

Resumo: No contexto sociológico actual, o fenómeno da toxicodpendência tem sido uma das principais preocupações do pensamento político, que tem vindo a tratar a problemática numa vertente de soluções imediatas e/ou pragmáticas, no sentido de resolver com maior eficácia e de uma forma abrangente as disfunções daí decorrentes, quer para o indivíduo quer para a sociedade. Todavia, quem de facto intervém nesta problemática, ou se deixa orientar pela preocupação de um solucionar abrangente e massificador passando à acção pura e simples, ou pára para pensar sobre os princípios elementares do pensamento das drogas e seus campos de intervenção.

Quanto a nós, utilizar programas diversos com modelos passíveis de discussão, pressupõe sempre, no âmbito de quem intervém para ajudar, a não preocupação pela substância que se tornou problema, mas antes pelo indivíduo que emocionalmente está em sofrimento e quer ser compreendido porque tem um problema.

Palavras Chave: Aconselhamento; Ética; Intervenção; Modelos; Pensamento; Procedimentos; Programas; Psicossocial.

Résumé: Dans le contexte sociologique actuel, le phénomène de la toxicodpendance est devenu un des soucis majeurs de la pensée politique. Celle-ci tend à manier cette problématique suivant le versant de solutions immédiates et/ou pragmatiques, dans le but de résoudre avec la plus grande efficacité et de façon "enveloppante" les disfonctions qui découlent de cette problématique. Neanmoins ceux qui en fait, interviennent dans cette problématique, ou bien se laissent orienter par des soucis de solutions "enveloppantes" et massifiantes, débutant dans l'agir pur et net ou alors s'arrêtent pour réfléchir sur les principes élémentaires de la pensée des drogues et leurs domaines d'intervention.

En ce qui nous concerne, faire usage des modèles qui nous questionnent suppose toujours, dans ce cadre de ceux qui interviennent pour aider, laisser de côté la substance qui est devenu "problème", pour se centrer sur le sujet qui souffre émotionnellement et veut trouver de la compréhension vis à vis de son problème.

Mots clé: Guidance; Ethique; Intervention; Modèles; Pensées; Procédés; Programmes; Psychosociale.

Abstract: In the present sociological context, drug addiction has been one of the most important concerns of political thought which is approaching this problematics by immediate and/or pragmatic solutions, aiming at resolving more efficiently and in an comprehending way the disfunctionning arising out of it for the subject as well as for society. Nevertheless, who, in fact, takes part of this problematics has two ways of acting: getting involved in a comprehensive and massifying solution leading to simple action or thinking about the elementary principles of drugs thought and its fields of action.

For those who wants to help, using several programmes susceptible or not of discussion also assumes not being worried about the substance that became problematic but instead being concerned about the subject that is emotionally suffering and wants to be understood because he has a problem.

Key words: Counselling; Ethics; Intervention; Models; Thought; Procedures; Programmes; Psychosocial.

Aconselhamento e Reabilitação Psicossocial no Toxicodpendente (*)

Albina da Silva e Sousa

Introdução

Como soluções para acudir ao fenómeno da toxicodpendência tem-se recorrido a estratégias de combate à droga e programas que correspondam às linhas gerais do pensamento das drogas e desenvolvido uma panóplia de resoluções que aprovam, por via legal, medidas e objectivos de "luta contra a droga e toxicodpendência" (veja-se a Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/2001 de 13 de Março) que abrangem todas as realidades que o fenómeno atravessa (prevenção primária, secundária e terciária). Reforçam-se verbas, duplicam-se capacidades de intervenção (desde organismos oficiais ao envolvimento de IPSS's e ONG's ou outras) e pede-se finalmente que se recorra a um sem número de especialistas que dêem corpo às expectativas políticas e façam cumprir os respectivos programas (hoje parece privilegiar-se o tratamento de substituição por via de programas de alto e baixo limiar em detrimento dos programas orientados para a abstinência ou programas livres de drogas).

Situamo-nos no grupo daqueles que pensam antes de agir e que, sob uma linha de orientação ética pela qual sempre nos regemos, continuamos a persistir na convicção de que o homem-indivíduo constitui um universo sagrado e como tal exige um absoluto respeito. Nesta postura não queremos de maneira alguma cair em determinismos ou reducionismos puros defendendo visões míopes, mas adoptarmos antes um olhar eclético exigente onde caibam todos os modelos ao dispôr para que sirvam de ferramenta adequada ao contexto vivencial de cada indivíduo que pede a ajuda certa no momento certo (seja de que programa ou tratamento se trate). Propomo-nos, por consequência partilhar uma reflexão conjunta que, não pretendendo ser pretensiosa, nos poderá conduzir a processos de uma contínua auto-crítica a que todo o interveniente, nesta área ou noutras, deverá recorrer sob pena de cair em ostracismo.

O tema aqui a ser tratado orienta-se para uma das formas de intervenção que, quanto a nós, poderá também servir de instrumento útil, e com certeza pertinente, ao processo de tratamento, quaisquer que sejam os programas em que o utente possa estar integrado.

(Des)Construção do pensamento das drogas? Quem age? E quem reage...

É sem dúvida com enorme preocupação que olhamos para a oferta de soluções simples ou aparentemente facilitadoras, que, com subtilidade, são conectadas de resolução mais eficaz. Do nosso ponto de vista não podemos perder a noção do nosso papel como interventores, pelo que não devemos permitir que visões perigosamente enviesadas ou engenhosamente oferecidas venham desviar o sentido ético-profissional para o qual estamos vocacionados.

No que concerne estritamente aos modelos de intervenção psicossocial poder-se-á dizer que qualquer tipo de abordagem é adequada, desde que satisfaça os requisitos essenciais às necessidades de desenvolvimento do crescimento e das potencialidades de cada indivíduo, no sentido de "encontrar a sua própria autonomia, sendo o controlador do seu próprio destino" (Ivey Allen E.).

Quem intervém directamente neste tipo de população, poderá tomar uma de duas atitudes: a mais facilitadora, que consistirá no simples deixar correr e dar mero cumprimento às directivas de quem pode mandar, podendo vir a cair em ostracismo ou em intervenções viciosas que prejudicam substancialmente o sentido crítico e criativo dos seus intervenientes; uma outra, mais coerente e responsável, que passa pela reflexão e adopção de uma postura própria de quem quer ajudar e cuja ajuda faça sentido ético-profissional no seu percurso da intervenção. Quanto a nós, construir processos de ajuda específica para acudir a problemas específicos será por certo a essência de um melhor ajudar. No entanto, não nos parece ser este o procedimento que se imprime quando se pretende actuar. O que se verifica, na realidade, é que cada instituição se orienta por modelos teórico-práticos mais ou menos rígidos, (umas mais abertas à sua genérica utilização que outras), chamando a si protagonismos desapropriados, assim privilegiando uns programas em detrimento de outros, orientando-se por dogmatismos *sui generis* que passam pelo oferecimento de programas de trata-

mento ao toxicodependente que entendem ser o melhor e mais adequado, sem respeito pelo seu pedido, imprimindo exigências sem ter em conta as expectativas e o pedido que o toxicodependente traz à consulta. (veja-se o *modus operandi* de alguns CAT`s distribuídos pelo País).

Como se poderiam encontrar as soluções mais adequadas para tais procedimentos?

Como se poderá agir ou reagir ao sentido onipotente e onisciente de tal pensamento que se diz científico... (a Ciência não é preconceituosa).

O Terapeuta sistémico como interventor em contexto de aconselhamento na toxicodependência

Tal como refere Allen Ivey, ser conselheiro implica estar habilitado para reconhecer que a sua própria resposta para com o cliente é única e representa o seu ponto de vista pessoal do mundo, definindo-se como um processo de influência interpessoal. A pedra de toque para a compreensão deste tipo de abordagem é o pressuposto de que a ajuda é influenciada e interpessoal. Ser psicoterapeuta sistémico em contexto de consulta de aconselhamento implica uma atitude de compreensão interactiva relacional tendo em conta que em primeiro lugar o terapeuta é pessoa com um "self", com uma formação pessoal, cultural, académica em quem estão implantadas aprendizagens teóricas e práticas pelas quais é influenciado e que vão influenciar no processo de ajuda. Logo um psicoterapeuta sistémico adquire por certo um olhar próprio e consubstanciado em painéis de natureza teórico-prática que, embora possam estar orientados para o apoio individual, familiar, de grupo ou comunitário, nunca deixa de o perspectivar numa contextualização interactiva (sistemas e subsistemas interagem e exercem influência uns sobre os outros). O tipo de entrevista que vai realizar em aconselhamento é, portanto, influenciado, tendo como pano de fundo o seu "background", embora siga linhas de orientação teórico-práticas que se baseiam em pressupostos:

- de definição do tipo de cliente;
- de aceitação do cliente no seu contexto emocional, sócio-familiar, profissional, cultural, etc. (o cliente e os seus sistemas);
- de pensar e avaliar o problema com o cliente no sentido de encontrar planos de acção modificada e não conflituosa

para consigo mesmo e para com os outros;

- de decisão conjunta para a fase da acção, tendo em conta a vida real do cliente (suas dificuldades, seus limites e suas capacidades seus conteúdos vivenciais e construções pessoais e interpessoais significativas).

Como processo de ajuda e reabilitação, esta consulta implicará, por consequência, àquele que se propõe apoiar, o delinear, quer de objectivos de ajuda com respostas abrangentes, quer o colocar-se numa visão universal do cliente em que estejam presentes não só a intencionalidade cultural mas também a confidencialidade.

Todo este processo decorrerá com maior ou menor eficácia conforme o primeiro contacto com o indivíduo esteja ou não alicerçado numa base de confiança onde, por certo, será possível o iniciar de um crescimento predizível e construtivo com resultados gratificantes. O conselheiro ou orientador terá representado para o indivíduo o agente facilitador do seu auto-conhecimento mental e emocional, tendo sido o reforçador das sinergias positivas em direcção à auto-responsabilidade. Não obstante todos os procedimentos inerentes a este tipo de consulta não se pode descurar o domínio das teorias psicológicas que suportam os fundamentos conceptuais, quer para a compreensão e formas de intervir, quer para a melhor adequação ao problema que se pretende ultrapassar. São habitualmente utilizados os fundamentos teóricos consoante os pedidos, e seus contextos, apresentados (sejam a nível individual, familiar, comunitário ou mesmo social). Na toxicoddependência faz-nos sentido a utilização de um suporte teórico baseado nas perspectivas de:

- aconselhamento centrado no cliente⁽¹⁾ (parte do princípio de que a visão que a pessoa tem de si própria no contexto do seu meio vai determinar a satisfação ou insatisfação pessoal);
- aconselhamento baseado em traços e factores⁽²⁾ (todo o indivíduo tem capacidades para se implicar na solução dos problemas e tomada de decisões - promovem-se as competências);
- aconselhamento *behaviorista*⁽³⁾ (baseado na teoria da aprendizagem cujo pressuposto fundamental é de que todo o comportamento é aprendido);
- aconselhamento *gestáltico*⁽⁴⁾ (perspectiva que realça o conceito do "todo" sendo que o indivíduo como um todo apresenta um comportamento interactivo entre aspectos fisiológicos e psicológicos - compreender o não-verbal é

importante para entender a pessoa como um todo na sua interacção com os outros);

- aconselhamento racional-emotivo⁽⁵⁾ (procura que a pessoa conduza a sua irracionalidade, através de processos persuasivos e de condicionamento operativo, para uma maior racionalidade e auto-controlo).

Ora estas perspectivas ajustam-se de uma forma, quanto a nós, adequada ao contexto da toxicoddependência, dado que o processo operativo do ponto de vista, quer de reinserção, quer psicológico, ajudam ao aprofundamento das competências e capacidades julgadas perdidas pela toxicoddependência e seus envolventes (*lacto senso* a sociedade) por via de aprendizagens e injunções persuasivas de novas aprendizagens para soluções positivas sentidas como mais gratificantes.

Procedimentos e formas de intervenção em consulta de aconselhamento face aos vários modelos de tratamento no toxicoddependente

De todos os modelos de tratamento de que hoje dispomos e dos respectivos programas aplicados (programas orientados para a abstinência, programas livres de drogas, programas de substituição) parece-nos, no que concerne a modelos e técnicas de intervenção psicológica, que a consulta de aconselhamento pode servir todos os programas de tratamento desde que os organismos (privados e oficiais) bem como os intervenientes directos (psicólogos, assistentes sociais ou outros) estejam sensibilizados e possuam formação adequada para a realizar. Existe, pois, este obstáculo que, quanto a nós, ainda não foi ultrapassado e pode prejudicar grandemente o toxicoddependente nas suas expectativas relativas à forma como se vai sentir no processo de ajuda bio-psico-social que lhe tem sido oferecido. O pedido que o toxicoddependente traz à consulta coincide com um momento do seu ciclo de vida cujo contexto relacional com uma substância(s), consigo mesmo e com os outros se apresenta como um problema que se deseja ultrapassado, através da ajuda mais adequada ao momento (diagnóstico bio-psico-social). Ora, a intervenção psicossocial e processo de reabilitação terá de estar obrigatoriamente inserida num processo de tratamento, quer se trate de um programa ou de outro, sendo que a interdisciplinaridade

obriga a um vínculo, também ele interactivo, com o programa de tratamento estabelecido pela equipa. Sendo assim, a consulta de aconselhamento psicossocial ao toxicodependente e/ou sua família só será utilizada se as equipas a integrarem nos seus modelos teórico-práticos e respectivos programas de tratamento a serem aplicados caso a caso conforme o seu maior grau de eficácia.

Os laços vinculativos da ajuda e objectivos a ser alcançados com o toxicodependente e/ou sua família ou mesmo meio envolvente estarão sempre comprometidos com um programa e com um percurso de tratamento. Por isso, e por enquanto, parece-nos que privilegiar a consulta de aconselhamento em programas de baixo limiar poderá constituir a intervenção mais adequada no âmbito da reabilitação psicossocial dos seus utentes, já que se trata de programas de menor exigência. “O programa de baixo limiar, de baixo acesso e tolerante em relação às falhas (consumos, faltas) deve ser incentivante de uma prática de redução de riscos, do rastreio e tratamento de outras doenças de maior inserção social...” (Nuno Miguel, Março 2000).

Assim, poderíamos considerar as consultas de aconselhamento psicossocial como sendo um instrumento de ajuda mais pragmático, dado que, por via da sua utilização, se poderiam conseguir objectivos mais imediatos e de maior eficácia nos programas de tratamento oferecidos (os programas de substituição são estabilizadores físicos e psicológicos, e facilitam o processo de reinserção social). Neste sentido, caberia ao assistente social e/ou psicólogo em procedimento de consulta de aconselhamento interagir desde o primeiro momento não só com o toxicodependente, mas também com os seus envolventes mais próximos e meio em que está inserido, tendo como objectivos essenciais o facilitar ao toxicodependente o domínio da sua racionalidade e do seu auto-controlo, a aprendizagem de alternativas de vida emocional e social mais gratificantes, a promoção de competências bem como a tomada de decisões incentivadoras de crescimento e de auto-responsabilidade (por certo, talvez se evitasse mais o que hoje já se denomina de “subsídiodependência”...). O envolvimento da família e meio envolvente no processo de reinserção social constituirá, por inerência, o processo que dará mais ênfase ao meio, sendo estimulador da auto-realização. Se o toxicodependente não receber amor e apoio das pessoas significativas, provavelmente sentir-se-á conotado de marginal, pessoa sem valor e não

digno, e aos outros dar-lhes-á essa imagem. O seu comportamento não se modificará (mesmo que estabilizado em programas de substituição) e tornar-se-á então defensivo (seu autoprotector), isolando-se ou interagindo com igual grupo de pares e o seu crescimento em direcção à auto-realização será dificultado. Com efeito, a imagem que o toxicodependente tem do seu *eu* e do meio, incluindo os seus familiares ou outros significativos são a sua realidade; age assim em conformidade como se algo estivesse profetizado para que nada mais mude a sua vida e o impeça de mudar. Envolver a família, tanto quanto possível, dará a esta a capacidade de ajuda e de crescimento mútuos bem como a possibilidade de olhar o toxicodependente como alguém que sofre de uma angústia, também de exclusão (por via da toxicodependência e demais dificuldades associadas), permitindo-lhe passar a um nível de compreensão-amor que vai potenciar maior racionalidade e desenvolver em si as competências e capacidades necessárias à construção e recriação de novas interacções, sendo ela também indutora da mudança dos comportamentos de todos os seus elementos.

Fundamentos e princípios no aconselhamento psicossocial do toxicodependente

A maior parte das teorias gerais de aconselhamento aceita a ideia de que o modo de vida diária e as relações positivas com os outros são os objectivos da ajuda.

Marlow e Rogers, por exemplo, defendem de um modo mais específico o trabalho da “*self-actualização*” para o desenvolvimento e crescimento pessoal. O conselheiro deverá tentar responder às necessidades do momento do cliente e ajudá-lo a encontrar a competência que lhe faça sentido para utilizar respostas adequadas aos objectivos traçados por ambos a fim de os atingirem a longo prazo. Ambos, conselheiro e cliente, procuram intencionalidade (ou seja, a vida intencional ocorre num contexto cultural determinado, pelo que toda a pessoa que actua com intencionalidade tem o sentido da capacidade e o sentimento de ser capaz, conferindo-lhe o poder de mudar as situações da sua vida e olhar o futuro atingindo objectivos ao longo do tempo).

No percurso do tratamento grande parte dos toxicodependentes passa por tentativas falhadas, transitando de programa em programa, de tratamento considerados qualitativos (orientados para a abstinência) para tratamentos

dirigidos a massas conotados de abrangentes e denominados de baixo limiar. Estes toxicodependentes são assim olhados como casos quase perdidos, sendo a intervenção dirigida de uma forma pragmática como se mais nada se pudesse fazer senão passar à mera substituição de uma substância por outra. A pragmática de protecção social aparece como emergente, já que, da decorrência dos comportamentos de consumo, surgem com frequência doenças de contaminação colectiva (HIV, hepatites, tuberculose e outras), passando o toxicodependente a ser considerado como produto excedentário de má qualidade de uma sociedade que pretende proteger-se deste, sendo visto do ponto de vista de um fenómeno sociológico, como um agente ameaçador e constrangedor. Recorre-se a todas as formas de *protecção civil*, que vão do rastreio de doenças infecto-contagiosas aos cuidados de saúde primários, etc.. Oferecem-se então, face a esta realidade que assim o exige, programas de tratamento ditos adequados. Não é por acaso que frequentemente se vê em artigos de opinião, mesmo de entidades responsáveis, que os programas de tratamento devem situar-se em tipologias de maior ou de menor qualidade, consoante o tipo de paciente. Sociologicamente o que acontece é que o cidadão comum foi desenvolvendo uma imagem do fenómeno deparando-se com vários tipos de escolha em cuja ementa constam bons programas e de qualidade oferecidos às elites e às classes médias as quais, por inerência de estatuto, têm acesso económico e social a este tipo de programas, ao lado de programas de solução aparentemente fácil, barata e eficaz denominados de programas de baixo limiar, e oferecidos às camadas mais desfavorecidas, onde se situa o exército dos excluídos, que cada vez mais, vêm engrossando as fileiras daqueles que caminham para a degradação e desespero.

Hoje, no nosso País, estudos epidemiológicos sobre o fenómeno do consumo de substâncias ilícitas apontam para uma incidência significativa na camada da população mais desfavorecida cujas capacidades sócio-económicas e educacionais estão identificadas por uma forte fragmentação de normas e valores, por um *modus* de vida que atinge a dignidade humana nos seus aspectos mais degradantes (veja-se o fenómeno de exclusão social), germinando sub-mundos onde a luta pela sobrevivência, mesmo através das drogas - consumo/tráfico - se oferece como a via principal ou possível da caminhada do seu dia a dia.

Perante esta tão preconceituosa realidade não devemos senão tentar compreender este tipo de população tendo em conta as suas diferentes formas de pensar e de agir, já que se sabe que todo o comportamento individual é particularmente determinado pelas normas culturais e sociais que lhe são imprimidas. O conselheiro deverá, neste sentido, proceder à utilização de métodos e técnicas de ajuda mais apropriadas e de acordo sempre com o contexto sócio-cultural de cada indivíduo que pede tratamento. Para não perder a essência do respectivo pedido deve centrar-se, portanto, numa forte aplicação de intencionalidade cultural, uma vez que se trata de um categórico suporte de trabalho pelo qual o objectivo de ajuda pode orientar-se.

É na base desta realidade que devemos adoptar os princípios pelo quais nos vamos orientar e vincular para podermos prestar o apoio de natureza psicossocial mais adequado, tendo como referência as teorias psicológicas de consulta de aconselhamento dirigidas sempre às necessidades exigíveis do toxicodependente no âmbito das suas carências, possibilidades, capacidades, responsabilidade, racionalidade, auto-controlo e do tempo suficiente para que as suas interacções com o meio ambiente se concretizem em soluções conjuntas (intervenção em rede social parece-nos pertinente).

Não queríamos, contudo, deixar de chamar a atenção para o facto de o técnico que vai seguir o toxicodependente (e família ou envolventes) dever ser integrado na equipa a partir do primeiro contacto - situação que habitualmente não se verifica nos CAT's onde a interdisciplinaridade se fica ainda um pouco pelas boas intenções - sob pena de se ocasionarem desde logo equívocos ou mal-entendidos entre os diversos elementos da equipa que o vai acompanhar, facto que, por certo, pode prejudicar substancialmente todo o processo de ajuda que se pretende prestar.

De entre muitos princípios que poderíamos apontar, passaríamos apenas a referir aqueles que nos parecem fundamentais para que haja sucesso na relação e objectivos traçados:

- evitamento de confrontação e de imposição de programas de tratamento, quando o pedido esteja já definido pelo toxicodependente e movido por fortes expectativas de mudança;
- embora tenha que haver discrepâncias entre as percepções do toxicodependente e a informação correcta do técnico, deve esperar-se o momento certo para que o processo de maturação se possa dar por forma a permitir a avaliação das convicções incorrectas do toxicodependente

e se possa ajudá-lo a corrigir as suas concepções erradas;

- evitar juízos de valor face ao desejo de mudança e à dificuldade de obter resultados reais quer no tratamento quer no processo de reinserção, ou seja, respeitar o tempo e o espaço emocional do toxicodependente por forma a encontrar soluções que melhor se ajustem à sua realidade psicossocial (v.g., no processo de reinserção social evitar inculir a necessidade e rapidez que podem não estar em consonância, quer com as competências, quer com o desempenho esperado);
- confrontação positiva que proporcione *feedback* positivo ao toxicodependente;
- aceitação das suas resistências;
- uso de uma linguagem directa e simples na base da confiança e relação empática;
- quando acompanhados pela família ou outros envolvidos devemos adoptar os mesmos princípios, partindo do pressuposto de que as expectativas da família tanto podem ser demasiado altas como excessivamente baixas, pelo que, há que saber esperar o tempo da própria família a fim de se situar na sua verdadeira realidade (emotiva e auto-responsiva) e no processo de aprendizagem conjunta, pelo encorajamento do aprender a lidar com os seus problemas, que por mais complexos e disfuncionais que pareçam a família encontrará uma dinâmica interactiva positiva que a conduz a estádios de funcionamento mais gratificantes;
- a família, melhor que os terapeutas, encontra as suas auto-soluções;
- conferir competências ao sistema familiar, antes de ter em conta as suas faltas;
- à família só se podem colocar problemas que ela seja capaz de resolver.

Conclusões

Não se pode afirmar que o processo de reabilitação psicossocial do toxicodependente esteja comprometido com este ou aquele programa de tratamento (todos os programas devem ser interactivos e utilizados no momento oportuno e em consonância com o contexto vivencial de cada indivíduo) sendo um mais qualitativo do que outro. O oferecimento de qualquer tipo de tratamento nunca deverá estar imbuído de preconceito ou onipotência, sob pena de os seus interventores pertencerem, também eles às fileiras daqueles que são bons ou maus terapeutas, conforme

trabalhem os programas de qualidade ou os outros...

Olhar o sentido ético-profissional para o qual estamos vocacionados ajuda-nos a desenvolver um papel fundamental nos procedimentos e processos positivos que permitem olhar a toxicodependência sem dramatismo. Se, por via da nossa postura profissional, associada a algum sentido de humildade científica, dermos a possibilidade ao pensamento colectivo (mesmo tendo como obstáculo o contra poder dos *mass media*) de que o seu envolvimento, ainda que tácito, é mais eficaz que tantas ajudas paliativas que por aí se dão, estaremos com certeza a velar pelo respeito e salvaguarda da dignidade humana; então estaremos a dar *inputs* positivos à sociedade, a proporcionar um melhor processo de reabilitação psicossocial individual e a impulsionar processos de prevenção (o cidadão comum toma maior consciência do seu papel como agente de mudança nas mentalidades...). ■

Albina Sousa

Terapeuta Familiar e Socióloga

CAT Boavista . Av. Boavista, 2521 • 4100-135 Porto • Telef.: 22 610 29 63

Notas

* Comunicação apresentada no I Congresso Internacional em Aconselhamento - Coimbra, 3 e 4 Maio de 2001 promovido pelo Instituto Superior Miguel Torga.

(1) Rogers, Carl (1942, 1951, 1961; Meador and Rogers, 1979), cit. in *O Processo de Aconselhamento* de Petterson/Eisenberg.

(2) F. Parsons (1909), E. G. Williamson (1939, 1950, 1965), cit. in *The Professional Counselor* de Donald H. Blocher.

(3) Krumboltz, John e Thoresen, Carl (1969, 1976); Donald Meichenbaum (1977), cit. in *Conseling and Psychotherapy* de Allen E. Ivey.

(4) Perls, (1969), Polster e Polster, (1973), cit. in *Career Conseling* de Weinrach.

(5) Ellis, (1962, 1973, 1977, 1979), cit. in *Conseling and Psychotherapy* de Allen E. Ivey.

Referências Bibliográficas

Ivey, Allen E. *Conseling and Psychotherapy*, Prentice Hall

Blocher, Donald H. *The Professional Counselor*. New Work: Macmillan Publishing Company.

Miguel, N. (2000). "Programas de substituição de baixo limiar". Documento de divulgação interna e restrita, do SPTT.

Weinrach. *Career Conseling*. New York: Magraw-Hill Book Company.

Petterson/Eisenberg (1995). *O Processo de Aconselhamento*. S. Paulo: Edições Martins Fontes (trad. Magaly Alonso).

Bibliografia Consultada

G. Ausloos. *A Competência das Famílias*. Edições Afrontamento.

Abelardo Rodríguez. *Rehabilitación psicossocial de personas com transtornos mentales crónicos*, Ediciones Pirâmide.