

Problemas metodológicos na aplicação da psicoterapia analítica a toxicodependentes

MANUELA FLEMING
J. MACHADO VAZ *

1. Introdução

O presente trabalho foi-nos sugerido pelas dificuldades sentidas enquanto psicoterapeutas de orientação analítica, do Centro de Estudos da Profilaxia da Droga/Norte. Essas dificuldades, oriundas do facto de não considerarmos muitos dos utentes do Centro, como boas indicações de psicoterapia analítica, levaram-nos à utilização para esses casos, da técnica neo-rogeriana como tentativa de criar o primeiro contacto com jovens toxicodependentes e de manter uma relação com potencial evolutivo.

2. Situação institucional em que se desenvolve a nossa prática e problemas metodológicos

Porquê o aparente paradoxo de psicoterapeutas de orientação analítica aplicando nalguns casos uma técnica por muitos considerada como simplista? Vejamos o que se passa a nível do funcionamento do CEPD/NORTE: A desintoxicação dos dependentes aos narcóticos, faz-se, no plano físico, utilizando a metadona como narcótico de substituição. Por este meio, é com

relativa simplicidade que se resolve o problema da mera dependência orgânica. Resta o aspecto da dependência psíquica, muito mais complexo, intimamente ligado à estrutura de personalidade do drogado, que o leva muitas vezes a injectar-se durante a desintoxicação pela metadona ou a uma recaída imediata após a terminação da mesma.

Faz parte das directrizes do CEPD/NORTE que, um processo psicoterapêutico paralelo à desintoxicação é indispensável, o qual, é condição *sine qua non* para a aceitação no programa de metadona de qualquer dependente.

Facilmente se vê o problema de base que se põe aos terapeutas, com este modo de funcionamento.

Em vez de serem confrontados com os casos escolhidos por eles como boas indicações para terapia analítica, são submergidos por uma massa heterogénia de situações, quer ao nível clínico, quer ao nível de motivação.

Dois dos subgrupos desta população levantam poucos problemas. De um lado, aqueles que são na realidade boas indicações e que iniciam de imediato o processo terapêutico. Do outro, aqueles que pela sua posição perversa face à toxicodependência, por incapacidade de *insight* ou outras razões, excluem *ab-initio* a possibilidade de uma intervenção psicoterapêu-

* Comunicação apresentada no I Simpósio da Relação Médico-Doente na Prática Clínica, realizado em Coimbra, em Novembro de 1980. M. F. é Psicóloga no Centro de Estudos e Profilaxia da Droga/Norte. J. M. V. é Assistente Psicologia Básica no I.C.B.A.S. e Técnico no C.E.P.D./Norte.

tica. A esses, só se pode oferecer uma desintoxicação física rápida, acompanhada de um mero apoio psicológico a nível superficial. Mas, muitos dos utentes não têm perfis psicológicos tão lineares. Com uma motivação considerada razoável coexiste muitas vezes um *insight* insuficiente. Noutros casos, há a capacidade, pelo menos teórica, de empreender uma psicoterapia analítica, que, no entanto, leva a curto prazo a níveis de angústia e tendências ao «acting-out» (muito facilitado pelo carácter ambulatório do serviço), incompatíveis com a vida normal da instituição.

A técnica rogeriana de entrevista, tem permitido em vários casos, manter o contacto possível, que não o ideal, com alguns utentes, deixando em aberto em muitas ocasiões, a ulterior possibilidade da passagem a uma terapia analítica.

Antes de expormos um caso clínico que nos parece ilustrativo do acima exposto, faremos um curto resumo de noções básicas da teoria e técnica rogerianas.

3. Noções básicas da teoria rogeriana

No início dos anos 40, Carl Rogers tentava pela primeira vez aplicar métodos empíricos de pesquisa psicológica ao processo terapêutico tais como gravações e escalas de avaliação. Daí tem resultado, mais do que uma concepção da personalidade, embora ela também exista, o que se poderia antes apelidar de teoria da psicoterapia rogeriana.

Nas palavras de Rogers, o homem possui uma tendência positiva e construtiva para se realizar por si próprio se lhe forem proporcionadas as condições para tal, tendência essa a que chamou actualizante. Por outro lado, Rogers define *Self* como a imagem que a pessoa tem de si própria, possível de modificações constantes e disponível para o campo da consciência. Estreitamente ligada com esta, introduz-se também a noção de *Self* ideal englobando o conjunto das características que o indivíduo quereria poder considerar como descritivas de si próprio.

De um modo esquemático poderemos dizer que para Rogers a génese do conflito psíquico reside num desacordo entre o *Self* e a experiência vivida. Daí, a importância dada à «consideração positiva» por parte dos pais, no desenvolvimento da criança que, assim, poderá valorizar todas as experiências feitas. No caso contrário, a criança passará a comparar as suas vivências com critérios que, na realidade, são de outros e não seus. O futuro neurótico passará a preferir a aceitação pelo «outro» à possibilidade de viver por si próprio as suas experiências. Em situações de conflito utilizará mecanismos de defesa, como a deformação e a denegação, para tentar reduzir o desacordo entre o *Self* e a experiência.

3.1. Corolários terapêuticos

1.^a Fase — Década de 40 — A finalidade do trabalho terapêutico seria criar uma atmosfera desprovida de angústia na qual a pessoa pudesse estruturar e compreender os seus problemas. O terapeuta dá provas de empatia, mas não é de modo algum directivo.

2.^a Fase — De 1950 a 1957 — Passa-se a tentar explorar em profundidade os sentimentos do cliente e as situações de conflito entre o *Self* e a experiência e o *Self* e o *Self* ideal. O terapeuta deve-se abster de interpretações que possam ameaçar o *Self*, criando angústia ou dando origem ao aparecimento de mecanismos de defesa.

3.^a Fase — Até aos nossos dias — O acento das investigações desloca-se do papel do terapeuta para as suas relações com o cliente. A terapia torna-se uma situação interpessoal que traz experiências novas tanto ao terapeuta como ao cliente, não se tratando já de reflectir simplesmente os seus sentimentos.

Em qualquer uma das três fases, as «exigências básicas» feitas a um bom terapeuta são as mesmas:

1. *Autenticidade* — Reacção verdadeira e humana por parte do terapeuta.
2. *Consideração Positiva* — Aceitar a pessoa do cliente sem condições.

3. *Verbalização* — Capacidade de compreender e verbalizar as experiências do cliente.

As reformulações vão do simples reflexo verbal à clarificação do conteúdo do discurso que, por tentar atingir o essencial da experiência relatada pelo indivíduo, pode, segundo os rogerianos clássicos, resvalar facilmente para o campo da interpretação por eles considerada como indesejável.

4. *Joana ou o espelho fragmentado*

É com alguma frequência que deparamos no decurso do nosso trabalho terapêutico com os conflitos descritos por Rogers entre *Self* e experiência e *Self* e o *Self* ideal.

Esta mesma conceptualização não contradiz os trabalhos elaborados por autores de referência analítica que teorizam a apetência em termos de falha na estrutura do *Self* e nas funções do Ego. Segundo esses autores, as desordens narcísicas dos apetentes aos adictivos, estariam relacionadas com a falha na relação entre *Self* e o objecto ou ainda na ausência de um objecto idealizado minimamente organizado, que levaria a uma instabilidade do *Self*, ou, se quisermos, a uma descompensação narcísica reparada em parte pela elaboração de defesas muito primitivas e em parte pela gratificação encontrada na ingestão de droga que pelos seus efeitos euforizantes, cria a ilusão de um *Self* onipotente ou mais de acordo com um *Self* idealizado.

Não duvidamos, portanto, da importância que assumem, em toda a dinâmica psicológica do toxicodependente, os conflitos emocionais mais primitivos. É aliás esta compreensão dinâmica do que está a acontecer, e nomeadamente a compreensão do ponto de vista genético do processo de estruturação e fixação do *Self* e das defesas e resistências elaboradas pelo Ego, que nos servem de pano de fundo, para uma orientação e condução do processo terapêutico.

Pensamos, no entanto, conforme já referimos anteriormente, que uma atitude terapêutica de cariz marcadamente analítico nem sempre se

revela a mais adequada para determinadas personalidades, em que as funções egóicas estão distorcidas e limitadas e em que a capacidade para suportar a angústia e controlar os afectos é de tal modo baixa que o agir, o *acting* sucessivo, numa tentativa de resolução dos conflitos internos no exterior, não deixa aberta a possibilidade da reconstrução na base da interpretação do material inconsciente.

O caso que seleccionámos para apresentar obedece, quanto a nós, às seguintes características:

A de não constituir uma indicação para psicoterapia analítica e a de ilustrar de forma significativa o conceito de crise do *Self* ou em termos rogerianos, o conflito *Self*/experiência.

Trata-se de uma jovem toxicodependente, a quem chamarei Joana, de 24 anos, separada, empregada num laboratório e que procurou o Centro com o pedido expresso de uma desintoxicação rápida.

A avaliação psicológica das suas actuais capacidades e motivação não foi favorável a uma indicação para psicoterapia de inspiração analítica. A terapeuta iniciou no entanto um processo terapêutico, num quadro de relação, que lhe pareceu ser a possível e a mais adequada ao seu tipo de personalidade.

A jovem trazia fundamentalmente um pedido de desintoxicação rápida pela metadona pois segundo as suas palavras, a sua dependência aos narcóticos seria fácil e rapidamente resolvida... De facto, a história do consumo não apontava no mesmo sentido: tratava-se de uma história longa de 10 anos, de consumo regular de narcóticos, com início aos 14 anos pela morfina e heroína e apenas breves interrupções (uma gravidez) e algumas tentativas de abandono da droga, todas elas falhadas...

A Joana traçou um quadro apressado da sua infância e adolescência, com uma grande pobreza descritiva, sem conteúdos afectivos ou acontecimentos significativos...

A figura materna, com a qual sugeriu uma relação complexa e carregada de hostilidade/rejeição, foi descrita como sendo uma perso-

nalidade dominadora, toda poderosa, enquanto a figura paterna era descrita, como sendo uma personalidade frágil, apagada, dominada pela mãe e psicologicamente ausente¹.

Segunda filha de uma fratria numerosa (quatro raparigas e três rapazes) em que apenas uma filha e ela, temporariamente, se encontravam ainda a viver com os pais, situação que Joana atribuía ao facto da mãe rejeitar os filhos e os levar a sair de casa.

Joana não manifestava qualquer interesse em falar-me da infância ou adolescência, antes procurava captar-me, seduzir-me, traçando-me um retrato de si própria bastante valorizado, enaltecendo as suas qualidades de boa filha, boa esposa, boa mãe e sobretudo boa profissional, responsável e competente... e desvalorizando totalmente as suas vivências ligadas à toxicodependência.

Dizia tomar droga não para sentir «ganzada» mas para poder funcionar no dia a dia. Noutra ocasião referir-se-ia ao uso de narcóticos nestes termos «assim como um diabético precisa de insulina, eu preciso de droga para viver...».

Concedia que, de há uns tempos para cá, a vida lhe corria pior, facto que atribuía à sua recente separação... o quadro por si traçado, estava no entanto muito longe e em flagrante contradição com os factos reais da sua vida, que aqui e além fui apercebendo:

- Relações sociais e de amizade inexistentes;
- Relações familiares degradadas que vieram a culminar, aquando do início da terapia, com a expulsão da casa de seus pais onde se encontrava a viver (após incidente de grande violência física e verbal, deformado por ela);
- Relação conjugal extremamente conflituosa, insatisfatória, que levou a uma separação mal resolvida de parte a parte;
- Relação ambivalente com o filho de 3 anos, do qual se encontra separada e que foi tomado a cargo pelos avós maternos;

¹ Esta caracterização, em termos de personalidade das figuras parentais é, aliás muito frequente nos nossos utentes.

— Recentes experiências de emprego falhadas, terminadas em despedimentos.

Para todos estes acontecimentos Joana não tinha nenhuma explicação. Apenas não compreendia. Sentia-se vítima, perseguida, acusada injustamente por tudo e todos, bode expiatório de situações para as quais dizia não ter contribuído, em relação às quais dizia não ter qualquer grau de responsabilidade.

Os sentimentos próprios não eram reconhecidos nem exprimidos.

Este quadro existencial que apercebi de si própria, viria a reproduzir-se ao longo do processo terapêutico. De facto, o comportamento de Joana, ao longo da terapia, revelar-se-ia a expressão das reais dificuldades de uma personalidade altamente perturbada, ameaçada internamente de fragmentação, socorrendo-se constantemente de defesas poderosas (a projecção, a denegação e deformação do real, o *acting-out*) contra a angústia que lhe provocaria uma tomada de consciência das verdadeiras causas dos conflitos que a levaram à situação presente.

O desacordo entre experiência e *Self*, para nós evidente, era no entanto iludida, como se tratassem de compartimentos estanques, numa ameaça mútua, não possibilitando qualquer tomada de consciência que frustrasse a estima de si mesma, a imagem de si própria...

Perante esta terrível ameaça, as defesas teriam de ser inevitavelmente grandes e poderosas...

Joana nega experiências, deforma-as ou interpreta-as de modo a que elas correspondam o melhor possível à imagem de si própria. Nega, por exemplo, ao longo do processo terapêutico as ausências ao trabalho e deforma a realidade, descrevendo-me uma ocupação altamente cansativa e de grande responsabilidade, deforma e nega o envolvimento em actos delituosos, deforma a realidade de uma gravidez que converte num tumor maligno, usa constantemente mecanismos paranóides para justificar a ocorrência de factos desagradáveis. A gravidez é interrompida por um parto prematuro (ruptura de membrana) e o feto não sobrevive.

Concomitantemente, a nível do processo terapêutico, assiste-se a uma regressão e a um pedido de *prise en charge* total pela terapêutica o que me levou a pedir a colaboração de uma assistente social na fase final do processo. O facto não pode deixar de nos fazer pensar em Winnicott, quando diz que o doente anti-social obriga alguém, por pulsões inconscientes, a tomar conta dele, no seguimento do perda de algo de bom, durante o 1.º ou 2.º anos de vida.

Rejeitada pela família, sem amigos, sem emprego, sem qualquer recurso económico, não aceitando a possibilidade de alojamento, num lar que lhe foi proporcionado pela assistente social, Joana envolve-se em situações fraudulentas que levaram à sua detenção, de onde saiu sob caução, encontrando-se actualmente na situação de liberdade provisória².

Arranjou entretanto emprego, reatou uma relação extremamente ambivalente com o marido e segundo cremos, não retomou o consumo de drogas duras, embora haja sinais de que use hipnóticos. Pretende retomar o processo terapêutico, obviamente inacabado.

Fundamentalmente, a actuação terapêutica consistiu numa aceitação total do paciente, com grande envolvimento e disponibilidade por parte da terapeuta, embora toda e qualquer tentativa de manipulação tenha sido frustrada. A relação estabeleceu-se sobretudo em torno duma compreensão empática e da verbalização dos conteúdos afectivos do vivido, ajudando a paciente a reconhecer e a simbolizar as suas vivências e os seus sentimentos. A escuta analítica e uma ou outra interpretação necessariamente superficial, permitiram uma compreensão, um "free-floating", nem sempre verbal.

De uma forma sucinta e em geito de balanço provisório do processo terapêutico, que consideramos inacabado, pensamos ter havido evolução aos seguintes níveis:

- A experiência vivida começa gradualmente a ser reconhecida e por vezes aceite;
- Os mecanismos paranóides diminuem de intensidade e frequência, com o reconhecimento de uma implicação pessoal nos factos desagradáveis em que se envolve, esboçando uma procura de soluções para os seus próprios problemas;
- O abandono dos narcóticos e de qualquer droga de substituição. Em suma, uma imagem mais verdadeira, num espelho menos fragmentado.

5. Considerações finais

— Já foi claramente sugerido ao longo deste trabalho que não se trata da nossa parte da adopção das conceptualizações teóricas de Rogers. À luz da nossa aceitação da teoria freudiana, elas parecem-nos incompletas e superficiais embora, nitidamente influenciadas pela doutrina psicanalítica, o que não é de estranhar dada a formação em psicanálise feita por Rogers com Otto Rank. O não valorizar do papel fundamental do inconsciente e a ausência de uma psicologia do desenvolvimento são, entre outras, duas das críticas que nos parecem mais pertinentes opor à formulação teórica rogeriana.

— Quanto à técnica de entrevista, como dissemos, tem-nos permitido não perder utentes, temporária ou definitivamente incapazes de uma abordagem mais profunda dos seus problemas. O manter durante a utilização da técnica referida, de um "free-floating" analítico, possibilita, nos casos favoráveis, uma passagem quase insensível da clarificação à interpretação. Esta passagem é, aliás, sugerida pelos neo-rogerianos tais como Truax que diz que a empatia permite comunicar o que o doente diria se fosse mais aberto e menos defensivo e que os melhores resultados se obtêm quando o terapeuta se concentra sobre os mecanismos de defesa. Quanto a Gendlin, ao descrever o que apelida de psicoterapia experimental, afirma textualmente que a interpretação é válida à luz da doutrina psicanalítica ou outra, desde que a reacção, verbal ou não verbal do doente, a confirme.

² Durante o período de detenção, a Joana foi apoiada psicologicamente, em sessões semanais, por uma Assistente Social da equipa de apoio aos Estabelecimentos Prisionais do CEPD/NORTE.

—No caso clínico citado, e embora neste momento não haja consumo de narcóticos, é óbvio que não se pode falar de cura, mas é nossa convicção que se estabeleceu o contacto possível e talvez, tão importante como isso, se manteve a porta aberta...

—Por último, uma palavra sobre a situação institucional. Aos autores só se apresentam dois caminhos possíveis: Uma triagem de casos indicados para psicoterapias analítica, já que esta é oficialmente seguida no CEPD, ou a aplicação de técnicas menos ambiciosas mas ajustadas aos casos individuais.

—Mesmo quando a psicoterapia analítica é utilizada, não podemos esquecer que a maior parte dos utentes faz uma, ou quando muito, duas sessões semanais, por períodos que raramente excedem seis meses, ou no melhor dos casos, um ano. Torna-se claro que, como pano de fundo, se desenha o problema da psicoterapia analítica breve, suas possibilidades e seus limites.

REFERÊNCIAS

KOHUT, H. (1971) — *The analysis of the self*, Int. Univ. Press, Inc., New York.
KOHUT, H. (1977) — *The restoration of the self*, Int. Univ. Press, Inc. New York.

WINNICOTT, D. W. (1971) — *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, Paris.
JACOBSON, E. — *Le Soi et le monde objectal*, PUF, Paris.
MALE, P. (1969) — *Psychothérapie de l'Adolescent*, PUF, Paris.
AMARAL DIAS, J. C. (1979) — *O que se mexe a parar. Estudos sobre a droga*, Afrontamento, Porto.
HUBERT W. (1977) — *Introduction à la psychologie de la personnalité*, Dessart et Mardaga, Bruxelles.
ROGERS, C. (1974) — *Psicoterapia e consulta psicológica*, Moraes, Lisboa.
ROGERS, C. (1974) — *A terapia centrada no paciente*, Moraes, Lisboa.
EDUÍNO LOPES - F. NEVES DE SÁ (1980) — «A droga na urgência: um modelo de intervenção». *Comunicação ao I Simpósio Nacional sobre Urgências em Psiquiatria*, Vimeiro.
EDUÍNO LOPES (1977) — «Interpretação dinâmica do abuso da droga». *Comunicação ao VII Congresso Internacional sobre a problemática da droga*, Lisboa.
MANUELA FLEMING - JÚLIO MACHADO VAZ (1979) — «Elementos para uma caracterização da população utente do CEPD/NORTE», *Comunicação ao I Congresso da Psiquiatria da Adolescência*, Figueira da Foz.
TRUAX, C. B. e MITCHELL K. H. (1971) — «Research on certain therapist interpersonal e skills in relation to process and outcome» in A. E. Bergia e G. L. Sol (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis*, Garfield, New York.
ROGERS, C. (1977) — «Remarks on the future of client-centered therapy» in: D. Wexler e L. N. Rice (Eds.), *Innovations in client-centered therapy*, Josn Wiley and sons, New York.
GENDLIN, E. T. (1977) — «Client-Centered and Experiential Psychotherapy» in: Wexler e Rice (1977).