... e os silêncios tornaram-se mais presentes. Não é possível submergir das raízes da própria angustia sem experimentar durante um tempo um crescimento de angústia e depressão (Yalom, 1980).

Em torno da morte existem muitos componentes: a morte propriamente dita, a ambivalência, a culpa, a interrupção dum projecto de vida, entre outros (Yalom, 1980) . E os nossos fins de tarde de terças-feiras eram agora inundados por sentimentos de injustiça, raiva e dor ... alguém morreu cedo demais.

A ameaça do não ser é a fonte de angústia normal que caracteriza o ser humano. A angústia representa, o confronto entre a necessidade de realização das potencialidades e o perigo de não ser capaz de realizá-las (Scheffer,1983).

Assim, a morte pode ser vista como um limite que remete-nos para as escolhas no projecto de vida pelas quais somos responsáveis. Escolher umas implica que não podemos não escolher ou que não poderemos escolher outras .

Em Junho sentiu-se nova, tivera sentido o cheiro das cinzas e reconstruiu-se para um projecto de vida mais saudável e mais perto daquilo que queria para si. Sabia que teria que ser responsável e dizia ao longo das sessões, que agora queria ocupar o seu tempo a escolher ser feliz e a respeitar o seu ritmo. A consciência da morte alerta-nos para a

profundidade da vida e dá uma perspectiva diferente, longe das preocupações triviais que caracterizam o pensamento do dia-a-dia (Yalom,1980).

Havia mudanças concretas no seu projecto de vida... recuperara a casa onde anteriormente vivia o Paulo e que era sua, estava a fazer obras nessa mesma casa e brevemente mudar-se-ia para lá com a sua filha. Sentia-se capaz de resolver os problemas da rotina, sentia menos medo nas relações inter-pessoais, enfim falou que se sentia preparada para viver e que tinha atingido os objectivos a que se tinha proposto. A passagem pela lacuna básica representa uma pedra de toque da profundidade e da intensidade da psicoterapia (Lau Ribeiro, 1997). Somente depois é que o paciente irá recomeçar, ou seja irá desenvolver novos padrões de relação objectal em substituição dos anteriores (Ballint, 1993).

De facto olhando para a Teresa já era difícil de reconhecer aquela que um ano antes tinha pedido ajuda. Uma das tarefas do terapeuta é incrementar no paciente o sentido de segurança e domínio (Yalom, 1980). Estava na hora de iniciar o processo do terminar.

O nosso foco inicial foi definido por adquirir autonomia e uma maior autenticidade na relação com os outros, não sabia na altura que teria que esmiuçar tanto este processo de luto mal elaborado. A confrontação com a morte é uma situação limite e pode provocar uma mudança radical na maneira de ser da pessoa no mundo (Yalom, 1908).

Em psicoterapia é muito importante caminhar ao lado do paciente, talvez se eu estivesse um passo atrás ou à frente a Teresa não teria a tomada de consciência que teve, e talvez a sua vida estivesse ainda enredada nos seus problemas relacionais. Em certos momentos o terapeuta deve sustentar o paciente, deve permitir que o paciente se relacione ou exista com ele (Balint, 1993).

Estava na altura de preparar para o Terminar . Antes das férias a Teresa perguntou como é que este se iria processar, dizia sentir-se preparada para caminhar sozinha sabendo que não ia ficar sem rede. Estava entusiasmada, sentia-se feliz porque gostava desta sensação de objectivo cumprido... quanto aos restantes fantasmas dizia que um dia iria arregaçar as mangas e enfrentá-los...agora não lhe apetecia remexer em algumas “gavetas” queria usufruir deste sentimento de plenitude. Interrompemos 3 semanas e quando regressamos iríamos estipular quantas mais sessões iriam ser necessárias até ao fim do processo.

Em Setembro retomámos. Recordámos alguns aspectos do seu processo psicoterapêutico e de algumas pontas que estavam ainda soltas... falámos novamente da morte e referiu ter sido curioso porque após a sua vivência do luto nas sessões anteriores a sua relação com a filha estava diferente, sentia-se menos angustiada quando esta estava longe e sentia-se mais preparada para o seu processo de autonomia...o peso no peito e o permanente estado de alerta tinham-se diluído.

A Teresa estava a viver com a filha na sua casa e tinha havido uma ameaça de ruptura na relação com a Sara. Existia tranquilidade na Teresa, sentia que mesmo sozinha o seu projecto de vida não iria ser abalado... houvera uma alteração de planos e a companheira não queria viver dia-a-dia no mesmo lar, mas o seu mundo era o mesmo e já não havia um bilhete de regresso para a Teresa que procurara ajuda um ano antes.

Falámos sobre a forma como vivia essa ameaça e comparámos ao que viveu com a Virgínia. O seu sofrimento não a deixava sem chão e perdida, naquela vivência vazia de árvore seca da Gulbenkian.

Falámos novamente do terminar e havia um pedido da Teresa, havia uma gaveta fechada que queria arrumar... o seu pai estava no Canadá desde a sua adolescência e já não tinha notícias dele desde há um ano e meio, temia a morte dele ou a sua rejeição e abandono.

Existe em alguns pacientes uma tentativa de adiar o terminar no processo terapêutico, contudo pareceu-me que este fantasma seria um possível momento de grande fragilidade e adiámos cerca de um mês o terminar.

O pai foi dado como desaparecido e trabalhámos então o que seria viver esta angústia da incerteza... a Teresa temia que o pai vive-se na solidão dos sem-abrigo . Pensei então que seria útil explorar através dum exercício sugerido por Yalom sobre a morte como é que a Teresa projecta a sua vida. O exercício começa pelo nascimento, passando pela projecção do momento da sua morte e conclui-se através da projecção do percurso de vida entre o nascimento e a morte.

A Teresa nasceu sem “lugar” , uma das necessidades básicas - lugar, nutrição, protecção, suporte e limites (Pesso, 2006). Aparentemente filha desejada a mãe recebeu-a referindo-se a ela como um bebé feio... esta dureza de palavras perseguiram-na na infância e o sentimento de rejeição e de desvalorização foram vincadas na sua vida até à

idade adulta. O seu olhar transmitia uma dor misturada com raiva, havia um forte sentimento de injustiça.

A Teresa falou da projecção da sua morte e referiu dois dos possíveis caminhos ou ficar sem abrigo e sem amor, que era assustador para ela, ou morrer rodeada dos elos mais significativos... Disse-o como uma criança diria, num acto de desespero, que não estava preparada para perder pela morte mais alguém que amasse, e que tinha um medo terrível de perder a sua querida tia, a sua filha ou a Sara... e que foi talvez por esse mesmo motivo que escolhera para companheira de vida alguém mais novo que ela ... a separação da Sara diz ser suportável mas não a sua morte.

Neste período apareceu um problema físico que ameaçou a continuidade da Teresa como ser no mundo... no ano anterior a mesma ameaça houvera surgido. Falámos novamente dos medos da morte, de deixar a sua filha sozinha e referia que apesar de tudo este ano sentia-se menos ansiosa...tudo se revelou como mais um falso alarme .

Restavam-nos poucas sessões antes de Terminar o processo... o pai ficou um assunto pendente, resolvemos numa sessão pouco antes do fim do processo reviver a relação pai e filha .Foi com saudades que a Teresa falou do pai. Uma figura de grande destaque na infância e que sem esta perceber o porquê desapareceu da sua vida...uma grande desilusão com fortes sentimentos de rejeição...onde estava o amor e a intimidade que ambos tinham vivido enquanto partilhavam duma grande cumplicidade?! Momentos de nostalgia foram emergindo e concluímos assim a sessão... para mim parecia estar perante uma pessoa que sofria a perda de outra como sentido pelo luto.

Ricoeur refere que no processo psicoterapêutico é possível a transição natural entre dever ser e ser através da influência do discurso narrativo na mudança de: comportamento, do insight, da experiência emocional correctiva e de sentir a diferença entre dever ser e ser. A última sessão da Teresa foi disto testemunha; foi vivida entre expectativas face ao futuro, a separação, e os objectivos cumpridos.

Foi curioso revermos a mudança que teve em pequenos nadas como o facto de agora já conseguir desligar o telemóvel quando não lhe apetece estar com o outro, das insónias ultrapassadas, do respeito pelo projecto de vida da filha e da companheira, pelo respeito a si própria e ao seu tempo, pela forma como encara os conflitos com a mãe e com o

Paulo e pela sua Autonomia... enfim disse no fim que se encontrava Feliz tinha a sensação de Objectivos cumpridos.

O Psicoterapeuta, a Psicoterapia Breve e a Teresa

O modelo das psicoterapias breves tem as seguintes fases: estabelecimento precoce da aliança terapêutica; planificação e Focalização dos conflitos; ataque às resistências ou consciencialização das máscaras; utilização dos triângulos de conflito e pessoal; transferência; lacuna básica; terminar.

Relativamente à minha forma de estar e sentir neste processo, gostaria de referir que estar com a Teresa era habitualmente fácil. No início existiu alguma insegurança face ao estabelecimento da aliança terapêutica uma vez que já tinham havido anteriormente dois processos psicoterapêuticos falhados; facto que me revelou antes do estabelecimento da aliança terapêutica. Quando a Teresa referiu este dado parecia existir nela uma mistura muito grande de sentimentos que revelavam alguma ambivalência neste processo, por um lado um sentimento de solidão, de desafio, e de medo.

A Teresa foi ao longo do seu processo avaliando se era aceite na sua totalidade, se eu aceitava a sua escolha sexual, as suas dificuldades relacionais, os seus medos e a sua dor.

E foi após esta aceitação de quem é que pareceu sentir-se vinculada a este processo terapêutico. Uma vez em que discuti em supervisão qual o motivo da Teresa permanecer, chegámos a conclusão que foi o facto dela não ter que estar num dos muitos locais onde tinha que vestir um papel para responder às expectativas de outrem.

A célebre frase de Bion “ Sem memória, sem desejo e sem compreensão” parece ter uma grande importância neste processo, nomeadamente o Sem Desejo.

E como acontece por vezes em psicoterapia o foco foi alterado, no início o pedido de ajuda referia-se às dificuldades inerentes às relações inter-pessoais. Parecia existir uma inautenticidade na relação com os outros que referia justificar-se devido ao medo de ficar só. Levantando o véu surgiu aquele luto mal elaborado que escondia outros, o medo da sua morte e da morte daqueles que ama. Como foi visível ao longo do processo um parecia enredar-se no outro e no fim do processo terapêutico ambos pareciam estar resolvidos.

Nesta inautenticidade na relação com os outros eram visíveis nas sessões as zangas e conflitos engolidos comigo, que surgiam mascaradas de sorrisos e palavras doces, foi na confrontação e na clarificação que esta passou a ser mais consciente e ao mesmo tempo as Máscaras foram caindo...tendo sido possível chegar à lacuna básica. Envolvida na solidão dos jardins da Gulbenkian e na morte da irmã... durante estas sessões era pesado a dor e as náuseas. Por vezes a dor do outro toca na dor do psicoterapeuta e recordei Buber que diz que o psicoterapeuta é um curador ferido...E foi com alguma nostalgia e com satisfação que chegámos ao terminar do processo psicoterapêutico.

Kierkegaard afirmou que a conquista da liberdade interior “é optar por si mesmo”, referindo-se à responsabilidade de cada um pelo seu próprio self e existência.

Parecia que o self da Teresa vivia aprisionado nas obrigações e na imagem que transmitia aos outros. Tão longe do seu verdadeiro eu, como um espelho que reflectia as expectativas dos outros face a si própria.

Segundo Rollo May, a psicoterapia luta pela integração interior, constituindo um barómetro muito sensível e revelador dos conflitos e tensões existentes no próprio com a sociedade. Este barómetro é essencial para a ruptura e problemas que ainda não explodiram. Acrescenta que a autoconsciência expande o controle da própria vida e com essa força ampliada vem a capacidade de se sentir mais livre .

Penso que foi através da confiança, da confirmação e da aceitação no processo psicoterapêutico, aliada à motivação, responsabilidade e investimento da Teresa que se tornou possível emergir a sua autenticidade neste projecto e a conseqüente mudança .

Os momentos Eu-Tu de Buber estiveram muito presentes proporcionando um alicerce sólido neste processo de mudança.

Penso que com a minha atitude no estabelecimento da aliança terapêutica, bem como, na Lacuna básica, foram essenciais para o sucesso deste processo terapêutico. A Teresa já tinha passado por duas terapias, que segundo ela não foram bem sucedidas. A Teresa abandonou ambos os processos. Quando a Teresa falou destes abandonos, logo nas primeiras sessões, senti que havia uma ameaça de ruptura . Nas primeiras sessões recorri menos à confrontação, de forma a que esta não fosse percebida como algo castrador; até porque, na relação materna a Teresa sentira-se muitas vezes “humilhada e desvalorizada”. Tive algum receio que a nossa relação se “rompesse”, e duma forma

cautelosa fomos estabelecendo um vínculo de confiança. Possivelmente, uma postura invasiva do terapeuta reforçaria a sua inautenticidade (recordamos a necessidade da Teresa de corresponder às expectativas do outro).

Quando senti que a aliança terapêutica estava estabelecida estes receios diluíram-se e senti segurança para explorar o seu mundo interno. A partir daqui, as sessões eram muito “enriquecedoras”, autênticas, e era muito agradável estar com a Teresa... o seu empenho, aliado à sua motivação para a mudança e à sua capacidade de insight proporcionaram muitos momentos memoráveis de Eu-tu de Bubber.

5 -Comunidade Terapêutica O Lugar da Manhã

Não irei fazer uma abordagem aos tipos de droga, ou mesmo uma longa abordagem sobre os utilizadores de droga, porque me parece mais enriquecedor descrever o que é único na Comunidade onde trabalho desde 2002. A Comunidade Terapêutica “ O Lugar da Manhã” é definida pelo modelo de psicoterapia intensiva. Com isto, refiro que apesar das regras e da rotina diária serem idênticas para todos os residentes, cada utente é único, e com um tratamento específico associado às suas maiores problemáticas.

A nossa equipa é constituída por 6 psicólogos, onde se inclui o supervisor do programa- Dr. Carlos Fugas, 1 técnica de reabilitação, 1 psiquiatra e 1 ex-utilizador de drogas com diversas formações. Penso que estar inserida numa equipa de saúde mental com elevada capacidade técnica, e com uma grande exigência tem-me possibilitado um grande crescimento tanto a nível profissional como pessoal.

Ao longo destes 7 anos em que exerço funções de psicóloga nesta comunidade, foram efectuadas diversas alterações, com o objectivo de adaptar cada vez mais e melhor a comunidade. Estas adaptações foram fundamentadas pela experiência, pelo desenvolvimento da realidade actual dos utilizadores de droga, e pela revisão bibliográfica, que por vezes entra em contradição com antigos mitos sobre “toxicodependentes”.

No Lugar da Manhã não usamos rótulos. Não queremos correr o risco de “açambarcar” todos os residentes numa amalgama definida em conceitos, longe do que a realidade, a experiência e os novos dados científicos nos têm demonstrado. De facto os utilizadores de drogas têm diversas estruturas de personalidade e alguns deles têm distúrbios da personalidade.

Num livro editado por Reich em 2005, refere que para a população dos Estados Unidos, 47,7% dos utilizadores de drogas têm perturbação da personalidade, com mais proeminência a personalidade Antisocial, Obsessivo-compulsivo e Perturbação da personalidade paranoíde. Neste estudo colocaram como uma hipótese com elevado índice de probabilidade o facto destes valores se deverem a um maior insucesso no tratamento de utilizadores de drogas quando existe uma co-morbilidade.

Outro estudo, realizado em 1981, que penso ser muito pertinente para a adaptação das Comunidades à realidade dos utilizadores de opiáceos refere que: para pacientes com

perturbações de personalidade Antisocial prevalecem os problemas legais; para pacientes com perturbação narcísica são mais notórios os problemas médicos; e para pacientes com personalidades Borderline destaca-se o aparecimento de problemas depressivos, após 2 anos de terem tido alta clínica (Reich, 2005).

E estes dados remetem-me para explicar numa forma breve o processo de admissão ao Programa Terapêutico.

Muitas vezes o candidato a residente chega-nos, como descreve Coimbra de Matos, com: um desenvolvimento Insuficiente de competências e perícias consequentes da redução da ambição pessoal; sem entusiasmo; sem esperança; inseguro; à procura dum objecto de apego; à procura do alívio da ânsia, de que resulta o afecto doloroso da falta de afecto; não sente prazer em nada, nem apetite no seja o que for (anedonia e amotivação) e com um sentimento de vazio (Matos, A., 2001).

No processo de admissões é muito importante para o terapeuta trabalhar a motivação junto ao candidato a residente. Por vezes parece que para este viver sem drogas é tão inacreditável e assustador como seria para nós viver noutra planeta. O utilizador de drogas vive diariamente centrado na existência de um produto que transformou a sua relação com o mundo. Tomar drogas não consiste só em sofrer os efeitos de um produto, mas também agir sobre a relação que liga o indivíduo ao mundo pelo desvio de um manejo das suas próprias percepções (Morel, A.; Hervé, F. E Fontaine, B, 1995).

No Lugar da Manhã existem 6 programas distintos com objectivos diferentes e com meios de intervenção adaptados. No processo de admissão, que um terapeuta especializado faz com os candidatos a utentes, familiares ou outra rede de apoio, é avaliado qual o programa que melhor se adapta àquela pessoa.

Assim existe as seguintes opções: Programa Redução de Metadona, Programa Duplo Diagnóstico; Programa Alcoólicos; Programa para Adolescentes; Programa 6 Meses, Programa de Comunidade Terapêutica (onde exerço maioritariamente as minhas funções).

Existe a possibilidade do residente alterar o seu projecto terapêutico, por exemplo é possível entrar num Programa de Duplo Diagnóstico e transitar para Programa de Comunidade Terapêutica.

Gostaria ainda de salientar que é de extrema importância no processo de admissões o papel doutros técnicos que nos enviam os casos, ou mesmo do grupo de rede, uma vez que a motivação para tratamento é por vezes externa ao próprio. Recordo alguns dos residentes que vieram com substituição de pena, e em que alguns deles essa obrigatoriedade terminou ainda no decurso do seu processo terapêutico. Actualmente passados alguns anos após alta clínica esses antigos residentes continuam abstinentes.

Irei reportar-me mais ao Programa de Comunidade Terapêutica (C.T.) porque é nesse que eu exerço a maior parte do meu trabalho. Talvez seja mais simples falar numa forma abrangente daquilo que implica as fases do processo até o residente ter alta clínica.

Após a assinatura do contrato o residente entra na Casa de Entrada, onde tem o primeiro “corte” com os comportamentos associados aos consumos e introduz-se num ambiente acolhedor, fora de perigos, com regras, organizado, e com as primeiras abordagens de espaços terapêuticos.

Esta passagem pela casa de entrada tem vários benefícios. O primeiro é que existe uma diferença ainda mais significativa entre o mundo dos consumos e a Comunidade. A Casa de Entrada é uma espécie de ponto intermédio.

No início do tratamento os abandonos são mais frequentes e isso implicaria uma grande instabilidade no grupo da Comunidade. Esta instabilidade iria prejudicar bastante a psicoterapia realizada na CT, uma vez é importante que exista uma maior estabilidade e segurança no grupo de residentes.

Durante a estadia na Casa de Entrada 2 residentes da Comunidade, que estão nas Admissões, realizam com o novo residente espaços de uma hora. Este chama-se o processo de admissões. Os objectivos essenciais são: os residentes das admissões conhecerem este residente novo, estabelecer com ele uma relação de confiança a fim deste poder questionar e esclarecer todas as dúvidas que tem acerca da comunidade, trabalhar a motivação para o tratamento, e por fim o proporcionar ao novo residente um sentimento de apoio e suporte nesta sua nova mudança (transitar para a Comunidade).

Após o parecer positivo dos residentes das admissões, da viabilidade em termos de vagas e da decisão clínica, o residente entrará então na Comunidade Terapêutica para a

1ª fase. Esta fase tem como duração mínima de 3 meses e os objectivos são: integração no grupo de residentes e na comunidade terapêutica, e corte com os comportamentos disfuncionais associados ao consumo de substâncias psicoactivas, isto porque a toxicoddependência não é exclusivamente uma dependência ao produto em si, mas uma dependência que se instraura em relação ao mundo (Morel, A.; Hervé, F. E Fontaine, B, 1999) e acrescentaria eu uma dependência da vivência emocional desse mesmo mundo.

Posteriormente ao parecer dos residentes da segunda fase e da decisão em reunião de equipa, onde é avaliado se o residente cumpriu os objectivos estabelecidos para passar de fase, o residente irá então transitar para a 2ª fase. Nesta fase, é-lhe exigido uma maior responsabilidade. Os residentes deverão ter um papel mais activo na comunidade com algumas responsabilidades tanto a nível de sector, como “o de cuidar dos outros” (por exemplo ser padrinho/madrinha). Esta fase é também por excelência onde são trabalhadas algumas problemáticas relativas às questões familiares, através de sessões ou mesmo noutros espaços terapêuticos.

Ao fim de 3 meses o residente entra em processo de passagem à 3ª fase, e tal como anteriormente será sujeito a um parecer dos residentes da 3ª fase e da equipa terapêutica.

Na 3ª fase o residente começa a definir um projecto de vida sólido, e uma vez que o processo de confiança na comunidade e nos outros residentes está mais consolidado, existe uma diminuição das resistências o que leva a que nesta altura algumas questões psicoterapêuticas mais dolorosas são elaboradas.

O próprio através dum projecto define quais os objectivos ainda a elaborar no seu projecto terapêutico. Ainda na 3ª fase o residente passa a frequentar uma modalidade, que tem como objectivo a confrontação deste com a vida quotidiana. Muitas vezes surgem angústias referentes a este processo de reinserção, nomeadamente um grande medo de recair nos consumos.

Muitas vezes nos residentes desta fase é notório o seu sentimento de pertença à Comunidade. É visível a vinculação que estes fizeram ao grupo, à equipa, à filosofia, enfim, à representação simbólica da Comunidade. E talvez, usando uma analogia, quando vimos uma criança com uma vinculação segura a explorar o meio ambiente desconhecido, podemos observar que nos primeiros momentos ela está atenta à sua figura de contenção de forma a não a perder de vista. Parece que para os residentes este

passo também é necessário. Para alguns deles a comunidade foi a primeira figura significativa, onde existiu uma vinculação segura e o facto de se afastarem para um ambiente desconhecido, cheio de incertezas remete para algumas angústias muito invasivas. Por vezes nesta fase existem algumas “regressões” e repetem comportamentos disfuncionais que são associados àquela 1ª fase de internamento. Este retrocesso é mais visível na fase que se segue, a pré-alta, uma vez que aqui é trabalhado também o processo de separação face à comunidade terapêutica. E tal como nas “regressões” em que a criança após elaborar a problemática em questão retoma as competências adquiridas anteriormente, o mesmo acontece com os nossos residentes.

Albert Pesse refere que existem 5 necessidades básicas: lugar, nutrição, suporte, apoio, e limites. Na comunidade terapêutica residem muitas pessoas com grandes lacunas nestas 5 necessidades e ao longo do seu tratamento a comunidade tem o papel de “costurar” estas sequelas, ou seja a comunidade é uma espécie de prestadora de cuidados, de forma a que aquelas pessoas tenham uma vida o mais saudável possível.

Nesta última fase (pré-alta) o residente vai procurar emprego, e muitos deles iniciam ou reiniciam a sua vida profissional. Algumas das regras da pré-alta são também diferentes face às regras dos outros residentes, tentando nesta fase individualizar ainda mais o projecto terapêutico, validar as mudanças ocorridas, etc. Ou seja, existe uma maior democratização nas regras uma vez que estas foram propostas pelo grupo de residentes desta fase.

Como tal, existem semanalmente 2 espaços terapêuticos em horário pós-laboral para os residentes de pré-alta que se chama Grupo de Encontro de pré-alta (explicarei mais à frente os grupos de encontro), onde se trabalha algumas questões específicas relativas a esta fase. Nesta última fase surge também a dúvida ao residente se estará apto a ter uma vida responsável, autónoma e livre de drogas.

Durante todo o tratamento existe uma tónica muito forte sobre a autonomia versus dependência. A droga é uma espécie de objecto inerte, sempre disponível e completamente submissa a este desejo de simbiose, ela não é capaz de agir e de querer uma ruptura ou separação.

Alguns deles são dependentes não só das drogas, mas também de famílias disfuncionais que impediram o crescimento e a realização de se tornarem pessoas. Já o senso comum diz “*junta-se a fome com a vontade de comer*” e assim se produz esta junção fortíssima.

Posteriormente à alta clínica o residente poderá optar por ir para a Casa de Saída, onde poderá dar continuidade ao seu projecto de reinserção. Existe também a possibilidade de frequentar semanalmente psicodrama psicanalítico e ter psicoterapia individual.

A casa de saída tem um programa próprio, com regras e objectivos. Existem 3 fases, na última das quais, um dos objectivos é o residente arranjar habitação própria, com um projecto de vida coerente, responsável e autónomo.

Relativamente à rotina diária na Comunidade Terapêutica, estão pré-definidas as tarefas a executar em todos os horários. Isto dá ao residente o sentido de organização, de planeamento e de segurança, uma vez que alguns deles acordavam com a preocupação de acalmar as dores do corpo que reclamavam por drogas. O estado de dependência é portanto a matriz em que se vai iniciar e memorizar a experiência da necessidade e do prazer; uma matriz em que a angústia vai encontrar significados, apaziguamento, representações imaginárias e mecanismos de defesa para diferir o estado de frustração e para produzir satisfação (Morel, A.; Hervé, F. E Fontaine, B., 1999).

Existem espaços de funcionamento nos sectores, horas para os espaços terapêuticos e horas para o lazer entre outras actividades como por exemplo o desporto.

Como já referi anteriormente, existe um forte investimento no nosso modelo psicoterapêutico para um aumento da responsabilidade; uma das formas de concretizarmos esse objectivo é através da organização dos residentes pelos diversos sectores e pela responsabilidade dos mesmos nesses sectores. Assim existem as pequenas responsabilidades (desporto, espaço criativo, tempos livres, fotografia), os sectores que têm um responsável e diversos colaboradores (casa, cozinha, lavandaria e exteriores) e as outras responsabilidades (coordenação, assistente ao grupo, assistente aos sectores, responsável dos assuntos médicos, responsável da administração, admissões e responsável pelo Espaço M).

Desta forma todos os residentes têm um papel preponderante na organização da Comunidade Terapêutica. Estes sectores são rotativos mensalmente e o residente pode

fazer uma proposta à equipa qual o sector que gostaria de estar no mês seguinte. A rotação de sectores é então decidida em reunião de equipa.

A Comunidade Terapêutica delega nos residentes muita responsabilidade, uma vez que é nosso objectivo tornarem-se pessoas autónomas, activas, melhorarem a sua auto-estima e terem sucesso. Estas responsabilidades são super-visionadas pelos elementos de pré-alta, pelo coordenador e pela equipa terapêutica. Diariamente a equipa terapêutica faz 3 vezes passagens de informação com o coordenador dos residentes que transmite à equipa a informação pertinente sobre o grupo. É também importante na Comunidade Terapêutica viver estes diferentes papéis. Pode acontecer um residente num mês ser o coordenador dos residentes e no mês seguinte colaborador noutra sector.

Esta diminuição de poder gera muitas vezes no residente um sentimento de frustração. A gestão do poder e da frustração para alguns residentes ao longo do seu tratamento é uma questão psicoterapêutica importante a elaborar.

Esta dificuldade em viver a frustração faz emergir por vezes aspectos da personalidade mais onnipotentes. Por exemplo, para aqueles em que as situações de maus tratos foram muito proeminentes, e em que existiu uma identificação ao agressor, estão muito habituados a viver sobre a dicotomia de dominar ou ser dominado e viver duma forma saudável esta perda de poder é uma experiência de vida diferente que os retira desta “*possibilidade única*”.

Nestes momentos existe, por vezes, em alguns deles um desafio à figura de “autoridade” (regras e filosofia da comunidade terapêutica, muitas vezes representada pela figura do coordenador ou da equipa terapêutica). Nestas situações é importante para o residente perceber que a sua “agressividade” não irá ser destrutiva uma vez que existem limites bem definidos na comunidade terapêutica.

Existem 2 energias primordiais para manter a vida que é agressividade e a sexualidade. Estas duas energias opostas são essenciais na acção. Ambas têm de ser limitadas, definidas e ter contra-forma durante os anos de desenvolvimento; com amor e justiça pelos pais e prestadores de cuidados primários (Pesso, 2006).

Muitos problemas psicológicos podem ser compreendidos e tratados como um problema com os próprios limites, são uma expressão da incapacidade de viver com a agressão duma forma saudável, por exemplo comportamentos obsessivo-compulsivos,

somatizações, ansiedade, despersonalização, depressão, comportamentos auto – destrutivos ou impulsivos, acting-out, comportamentos promiscuos (Perquin, 1996).

Na Comunidade terapêutica a abordagem dos limites é importante e tem sofrido adaptações, nomeadamente o facto de se terem tornado mais flexíveis. Eles estão presentes não só na rotina da Comunidade Terapêutica, mas também a nível psicoterapêutico.

Os limites para transmitirem segurança têm que ser flexíveis, definitivos e coerentes. O oposto, ou seja, limites muito rígidos remete a vivência dos mesmos para o binómio de impotência/omnipotência (Perquin, 1996).

Gostaria antes de prosseguir para os espaços psicoterapêuticos fazer algumas considerações sobre os abandonos, que para mim é talvez a parte mais difícil de gerir neste trabalho.

Ao longo destes anos tenho crescido e isso implica mais do que saber, consciencializar que os abandonos fazem parte dos processos terapêuticos de alguns, e que outros, não são uma parte do processo, mas sim uma parte da realidade...há alguns dos pacientes que voltam para a droga num ciclo interrupto...

Num estudo realizado em 1991 verificou-se que a taxa de abandonos na Comunidades Terapêuticas era significativamente mais elevado para as personalidades antisociais (Reich, 2005).

Conclui-se ainda através de 12 estudos diferentes sobre abandonos de tratamentos que existe um maior insucesso em pacientes com distúrbios da personalidade e talvez este dado se deva a dificuldade de estabelecer relações significativas, nomeadamente com a equipa terapêutica; instabilidade afectiva; dificuldade em controlar os impulso; e alguns deles com perturbação narcísica da personalidade (Reich, 2005).

A compulsão de repetição do acto de consumo torna-se consubstancial à manutenção dos consumos, que é cada vez mais ameaçada pela privação (Morel, A.; Hervé, F. E Fontaine, B, 1995). Existem 2 processos distintos nas ansiedades de consumo: *craving* (processo de contemplação) e *urge* (impulso para consumir).

E assim, começa muitas vezes o processo de abandonar... o residente diz ao coordenador que quer abandonar o programa terapêutico, senta-se à espera e enquanto

espera o seu corpo transpira ansiedade, as saudades dos consumos corroem-no e por vezes usa outros pretextos para ir consumir.

Em sessões posteriores de avaliação verificamos junto dos ex-residentes o quão falso eram esses pretextos, e que na maior parte das vezes não se chegam a realizar.

Quantas vezes ouvimos “*Vou trabalhar, já estou bem e tenho vontade de fazer uma vida longe da droga*” ou “*Tenho saudades da minha família ou dos meus filhos*” e depois constatamos que se “perderam” em bairros de consumo.

Quando um residente quer abandonar utilizamos algumas estratégias adaptadas a cada um e a cada situação para o ajudar a não tomar uma decisão baseada num acto impulsivo. Podemos por exemplo utilizar: exercícios de relaxamento, exercícios de grounding, sessões de família, o grupo de residentes confrontá-lo com a sua decisão (reunião de ferradura), trabalhos escritos, aconselhamentos, o centro de crise, entre outras.

Ao longo do tratamento, e habitualmente nos pequenos grupos, também ensinamos os residentes a usarem o modelo de prevenção da recaída de Marlatt, o que parece estar a trazer bons resultados.

As fases da recaída são: modo de vida desequilibrado, *craving*, distorções cognitivas com decisões aparentemente inconsequentes, colocar-se em situações de risco, utilizar estratégias de coping ineficazes, ter expectativas de efeitos positivos imediatos, ter um passo em falso que produz o efeito da abstinência e por fim recaída (Rahiqui e Reynaud, 2008).

Alguns Espaços Terapêuticos

Reunião de Preparação/Avaliação de Fim-de-Semana

Nesta reunião os residentes traçam o plano e objectivos para o fim-de-semana. Na segunda-feira existe a avaliação dos mesmos. Neste espaço que parece simples existem muitas rupturas com a vida anterior. Tem sido notório o quanto é difícil para alguns deles planearem um fim-de-semana, uma vez que alguns, antes do internamento, planeavam simplesmente o próximo consumo.

Outra dificuldade que me tenho apercebido nestes espaços é o facto de existir na vida deles muitos projectos falhados e a satisfação de cumprir metas é uma nova realização nas suas vidas.

Destaco ainda, a dificuldade que sentem nos fins-de-semana nos espaços de lazer. Alguns sentem muita dificuldade na interacção com o grupo, outros não sabem o que fazer para se divertirem em tempos livres, outros sentem muitas ansiedades de consumo associados aos fins-de-semana anteriores.

Estas reuniões têm também um efeito retrospectivo, uma vez em que existe uma avaliação da semana e uma preparação para a próxima.

Reunião de Padrinhos

Nesta reunião só participam os residentes que têm afillhados.

Quando um residente mais novo chega à Comunidade Terapêutica, dispõe dum período de quinze dias para escolher entre os residentes que se propõem, aquele que será o seu padrinho/madrinha (existe uma lista com o nome desses residentes, que têm que estar na 2ª fase ou numa das outras a seguir).

Este tem como obrigação ajudar o seu afillhado na integração à Comunidade, tanto ao nível das regras, funcionamento e filosofia; mas também em relação ao grupo de residentes.

O papel de padrinho/madrinha é muito importante uma vez que este residente assume uma maior responsabilidade e passa a ter um papel de “prestador de cuidados”.

Lembro-me duma residente que era madrinha e estava a referir na reunião de padinhos que tinha muita dificuldade que a afillhada cumprisse algumas regras e que a respeitasse. A ligação entre elas era com “*muita brincadeira e pouca confiança*”(sic.). Falei-lhe da relação que a própria tinha com as filhas e que parecia haver uma repetição. A Paula (nome fictício) tem 2 filhas que estão ao cuidado da avó materna. Recordámos então

que a Paula nunca houvera desempenhado o papel materno, deixando o mesmo para a avó das mesmas. Ela era a “irmã porreira” (sic.) que não impunha limites ou regras. Dizia que tinha medo de ser rejeitada e abandonada pelas filhas e pela afilhada.

A Paula tinha também um passado de negligência nos cuidados maternos/paternos. O pai da Paula era muito ausente ao longo da sua infância, e só estava presente para impor limites duma forma rígida e autoritária, existindo mesmo alguns episódios de humilhação. O seu pai acabou por emigrar e nesta altura ela perdeu todos os limites e regras, tendo mesmo tido alguns comportamentos perversos, e hetero/auto – agressivos.

A Paula parecia perdida em relação ao significado deste papel... não havia um modelo saudável de identificação.

Existem muitos residentes que são pais, e que, em alguns casos têm dificuldades em ter este papel mais cuidador, como exemplifiquei no caso que relatei anteriormente. Em outros, os afilhados são uma espécie de espelho narcísico do seu empenho, outros são muito dedicados, outros muito investidos, etc...enfim, o que é importante neste espaço é trabalhar com os padrinhos/madrinhas as questões terapêuticas que emergem desta relação e apoiá-los neste papel que assumiram.

A relação padrinho /afilhado tem-se revelado ser de extrema importância para a integração dos novos residentes na comunidade, uma vez que a experiência dos padrinhos tem um grande valor para a diminuição dos abandonos e integração dos novos elementos na vida comunidade e desempenha um papel crucial na entre ajuda.

Reunião de Fases

Este é um espaço mais íntimo de cada fase. Os residentes têm objectivos comuns, dificuldades comuns, e uma relação mais longa (uma vez que normalmente têm pouco tempo diferente de internamento) e muitas vezes com mais confiança. É também um espaço privilegiado para o terapeuta avaliar a dinâmica de grupo na fase e de intervir.

É de extrema importância criar nas fases relações coerentes, sólidas e de confiança que após alta clínica e durante o tratamento são uma forte referência e suporte nos momentos cruciais. É também de salientar que são muitas vezes os elementos da mesma fase aqueles a quem o residente dá mais crédito, acabando por terem um papel mais

significativo quando os residentes precisam de ajuda, orientação, ou mesmo para serem colocados limites em situações mais adversas, ou de risco.

Pequenos Grupos

Poderíamos definir este espaço terapêutico como uma psicoterapia individual em grupo, em que cada residente está no grupo com o seu terapeuta de referência e aborda questões mais específicas em relação ao seu processo psicoterapêutico e questões familiares.

Neste espaço é preparado, por exemplo: sessões de família, genogramas, recolha de dados significativos da história de vida, modelo de prevenção de recaída, etc.

Muitas vezes em reunião de equipa o terapeuta de referência apresenta e discute com a restante equipa a linha clínica dum residente, definindo-se estratégias de intervenção adaptadas a cada um.

Por vezes destas discussões surgem as Experiências Didáticas - ED. As Ed's têm vários objectivos, destaco os seguintes: tornar visível para o residente e para o grupo uma defesa; o residente pensar sobre uma questão terapêutica; ajudar na integração do mesmo, realçar e saturar um papel negativo no residente, entre outros.

Por exemplo recordo um residente que lhe vou dar o nome de Mário que lhe foi introduzida uma ED que era apanhar bonés. Este residente tinha sido coordenador no mês anterior. Existia no Mário um problema, ele agia de forma a corresponder às expectativas que pensava que a equipa terapêutica e o grupo tinham face a ele.

Com esta “estratégia” o Mário pensava controlar e ter uma relação de poder sobre a equipa e sobre o grupo. Assim, ele referia entre os residentes quem seria o próximo coordenador. Ora como já referi anteriormente a rotação de sectores é definida em reunião de equipa após uma discussão clínica sobre a dinâmica do grupo. Nesta discussão existem muitos aspectos que são levados em conta, assim o coordenador não foi a pessoa que o Mário tinha “decidido”, mas outro elemento.

Esta ED serviu para o Mário pensar de que forma quer controlar as pessoas, e a relação que tenta estabelecer com o poder, agindo muitas vezes em falso- self.

Após concluir a ED, o residente faz a avaliação da mesma quer escrita, quer oral. O objectivo é fazer uma reflexão sobre aquilo que apreendeu da mesma. Acontece frequentemente, os residentes tirarem ilações sobre as ED's que superam os objectivos que a equipa tinha delineado.

Reunião de Mulheres

Este espaço é realizado por uma terapeuta do sexo feminino e as mulheres residentes da Comunidade. Optei por falar deste espaço porque além de gostar muito e de me ter apercebido da importância do mesmo para o tratamento das mulheres utilizadoras de drogas, ele tem-se revelado com algumas dimensões psicoterapêuticas muito interessantes.

Quando iniciei a minha actividade profissional na CT, existia um problema, o número de altas clínicas de residentes mulheres era muito reduzido, e o número de *drop-outs* eram muito elevados para as mulheres.

Existia notoriamente um problema da adaptação da Comunidade a esta população. Nas reuniões de equipa discutimos várias hipóteses e estratégias de intervenção. Queríamos que no Lugar da Manhã as mulheres também pudessem ter sucesso psicoterapêutico. De facto as estratégias foram eficazes, uma vez que o número de altas clínicas dadas nos anteriores 10 anos (3) e nos últimos 7 anos (pelo menos 13 de memória) são muito diferentes.

As hipóteses que colocámos foram: existir algum machismo por parte do grupo de residentes; as mulheres serem uma minoria no mundo da droga e portanto sentirem-se desprotegidas na comunidade terapêutica, e algumas questões que parecem ser comuns às mulheres utilizadoras de drogas que irei referir posteriormente.

Organizámos assim um espaço, que é uma sala de convívio onde só as mulheres podem entrar, com excepção de poderem convidar algum homem à terça-feira, que se chama o Espaço M. É óbvio que é facultativo para elas estarem ou não lá. Este Espaço tem regras próprias, e foi todo decorado pelo grupo de residentes femininas.

Na altura criámos também uma ED. Esta ED consistia no seguinte,: durante um horário pré-definido, os responsáveis de sector eram mulheres (de forma a que estas pudessem ter mais poder, valorizá-las, experimentarem um papel de liderança no grupo e

tornarem-se mais activas). Outras medidas implementadas foram as residentes fazerem seminários sobre machismo, e aumentar a frequência do número de reunião de mulheres.

Nestas reuniões tenho-me apercebido de algumas características que parecem comuns nas utilizadoras de drogas. É muito visível os maus tratos que estas se sujeitam no mundo da droga, quase diria que parece uma espécie de escravatização livre, mas que as mantém muito presas.

Penso que este tipo de escravatização possa ser uma forma de sobreviverem num meio tão hostil e agressivo uma vez que, são uma minoria e são fisicamente mais vulneráveis. São muitas vezes vítimas de episódios de abusos sexuais e agressivos.

Realmente muitas delas recorrem à venda do seu próprio corpo para usufruírem de dinheiro para os consumos, mas quando falo de maus tratos não me refiro só à prostituição, refiro-me também à submissão muito presente na vida delas com o companheiro.

Chegam com uma auto-estima esfarrapada, escondida em defesas arrogantes e onnipotentes, que estão tantas vezes presentes naqueles que “sobrevivem”. Acham-se por vezes muito fortes, parecem mesmo orgulhosas e deliciam-se a falar dos homens que pensam que tinham na mão. Sentem o poder de serem as companheiras do “*big mauzão*”, mesmo que isso se traduza numa série de episódios de internamento hospitalar por agressões físicas ou doenças sexualmente transmissíveis.

A onnipotência nestas mulheres é “escandalosa”... não desistiram daquela ideia de que “*por mim ele vai mudar*”. Por vezes o amor próprio tem uma preocupante tendência para o heroísmo, para se adornar a si próprio com uma capinha de super-herói, que leva a sua dona a sentir-se capaz de realizar algumas proezas titânicas (...) onde só obterá cansaço, humilhação e sofrimento (Michelena, 2008).

Enquanto discutíamos um caso clínico numa reunião de equipa dum residente que lhe darei o nome de Cristina, o nosso supervisor, Carlos Fugas, sugeriu que lêssemos o livro de Mariela Michelena – *Mulheres Mal-Amadas*”. De facto encontrei muitos pontos de contacto com as nossas residentes. Ela refere um facto que achei muito curioso, é que estas mulheres têm um síndrome de “*Cinderela*” e que fazem tudo para ajustar-se a um “príncipe”.

A “Cinderella” vestiu-se e transformou-se em alguém que não era para seduzir o príncipe, envolta num de falso self, voluntario e extremamente penoso, onde reside a dúvida de afinal qual a sua identidade, transformando-se numa mulher submissa, amansada, assustada e complacente.

Robin Norwood no seu livro “Mulheres que amam demais” também faz uma descrição bem curiosa que parece assentar que nem uma luva às nossas residentes. Refere que para estas mulheres amar é sinónimo de sofrer; são atraídas por homens perturbados, distantes e temperamentais; põem de parte amigos e interesses para estarem sempre disponíveis para ele; sentem-se vazias sem ele, muito embora estar com ele seja um tormento.

Ele fez ainda uma abordagem relativa a estas mulheres que também são utilizadoras de drogas. Assim, quando os homens não são a única coisa à qual são viciadas, para bloquear alguns sentimentos de infância mais profundos é desenvolvido dependências a substâncias (drogas, álcool, comida).

Para as mulheres que têm outra dependência o tratamento da relação tem de ser em simultâneo ao tratamento da dependência da outra substância, porque quanto mais dependerem da outra substância maiores serão os sentimentos de vergonha, culpa e medo. Assim, ficam cada vez mais só e isoladas e refugiam-se na relação com um homem, onde procuraram uma compensação face ao seu sentimento de desvalorização. Os relacionamentos são também uma forma de adormecer a dor (Norwood, 2004).

Existe então um círculo vicioso: dependência física de uma substância aumenta devido ao stress da relação; e a dependência emocional da relação é intensificada pelos sentimentos gerados pela dependência química (Norwood, 2004).

Desta forma a relação justifica o consumo, bem como a ausência da mesma, ou a dependência da substância permite tolerar a relação (adormece a dor) e retira a motivação necessária à mudança (Norwood, 2004).

Assim, nestes espaços terapêuticos nós abordamos junto das residentes algumas destas questões terapêuticas, elaboramos com elas as relações significativas com outras mulheres, trabalhamos a auto-estima e os objectivos que pretendem alcançar relativamente ao modelo feminino que querem interiorizar.

Grupos de Encontro

Daniel Casriel foi o mentor dos grupos de encontro quando procurava uma solução mais adequada ao tratamento de toxicodependentes. Nesta altura foram criados com os seguintes objectivos: parar com os sintomas ou comportamentos disfuncionais e pôr energia para agir como pessoas crescidas e responsáveis; lidar com as emoções e com as atitudes que emergem em grupos de confrontação desses mesmos comportamentos desadequados (Sanchez, M., 2001).

Na comunidade terapêutica onde trabalho tem-se realizado diversas discussões críticas sobre este modelo psicoterapêutico que se tem revelado dum riqueza, para estas pessoas, de valor incalculável. Temos realizado contudo, muitas adaptações à técnica e a cada residente. Ao longo dos anos tem existido uma grande evolução na direcção dos grupos de encontro baseada na experiência e na revisão bibliográfica realizada pela nossa equipa.

Assim, em traços gerais este espaço é definido como um espaço de confrontação para resolver conflitos, para estabelecer relações pessoais com uma maior intimidade, ou para pedir ajuda face a um problema que o residente está a vivenciar.

Todos os elementos podem ser confrontados incluindo a equipa terapêutica. O objectivo neste espaço é chegar a Encontro. Muitas vezes para tal acontecer é elaborado, junto dos residentes, muitas questões psicoterapêuticas.

Os nomes dos residentes e alguns dados clínicos que darei nos exemplos a seguir sobre os grupos de encontro são fictícios, de forma a proteger os mesmos na confidencialidade.

Assim passarei a enumerar alguns dos dados científicos que nos permitiram adaptar a técnica e obter cada vez melhores resultados.

1 - Existe uma espécie de banco na memória onde são depositadas as memórias, e o nosso olhar face à realidade é visto através do que está previamente vivenciado. Isto é, se existem inúmeras experiências negativas nós tenderemos a valorizar e olhar para as situações dessa mesma forma (Pesso, 2006). Ou seja, o olhar sobre o presente é fortemente influenciado pelas experiências do passado. As nossas mentes e o nosso comportamento é tecido não só de factos mas de ciclos de emoções seguidas de

sentimentos, que uma vez conhecidos, geram novas emoções, numa polifonia contínua (Damásio, 2000).

Nos Grupos de Encontro é frequente um residente começar a confrontar outro sobre uma situação actual e surgir espontaneamente uma associação a uma situação do passado, ou surgir uma “transferência” em que aquele elemento que se encontra à sua frente remete-o para pessoas da sua vida passada.

Nestas situações é importante intervir de forma a que o paciente trabalhe as emoções associadas e tomar consciência do que acontece na relação presente e de que forma o seu passado interfere na mesma.

Por exemplo, recordo o Jaime que tinha um grande conflito com o Rafael. Ambos tinham estados muitos anos detidos. Durante o confronto o Jaime começa com alguns sintomas corporais associados ao trauma (olhar assustado, tonus muscular tenso, o corpo a tremer, imobilização, arritmia cardíaca, transpiração). Quando questionado sobre o que estava a acontecer com ele o Jaime ficou em silêncio com uma expressão assustada. Sugeri-lhe que escolhesse alguém em quem confiava para lhe dar apoio.

O contacto físico com o Victor despertou a vulnerabilidade do Jaime que entre o seu choro referiu que o Rafael tinha o mesmo olhar que um dos elementos que mais o agrediu em ambiente prisional. O Jaime fez um importante trabalho psicoterapêutico em torno desta questão e “criou uma nova memória”, em que se sentiu contido por alguém significativo. Esta vivência emocional possibilitou que não houvesse uma retraumatização e trouxe-lhe benefícios psicoterapêuticos. Foi também visível o valor desta tomada de consciência para a relação inter-pessoal entre estes 2 residentes.

2- A zanga é funcional, protege de comportamentos perigosos, no sentido dos deter. Quando existe uma relação significativa e íntima onde existe protecção e preocupação a zanga no local certo, no grau certo, e no tempo certo é apropriada, indispensável e funcional (Bowlby, 2006).

Os confrontos onde a zanga está presente são comuns na comunidade. Um das vezes essa zanga é exagerada, e como tal cabe ao terapeuta ou ao grupo de residentes limitá-la ou terminar o confronto de forma a não ser destrutiva para o outro elemento. Pode também acontecer o residente vir “armadilhado” com uma zanga cheia de motivos aparentemente válidos, mas nada pessoais. Nestes casos a zanga também não é

construtiva, pode até ser, por exemplo, uma manobra do paciente que vem confrontar para ganhar protagonismo no grupo, e portanto cabe ao terapeuta que está a dirigir o confronto, ou ao grupo demonstrar que essa zanga não é justa ou válida.

Mas existem muitos casos onde essa zanga é “bem vinda” e tem uma função importante no tratamento dos residentes e estabelece harmonia entre o grupo. Por exemplo, quando ela funciona para delimitar comportamentos disfuncionais ou mesmo quando revela uma forte preocupação face ao outro residente.

Recordo um exemplo em que a Sandra confrontou a sua afilhada Ana. O motivo do confronto era: esta tem diagnóstico de anorexia nervosa e nos últimos tempos andava a controlar a comida, o peso. Após as refeições ia à casa de banho vomitar, e para colmatar tinha ido ao médico do centro saúde e tinha pedido uma dieta que iria diminuir ainda mais o seu peso. Paralelamente à anorexia a Ana tem problemas de saúde graves como HIV +, Tuberculose Pulmonar e Hepatite C.

A Sandra estava muito preocupada com ela, tinha medo que a anorexia da Ana surtisse efeitos devastadores na sua saúde temendo que esta pudesse desplotar alguma doença oportunista. A confrontação demoveu a Ana de continuar com essa dieta, sentiu que a zanga da madrinha tinha a haver com uma preocupação genuína da mesma.

3- Nos funcionamentos depressivos do toxicodependente os afectos não se desenvolveram e diferenciaram, é uma aparente alexitimia, com imaturidade afectiva, um grande atraso emocional, onde existe um atraso no simbólico (Matos, 2001).

No início do tratamento, em alguns residentes, parece que existiu uma “morte afectiva”. Os residentes não sabem identificar os sentimentos e estes parecem envolvidos numa forte carapaça. Muitas vezes surge associado a esta carapaça um grande medo das emoções, como se fossem tão poderosas que fossem capazes de os destruir/fragmentar ou enlouquecer. Para os utilizadores de drogas é muito importante viver duma forma segura as emoções negativas, e esta é uma característica muito valiosa nesta técnica.

Recordo-me dum confronto... o Filipe estava muito assustado com o poder da sua angústia face ao pai, um misto de zanga, dor, traição e desilusão.

O Filipe crescera com o pai e a madrasta. Era o irmão mais novo duma fratria de 3. Aos seus 2 anos a mãe saiu de casa com outro homem.

O Filipe cresceu a ouvir o pai falar da mãe...dizia-lhe que a mãe os tinha abandonado, que não queria saber dele, que era uma mulher “*vulgar*” (sic).

Durante o tratamento foi proposto ao Filipe tentar reaproximar-se da mãe. Nas sessões de família o Filipe percebeu que havia muitos aspectos da verdade que o pai lhe ocultara, como por exemplo, os esforços jurídicos que a mãe tinha feito para se reaproximar do Filipe, os actos de violência doméstica, etc.... o Filipe antes tinha-se sentido rejeitado e abandonado pela mãe e agora sabia que era amado e desejado por ambos os progenitores. No fundo fora “*vítima duma batalha conjugal*” onde só conhecia uma das partes.

Até o Filipe “perdoar” e aceitar o que o pai tinha feito, houve um longo processo psicoterapêutico. Muita dessa psicoterapia foi realizada nos grupos de encontro enquanto confrontava aqueles em quem mais confiava e nesses momentos referia ter um grande medo de enlouquecer.

No início do seu tratamento o Filipe vinha escondido das suas emoções. Falava por trás dum falso self e sempre muito desconfiado. O Filipe abandonou o tratamento na 3ª fase (Verão 2007), e a informação que temos do último follow-up (Dezembro de 2008) é que continua abstinente .

4- Existem 3 grandes motivações para a utilização das drogas: aliviar a dor e a angústia, proteger-se do mundo exterior, diminuir a ameaça que emerge da relação com os outros (Merel, Hervé e Fontaine, 1998).

Recordo-me do Pedro, que confrontava a Tânia zangado pelo desinvestimento que esta tinha face ao seu tratamento. A Tânia tinha o filho em processo de adopção e o Pedro um luto por elaborar da filha que morreu aos 5 anos.

No confronto a Tânia disse ao Pedro que preferia que o filho morresse a ter que ir para adopção. A resposta emocional do Pedro foi duma extrema vulnerabilidade. Nesta altura começaram a emergir os sentimentos dum luto ainda não elaborado. O Pedro trabalhou em diversos espaços terapêuticos nomeadamente nos grupos de encontro a morte precoce desta filha.

Após a morte da filha o Pedro referiu que “*enterrei-me na heroína*” (sic.). Os consumos já tinham começado anteriormente, mas na altura que a filha faleceu este encontrava-se

abstinente há já algum tempo, e uma semana após o trágico acontecimento reiniciou os consumos numa forma completamente devastadora, numa tentativa desesperada de apagar esta dor.

5- A intensidade dos efeitos das substâncias que alteram o estado de humor intervêm nos afectos e nas emoções ligadas aos contactos sociais e satisfazem as seguintes necessidades: excitação psico- corporal e da descarga sensorial, afastamento dum parte da realidade que obstaculiza o prazer e a independência, anestesia o sofrimento interno que vem ensombrar a experiência, e a transposição das fronteiras – uma fantasia que não existem limites (Merel, Hervé e Fontaine, 1998).

Na confrontação por vezes um residente ajuda o outro “*a aterrar os pés na terra*”. Muitas vezes ouvimos durante a confrontação o residente falar ao outro de realidades da sua vida que ele quer esquecer. Por exemplo, se ele desistir e continuar a consumir o que irá acontecer aos filhos que são remetidos novamente para segundo plano, à sua saúde, aos seus projectos de vida, etc. Estes aspectos da realidade têm um efeito de “*grounding*” sobre o outro residente que estava envolvido em fantasias onnipotentes.

6- O trauma é um facto da vida e não uma condenação perpétua . Os sintomas do trauma são: vigilância exagerada, imagens invasivas, sensibilidade extrema à luz e som, respostas emocionais exageradas, pesadelos, mudanças repentinas de humor, diminuição da capacidade de lidar com o *stress*, dificuldade em dormir, ataques de pânico, comportamentos de aversão, atracção por situações perigosas, choro frequente, actividade sexual desregulada, amnésia e esquecimentos, incapacidade de vincular-se, medo de morrer ou ficar louco, problemas no sistema imunológico, doenças psicossomáticas (Levine, 1999) .

7 - As componentes do trauma são: hiper- activação (aumento dos batimentos cardíacos, respiração acelerada, dificuldade em dormir, tensão, tremores musculares, agitação mental); constrição (o sistema nervoso age para assegurar que todos os esforços estão concentrados na ameaça, aumentando assim a tensão no tonus muscular); dissociação (distorção no tempo e na percepção, onde há uma ruptura da percepção da consciência, do corpo, e de todo o acontecimento); congelamento/imobilidade/impotência (Levine, 1999)

8- Pesquisas contemporâneas observaram que existe uma forte correlação entre pessoas com PTSD e problemas de regulação afectiva, nomeadamente na dificuldade em lidar com a: agressividade, comportamentos crónicos auto-destrutivos e comportamentos suicidas, sexualidade; impulsividade e comportamentos de risco (Herman, 1992). Observações recentes concluíram que 80% das crianças abusadas desenvolveram padrões de vinculação desorganizadas/desorientadas. Um estudo recente concluiu que o trauma repetido e em idades precoces afecta a capacidade de regular respostas afectivas intensas, e estas estão associadas a comportamentos auto e hetero agressivos (Kolk, Pelcovitz; Roth, McFarlane; Herman, 1996).

Estes últimos 3 pontos sobre o trauma levaram-nos a uma discussão e uma alteração da técnica anteriormente utilizada.

Alguns dos residentes quando estão a ser confrontados parecem repetir sintomas de situações antigas de trauma. Alguns deles parecem mesmo dissociados, o que nos levou a pensar de que forma teríamos de adaptar a técnica para não se sentirem destruídos pela confrontação.

A nossa primeira experiência foi duma residente que quando tinha chegado à 3ª fase ainda nunca tinha confrontado e quando era confrontada parecia ficar muito assustada e vulnerável. Pensámos em algumas estratégias, nomeadamente formas desta se sentir segura durante a confrontação.

Após a aplicação destas estratégias a residente melhorou bastante nas relações interpessoais, aderiu aos grupos de encontro, passou a ser mais espontânea e assertiva. O grupo de encontro parecia agora ser uma técnica completamente adaptada a esta residente, que já teve alta clínica há aproximadamente 3 anos e que se encontra abstinentes.

Recordo ainda de outra paciente que lhe darei o nome de Clara. A Clara não terminou o tratamento, sendo este droup-out repetido de outra comunidade. A Clara parecia ter muito vincado em si os comportamentos auto-destrutivos. Aos 4 anos de idade tinha sido abusada sexualmente pelo pai, e um ano após este abuso foi viver com os avós paternos. A Clara juntou 2 factores muito violentos na sua infância precoce, a violação do pai, e uma repetida negligência dos progenitores. Durante os primeiros grupos de encontro a Clara parecia dissociar-se. A Clara também tinha outro mecanismo de

defesa que Levine descreve nas pessoas abusadas que é o facto de ser muito sedutora para potenciais agressores.

Utilizamos algumas estratégias que parecem ter resultado de forma a que esta se sentisse mais segura na Comunidade...apesar de tudo ao fim dum ano acaba por abandonar o seu tratamento. Actualmente a Clara encontra-se a viver na rua, a consumir e a não ter qualquer cuidado com a sua saúde apesar desta ser muito frágil.

A técnica dos Grupos de Encontro

Quando me refiro à técnica dos grupos de encontro, refiro-me em traços gerais a alguns aspectos que como referi anteriormente foram-se alterando e que são resultado de: 17 anos de experiência da Comunidade, do conhecimento do nosso supervisor, das contribuições que todos os elementos da equipa fazem, dos avanços científicos e da aprendizagem que temos diariamente com os nossos residentes.

Gostaria ainda de referir que na reunião semanal da equipa terapêutica existe um espaço de aproximadamente 2 horas, onde é feita supervisão à direcção de grupos de encontro, e que tem permitido uma melhoria muito significativa na condução dos mesmos.

Penso que esta nossa preocupação de cada vez fazer melhor, dá-nos um selo de garantia de qualidade e no qual não existe espaço ou lugar para estagnar, uma vez que este é um trabalho exigente e com pessoas muito fragilizadas.

Relativamente às minhas dificuldades pessoais na direcção deste espaço, tenho sentido um grande crescimento, existindo ainda muitas áreas em que preciso de melhorar e que têm implicações não só profissionais mas também pessoais, nomeadamente na minha dificuldade de gerir os conflitos.

O grupo de encontro é um espaço de livre expressão, com limites bem definidos, ou seja o facto de haver regras e limites possibilita a todos os residentes sentirem-se seguros para serem espontâneos, viverem em democracia e experimentarem sentir e elaborar as emoções que eram anteriormente tão aterrorizadoras. Assim a confiança, o respeito, e a confidencialidade são de extrema importância para favorecer a intimidade daquilo que é partilhado pelos residentes no grupo de encontro.

O Grupo de Encontro é composto por diversos confrontos. Para o residente ter o direito de confrontar tem que ser o primeiro a dizer “Eu”, uma vez que a energia e a motivação

são factores cruciais para um bom trabalho psicoterapêutico e inter-pessoal neste espaço.

A primeira decisão do terapeuta que está a dirigir o espaço é se valida ou não o confronto, isto é se os motivos são genuínos, uma vez que a verdade é muito importante na comunidade e neste espaço terapêutico.

No exemplo que dei anteriormente da Sandra a confrontar a Ana, se esta não tivesse acreditado na preocupação autêntica da sua madrinha, provavelmente, deste confronto, não iria surgir qualquer mudança de comportamento da Ana. Poderíamos dizer que no grupo de encontro partimos do conflito para chegar à pessoa, e é através da relação com o outro e na relação com o outro que emergem as questões individuais.

No início do confronto bem como durante toda a duração do mesmo é necessário o terapeuta estar atento à linguagem não verbal, que é uma ferramenta essencial, uma vez que esta não é “controlada” pelos próprios, ela deixa transparecer emoções e defesas mais próximas da verdade do que o conteúdo manifesto.

Outra decisão que o terapeuta terá que fazer no início do confronto é se aquele será ou não um confronto onde irá despender muita energia, isto porque é importante para os residentes que este espaço terapêutico não seja usado negativamente. Seria injusto para o grupo de residentes que um espaço onde é necessário haver empenho e motivação, que houvesse um residente que estaria a destruir, manipular ou mesmo “pastelar”, uma vez que este tempo é precioso no tratamento deles.

Assim, nem todos os confrontos são iguais, existindo mesmo alguns que mudam a dinâmica e atmosfera do grupo. Alguns dados que o terapeuta deverá ter em consideração para escolher os confrontos onde vai investir mais são: os confrontos em que existe uma verdadeira exposição emocional, que têm maior probabilidade de sucesso e quando há autenticidade por parte dos residentes.

As intervenções do terapeuta devem ser curtas e só mesmo quando necessárias, uma vez que o protagonismo nesta técnica é dos residentes. Com isto visa-se aumentar o seu “*empowerment*”. É de extrema importância os residentes sentirem-se aptos para construir, uma vez que a destruição foi muitas vezes presente na vida dos consumos.

Um factor também importante para o terapeuta que está a dirigir um confronto é a informação que tem do contexto. Essa informação pode ser uma mais valia ou poderá prejudicar o confronto e os residentes em questão.

Numa Comunidade Terapêutica, com a velocidade que as mudanças ocorrem, com dados clínicos dos residentes, com o facto destes conviverem 7 dias por semana 24 horas por dia, e os terapeutas estarem presentes na vida da comunidade, existe muita informação que é preciso gerir. Por exemplo o terapeuta poderá estar tão invadido pela informação do contexto que poderá não conseguir perceber um movimento positivo dum residente que anteriormente estava fixado a um papel negativo.

Existem 2 expressões de Bion que são uma forte referência quando se está a dirigir um confronto “*Sem memória, sem desejo, e sem compreensão*” e “*A ideia à procura do pensador*”. Ou seja, o terapeuta deve estar com uma atenção selectiva e procurar no Aqui e Agora a hipótese que se encaixa melhor à inter-acção entre aquelas 2 pessoas.

Assim, existem algumas linhas de orientação que são um critério para esquecer o contexto. E elas são: quando há uma super valorização do contexto, por exemplo se no quotidiano da comunidade for muito habitual falar dum assunto; quando os residentes usam a história de vida (por exemplo serem confrontados com uma falha na responsabilidade actual e refugiarem-se na história de vida como justificação para a irresponsabilidade); quando é atribuído a um residente pelo grupo um papel super valorizado, por exemplo de bode expiatório; e quando há indicadores que parecem revelar que existem erros dos residentes que não estão assumidos.

Um confronto tem 3 fases.

1ª fase do confronto- O residente expõe os motivos pelos quais o leva a confrontar. Nesta fase acontece três hipóteses:

a) Não existe confrontação, ou seja não há emoção associada ao confronto. Nestas situações o terapeuta tem várias estratégias para intervir baseada na hipótese que que coloca para isso acontecer.

Por exemplo pode acontecer que o motivo que o residente apresente seja de repor com outro face a uma atitude que teve, por exemplo enganá-lo. Este seria o motivo

manifesto, mas neste exemplo o próprio residente não se sente culpado, e está numa atitude passiva-agressiva.

O Terapeuta poderia ter algumas das seguintes estratégias : não gastar energia neste confronto e terminar, poderia por o grupo a falar daquilo que pensa face ao confronto, ou poderia fazer um exercício através duma figura simbólica que transparecesse o motivo latente do confronto, por exemplo vestir o residente que confrontou de guerreiro.

É importante que os residentes não mantenham as defesas menos saudáveis para sobreviver, como no exemplo anterior, e o exercício terapêutico é uma ajuda para retirá-lo desse funcionamento mental.

b) Quando existe um período excessivo de confrontação, e os residentes não fazem a transição para a fase seguinte da confrontação.

Pode acontecer que o residente esteja a “exagerar” na sua zanga, e então como referi anteriormente o terapeuta ou o grupo de residentes terá que parar esta situação. Pode acontecer que ao suceder isto o terapeuta avalie que a zanga deste residente terá que ser elaborada e propor-lhe um exercício que poderá ser de limites.

É muito importante ter em linha de conta as reacções corporais dos residentes, pode acontecer que um residente que esteja nesta posição de ser confrontado desta maneira se sinta destruído, vulnerável, humilhado, etc. O terapeuta deverá então intervir o mais cedo possível, de forma a proporcionar a esse residente outra forma de estar. Pode, por exemplo ter um abraço de outro com quem se sinta seguro e confiante. É muito importante nesta técnica fazer uma aliança terapêutica com as partes saudáveis dos pacientes.

Outra situação onde ocorre muitas vezes um período excessivo de confrontação é quando existe uma luta de poder, de liderança, ou muita competição entre 2 residentes.

Nestas situações é uma mais valia usar um exercício terapêutico para desbloquear e tornar-se possível a transição para a fase seguinte do confronto.

c) Quando existe confrontação e os residentes por si só fazem a transição para a fase seguinte do confronto. Nesta situação o terapeuta não precisa de agir.

Assim os exercícios terapêuticos nesta fase são uma mais valia quando:

1- Existe uma dificuldade do residente expressar a sua emoção. Por exemplo, um residente estar muito magoado com outro porque este passou-lhe a ser indiferente e não conseguir verbalizar ou demonstrar essa mágoa. Nesta situação é benéfico usar um exercício terapêutico para expressar essa emoção (até como já referi anteriormente existe por vezes um grande congelamento da vida afectiva).

2- É necessário um dos residentes tomar consciência- o residente que confronta ou é confrontado pode ter muitas defesas que bloqueiam a relação inter-pessoal. Destaco, e como já referi anteriormente situações do passado que emergem na relação com os outros, defesas, ou manipulações.

Existem inúmeros exemplos e os exercícios poderão e deverão ser muitas vezes imagens simbólicas, uma caricatura do conteúdo manifesto. Assim, é por vezes muito útil utilizar o sentido de humor nos exercícios terapêuticos, que facilita o residente aceitar a realidade que pretendia esconder atrás das "máscaras".

3 - Quando é necessário fazer emergir o confronto, ou seja sabemos que o conflito está presente mas o ou os residentes estão defendidos.

4 - Para transitar de fase do confronto, já referido anteriormente.

Se o exercício não tiver um resultado imediato então é um bom indicador que a hipótese colocada face ao confronto estava errada e como tal é necessário o terapeuta recuar, e poderá mesmo mudar de hipótese.

É de realçar ainda, que os exercícios não devem ser muito longos, uma vez que isso inviabiliza ou dificulta a inter-acção entre aqueles 2 residentes.

2ª Fase do Confronto- Conversação.

Nesta fase o terapeuta não deverá intervir.

3ª Fase- Terminar

Poderá ser em Encontro ou Compromisso.

Existem outros espaços terapêuticos que não irei descrever, embora como é perceptível e como referi anteriormente, a Comunidade Terapêutica está cheia de sentidos e de

significados e os outros espaços têm também um papel crucial no tratamento de utilizadores de drogas.

Penso que o facto de na reunião de equipa discutirmos a dinâmica do grupo e delinear as hipóteses de intervenção terapêutica tem sido muito importante para os resultados estatísticos da Comunidade Terapêutica.

Trabalhar com utilizadores de drogas, em contexto de comunidade terapêutica, tem sido muito interessante, uma descoberta diária sem lugar para rotinas... diria que não existe espaço para aborrecimentos ou para estagnar a nível profissional. Existe uma novidade e em termos psicoterapêuticos uma permanente descoberta... não há 2 residentes iguais e a dinâmica do grupo é sempre um desafio à capacidade técnica da equipa terapêutica. É sem dúvida um trabalho estimulante, exigente e que implica uma grande disponibilidade por parte da equipa terapêutica.

Ao longo destes 7 anos tenho aprendido e redefinido muitos pré-conceitos sobre utilizadores de drogas. Aqueles padrões sociais que os definem como manipuladores são sem dúvida uma estratégia de sobrevivência; a capacidade de confiança está muitas vezes fragilizada; a noção de limites está muito detiorada e é de extrema importância não só no contexto comunitário mas também no contexto psicoterapêutico redefini-los, e de facto, existe uma grande vulnerabilidade emocional.

A comunidade terapêutica é sem dúvida um local privilegiado para conhecer a complexidade do ser humano...

6- Conclusão

É irónico dizer que vou escrever uma conclusão dum percurso incompleto...mas estes dez anos representaram muito para mim. A Psicologia começou por ser um sonho que se tornou realidade.

O que me fascinou quando optei pela psicologia já não é aquilo que mais me fascina hoje... fui para psicologia “ *para ajudar os outros*”. Mal eu sabia que esta frase “*omnipotente*” não se enquadra nesta profissão, uma vez que o paciente é aquele que tem a responsabilidade de conduzir o seu processo terapêutico. Para ser psicóloga é preciso ser humilde, e ter um grande respeito pelo outro, naquilo que implica as escolhas da vida deles... mesmo quando sei que um residente vai abandonar o programa terapêutico para se deixar arrastar novamente na lama da droga...

Hoje sou psicóloga e tudo o que é a psicologia superou as minhas expectativas... tenho uma curiosidade enorme de saber mais sobre as emoções, as cognições, sobre a forma como nos adaptamos ao mundo, enfim sobre o fascinante e complexo mundo do ser humano.

Ver o processo de mudança de alguns pacientes com quem estive é uma honra e um verdadeiro prazer. Mesmo daqueles que o rosto esbate-se na morte, no desespero, nas recaídas consecutivas... mesmo nos “*fracassos*” retiro sabedoria.

Por vezes ainda fico indignada e revoltada com a crueldade das histórias de vida, mas é incrível a capacidade humana para tecer novas linhas para o seu projecto. Recordo das aulas do professor Coimbra de Matos sobre a Resiliência e da importância que a vinculação tem para ter esta capacidade.

E eu penso que a “*vinculação*” no processo terapêutico é a forma de arte do psicoterapeuta que poderá contribuir para o paciente conquistar a Resiliência, e conseguir alcançar as mudanças.

7- Referências Bibliográficas

Backman, M.E. (1989) *The Psychology of the physically Ill Patient*. New York: Plenum Press.

Balint, M.(1993)- *A falha básica*, Artes Médicas .

Bergeret, J (1998)- *Psicologia patológica, teórica e clínica*, Climepsi Editores, Lisboa.

Bowlby, J. (2006) – *A secure Base*. Routledge,.Nova York.

Bruchon- Schweitzer, M. ; Quintard, B.; Nuissier, J. & Paulhan, I. (1994). Ajustement psychologique à l'hospitalisation et évolution de l'état de santé de patients adultes. *Revue européenne de Psychologie Appliquée*,44 (3). Editions du centre de Psychologie Appliquée: Paris.

Cancello, Luiz- O fio das Palavras (1991), *Um estudo de psicoterapia existencial*, Summus editorial, São Paulo.

Carroll, D. (1992) *Pain and psychological approaches to its management*. Heath Psychology: Stress, Behaviour and disease. The Falmer Press. 85-97.

Cassee, E. (1975). Therapeutic behaviour, hospital culture and communication. *A sociology Medical Practice*. London: Collier Mac-Millian.

Coimbra de Matos, A. (2001) *A depressão*, Climepsi Editores, Lisboa.

Damásio, A. (2000) *O sentimento de si*, Publicações Europa-América, Mem Martins.

Hycner, R (1995) *De pessoa a pessoa, psicoterapia dialógica*, Summus editorial.

Lagache, d. (1988) . *A unidade da psicologia*. Paris

Lau Ribeiro, P.(1997) *Psicoterapia breve, um modelo integrado*, Sociedade Portuguesa Psicoterapias Breves, Lisboa.

Lazarus, R.S. (1992) . Coping With the stress of illness. *Health promotion and chronic illness, discovering a new quality of health*. World health organization : Copenhagen.

Leal, M. R. M. (1993) *A psicoterapia como aprendizagem*. Associação dos Psicólogos Portugueses.

Leal, I. P. (1999). *Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio*. ISPA, Lisboa.

Levine, P.A. (1999) *O despertar do tigre – curando o trauma.*, Summus, São Paulo.

Marques, M.E. (1999). *A psicologia clinica e o rorschach*. climepsi editores, Lisboa.

May, R.- *O Homem à procura de si mesmo*, Editora Vozes, 20ª edição.

Mcintyre, T. M. & Vila-Chã, (1995). *O sofrimento do doente: leituras multidisciplinares*. Associação dos Psicólogos Portugueses, Braga.

Michelena, M (2008)- *Mulheres mal-amadas*.A esfera dos Livros, Lisboa.

Morel, A.; Hervé, F. e Fontaine B. (1998)- *Cuidados ao toxicodependente*. Climepsi editors: Lisboa.

Norwood, R.(2004)- *Mulheres que amam demais* . Artes Gráficas, Lda : Lisboa.

Perquin, L (1996) – *Omnipotence and limits in pesso boyden system psychomotor: Guidelines for Limit Structures*.

Pesso, A (2006). –*Filling holes in roles*, Pesso Boyden System Psychomotor.

Pimentel, M.L.(2004) – *Um espaço de descoberta para a mudança*. Comunicação apresentada na V Conferência de Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários, Lisboa.

Rahiqui, H. e Reynaud, M.(2008) *Terapias cognitivo-omportamentais e adições*,.Climepsi editores, Lisboa.

Reich, J.(2005)- *Personality disorders- current research and treatments*. Routledge, Nova York.

Reis, C.J. (1998) *O sorriso de Hipócrates*. Vega , Lisboa.

Ribeiro, J.L.P. (1997). A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas.2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde,pp. 253- 273, Lisboa.

Ribeiro, J. L. P. (1998) *Psicologia e saúde*.ISPA : Lisboa.

Sanches, M. P. (2007) .Adictos : O processo de mudança na comunidade terapêutica. *A Pedra e o charco-sobre o conhecimento e intervenção nas drogas*, pp321-343.Íman Edições, Almada.

Santacreu, J. (1980) *Modificación de conducta y Psicología de la salud*. Valencia: Promolibro.

Scheffer, R (1983) – *Teorias de Aconselhamento*, Editora Atlas S.A.

Taylor, S.E., e Aspinwall. (1990) Psychological aspectsof chronic illness. In G. Herek e col. (1990) *Psychological Aspects of Serious Illness: Chronic Conditions, Fatal diseases and Clinical care*. Washington : A.P.A

Teixeira, J.A.C. (1993) *Psicologia da Saúde e Sida*. I.S.P.A., Lisboa.

Van der Kolk, B.A. (2003) The neurobiology of childhood trauma and abuse, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, pp 293-312.

Van der Kolk, B.A.; Pelcovitz, P.; Roth, S. ; McFarlane, F. e Herman, J.L. (1996) Dissociation, somatization and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma, *American Psychiatric association*, 153, pp 83-93.

Yalom, I(1985)- *Psicoterapia existencial*, Editorial Herder S.A.

