

TERAPIA EXISTENCIAL E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS^(*)

FERNANDA DO ROSÁRIO MOITA RODRIGUES

RESUMO: A psicoterapia existencial, ao enfatizar a liberdade de escolha e a capacidade de autodeterminação do ser humano, é considerada pela autora como uma perspectiva útil na abordagem aos problemas de dependência de substâncias. Entende-se que a sua maior valia reside na responsabilização do dependente pelo seu comportamento e recuperação, aspecto tido como essencial para a automotivação e mudança. A toxicodependência é conceptualizada como um fenómeno essencialmente humano e como um comportamento resultante, antes de mais, de uma escolha individual.

Palavras-chave: Psicoterapia existencial; Autodeterminação; Liberdade de escolha; Dependência; Integração.

RÉSUMÉ: En mettant l'accent sur libre-arbitre et de l'aptitude d'autodétermination de l'être humain, la psychothérapie existentialiste est considérée par l'auteur comme une perspective utile dans l'approche des problèmes de dépendances des substances. On entend par-là que sa valorisation réside dans la responsabilisation du sujet dépendant, par son comportement et sa récupération, aspects considérés comme essentiels dans l'automotivation et le changement. La toxicodépendance est conceptualisée comme un phénomène essentiellement humain et comme un comportement résultant, avant tout, du libre-arbitre.

Mots-clé: Psychothérapie existentielle; Autodétermination; Liberté de choix; Dépendance; Intégration.

ABSTRACTS: Existentially psychotherapy, by emphasizing the human being's freedom of choice and ability of self-determination, is considered, according to the author, as a useful perspective as far as the approach to problems of substance addiction is concerned. It's usefulness lies in the responsabilization of the addicted towards his/her own behaviour and recovery, which is seen as essential to self-motivation and change. Drug addiction is conceptualized as an essentially human phenomenon and as consequent behaviour of individual choice, above all.

Key Words: Existential Psychotherapy; Self-determination; Freedom of choice; Substance abuse; Integration.

1. INTRODUÇÃO

Este artigo surge da necessidade em dar a conhecer uma abordagem menos conhecida e divulgada entre nós e que desde logo me surgiu como bastante interessante, repleta de potencialidades e como fazendo bastante sentido em termos de intervenção e de compreensão do fenómeno das dependências.

Apesar da minha formação clínica de base ser a terapia cognitiva-comportamental, tenho evitado fechar-me demasiado neste modelo e procurado manter uma atitude de abertura relativamente a outras abordagens terapêuticas, até porque considero que todas elas apresentam pontos fortes e limitações. Neste sentido, penso que se formos capazes de utilizar conceitos e formas de actuação provenientes de diversas abordagens psicoterapêuticas de uma forma integrativa, mais facilmente poderemos dar resposta a um maior número de situações e adequar as intervenções às características idiossincráticas dos diferentes pacientes que se nos apresentam.

Foi, pois, motivada pela curiosidade e pela busca incessante do conhecimento e da verdade, tendo como ponto de partida a premissa de Sócrates de que a sabedoria provém da tomada de consciência da própria ignorância, que no meu caminho se cruzou a psicoterapia existencial.

Neste artigo, começarei por descrever, em traços gerais, alguns dos principais conceitos da terapia existencial; de seguida, tentarei evidenciar a forma como estes podem ser empregues na abordagem e conceptualização dos comportamentos de dependência.

2. A PSICOTERAPIA EXISTENCIAL

A psicoterapia existencial desenvolveu-se a partir do existencialismo, movimento filosófico com raízes nos trabalhos de Kierkegaard, Nietzsche, Husserl e Heidegger. Sartre e Camus distinguiram-se como dois dos mais influentes existencialistas do século XX. Numa perspectiva histórica, a terapia existencial deu os primeiros passos através de Binswanger, considerado o fundador da psicologia existencial, que procurou aplicar alguns dos princípios existenciais à sua prática clínica. Ao longo do tempo, vários autores deram continuidade ao seu trabalho,

destacando-se os trabalhos de Viktor Frankl, Rollo May e, mais recentemente, Irvin Yalom, Emmy van Deurzen e Ernesto Spinelli (Deurzen & Digby, s.d.; Existentialism, s.d.; Extherapy, s.d.).

Alguns dos princípios do existencialismo têm sido, igualmente, acolhidos pelas denominadas abordagens humanistas, incluindo a abordagem centrada na pessoa e a terapia *Gestalt* (Deurzen & Digby, s.d.).

A psicoterapia existencial procura compreender a forma como a pessoa se situa face às dificuldades, paradoxos, incertezas e sofrimentos inerentes à condição humana, nomeadamente no que se refere às questões relacionadas com a liberdade, a inevitabilidade da morte, o isolamento, o significado e sentido da vida, as quais podem explicar muitos dos seus conflitos, ansiedades e motivações. Enfatiza a liberdade de escolha do ser humano em qualquer circunstância e a capacidade deste para conduzir a própria vida, com autodeterminação e autoconsciência, aceitando a responsabilidade pelas suas escolhas.

Contudo, apesar de livre, cada pessoa encontra-se condicionada por limitações de ordem biológica, psicológica, social, cultural, política e ideológica, as quais não possuem, no entanto, um carácter determinista em relação ao seu comportamento. Desta forma, em qualquer momento da sua existência, a pessoa tem a possibilidade de 'reinventar-se' e de controlar o que acontece na sua vida, mudando a direcção das suas escolhas (Barry, 1999; Deurzen, 2002, cap. I; Rodrigues, s.d.; Existential Therapy, s.d.).

A liberdade e a responsabilidade são conceitos fundamentais para a compreensão da experiência humana e tem implicações importantes a nível terapêutico. Com efeito, qualquer processo de mudança só poderá iniciar-se a partir do momento em que o paciente assuma a sua quota de responsabilidade pela situação em que se encontra (Hoffman, 2004). Para algumas pessoas este processo pode representar um desafio doloroso, dada a angústia e ansiedade daí decorrentes. Por isso, preferem encarar-se como vítimas do inconsciente, dos genes ou do meio a enfrentar qualquer responsabilidade que advenha o seu poder de autodeterminação (*ibidem*). Claro está, que este tipo de atitude tem como consequência a adopção de uma postura passiva perante a vida e as suas dificuldades que apenas contribuirá para a manutenção destas últimas e

para a limitação do seu potencial de desenvolvimento humano e criatividade.

A ansiedade existencial resulta, então, da tomada de consciência da nossa liberdade de escolha entre várias opções, mas também das limitações da nossa existência e da impossibilidade de fuga à própria morte.

Assim, torna-se claro que os objectivos da terapia existencial passam por ajudar o paciente a tomar consciência de que é livre para ser o autor do seu próprio destino, a examinar os constrangimentos presentes na sua vida que influenciam essa liberdade, a tomar decisões mais saudáveis e responsáveis. O que se pretende com a terapia não é eliminar a ansiedade, mas sim promover a sua aceitação como um aspecto natural e inevitável da vida e como uma oportunidade de crescimento, aprendizagem e motivação para a mudança (Andy, s.d.; Hoffman, 2004; Deurzen, 2002, p. 35; Existential Therapy, s.d.).

É pois o exercício da liberdade de escolha que permite à pessoa lidar com os paradoxos da sua condição humana, designadamente criar ou recriar um novo quadro de valores e novos significados para uma existência aparentemente desprovida de sentido e absurda porque limitada, finita e solitária. Para Viktor Frankl esta busca de um sentido para a vida constitui a principal motivação do ser humano (Frankl, 1959). Segundo este autor, é possível encontrar sentido mesmo em situações difíceis, experiências dolorosas e momentos de crise.

Em última instância é a consciência da própria morte, apesar de aterradora, que permite à pessoa conferir um sentido à vida por meio da valorização das suas realizações (Hoffman, 2004), o que, por sua vez, a motiva a agir e a aperfeiçoar-se. Convém salientar que o conceito de morte é aqui entendido não apenas em termos da “morte física” mas também da “morte simbólica” (esta resulta do desejo de fuga à própria vida e do sofrimento a ela intrínseco).

Por outro lado, a ausência de sentido e a angústia que advêm da crença de que o ser humano está só no universo, assim como o receio do isolamento, são colmatados pelo desenvolvimento de relações próximas com os seus pares, as quais lhe permitem satisfazer algumas das suas necessidades básicas de segurança e protecção. É de notar que, a não satisfação deste tipo de necessidades gera sentimentos dolorosos que podem levar a pessoa a

envolver-se em comportamentos destrutivos, dos quais o consumo de drogas é um exemplo (Greaves, 1974, citado por Greaves, s.d.).

No contexto da abordagem existencial a prática terapêutica assenta na compreensão do que constitui a natureza humana (a qual é encarada como sendo, essencialmente, flexível, dinâmica, aberta à experiência e em constante transformação) e do modo como o paciente vive e dá sentido à própria vida, tomando em consideração a sua perspectiva única. O foco da terapia incide, sobretudo, no “aqui e agora” e no futuro. O terapeuta orienta o paciente na sua reflexão e na descoberta e aceitação de si mesmo, mas é a este último que cabe a tarefa de encontrar o seu próprio sentido para a vida, as suas próprias “verdades”, e tomar as suas próprias decisões baseado nas mesmas.

3. PSICOTERAPIA EXISTENCIAL E TOXICODPENDÊNCIA

Retirando alguns ensinamentos essenciais da terapia existencial, a problemática das toxicodpendências poderá ser melhor compreendida se tivermos em conta os aspectos contraditórios, conflituosos e paradoxais inerentes à condição existencial do consumidor e à forma como este se situa perante os mesmos. Do mesmo modo, não poderemos desligar dessa compreensão o quadro de valores pessoais e as escolhas realizadas pela pessoa, tendo em conta o contexto e as suas circunstâncias de vida.

Começando pela questão da liberdade individual, esta poderá levantar algumas questões quando analisada no contexto da toxicodpendência. Por exemplo, alguns autores (Patrício, 1995, p. 25; Cochofel, 2003, p. 31) consideram que, aquando das primeiras experiências de consumo, a pessoa teve a liberdade de escolha perante a decisão de consumir. No entanto, para Patrício (*ibidem*) essa mesma liberdade vai-se perdendo à medida que os consumos se tornam regulares, dando lugar, muitas vezes, à instalação da dependência, sem que o dependente o deseje. Não obstante, podemos dizer que foi a sua decisão em manter os consumos, de uma forma repetida, que o conduziu à dependência. Esta, por sua vez, aprisiona a vontade, o que torna a presença desta, muitas vezes, insuficiente para controlar ou abandonar os consumos. O toxicodpendente

é, assim, “uma pessoa dividida entre o seu desejo de se libertar da dependência e a sua intensa ligação à substância” (Miguel, 1997, p. 27). É esta ligação à substância que é a responsável pela escravização do desejo e pelo desenvolvimento da dependência (Miller & Swinney, 2000). Para o dependente a droga passa a ocupar um lugar central na sua vida, não havendo espaço para outras ligações ou para qualquer outro investimento externo, o que aumenta o seu isolamento. O uso da substância passa a ser feito de uma forma compulsiva, dando lugar, na grande maioria das vezes, ao desenvolvimento de tolerância e à ocorrência de sintomas de privação.

Assim, tendo em conta o seu menor ou maior grau de ligação à substância, podemos falar de consumidores ocasionais e recreativos, consumidores regulares e consumidores toxicodependentes. As fronteiras entre estes diferentes tipos de consumos é ténue, sendo certo que muitos dependentes começam por ser “consumidores ocasionais ou recreativos” (Patrício, 1995, p. 128). No entanto, também é verdade que nem todos os consumidores ocasionais se tornam dependentes (Silveira, s.d.).

De acordo com a Declaração de Lisboa, a dependência é considerada uma doença, pelo facto de ser a “(...) expressão dum sofrimento e determina dificuldades psíquicas, físicas e sociais (...)” (Declaração de Lisboa, 1992). No entanto, “(...) mesmo a de evolução mais prolongada deve ser considerada como uma situação transitória e reversível (...)” (*ibidem*). Com efeito, alguns toxicodependentes são capazes de abandonar o consumo de drogas por si só, sem recorrer a qualquer ajuda médica, psicológica ou farmacológica (Lockley, 1995, p. 91; Ribeiro, 2003, p. 68). Isto pode significar que, apesar de dependente, a pessoa mantém parte da sua capacidade volitiva intacta.

O facto do toxicodependente ser considerado como um doente pela actual legislação portuguesa em matéria de consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas – Decreto-Lei n.º 30/2000 de 29 de Novembro e Decreto-Lei n.º 130-A/2001 – assim como pela Estratégia Nacional de Luta contra a Droga (Ribeiro, 2001, p. 73), não significa que o mesmo seja desresponsabilizado pelo seu comportamento, que não possa exercer controlo em relação aos seus consumos ou que esteja condicionado a ser dependente a vida toda. Contrariamente, arrisco-me a dizer

que, ao longo do seu percurso de consumos, ele continua a ser livre para decidir continuar ou pôr termo aos mesmos. Como defende a abordagem existencial, o ser humano não tem liberdade para determinar a sua vida, mas tem a liberdade para tornar-se no que mais desejar, para decidir o que fazer com a sua condição existencial, para escolher entre várias alternativas. O mesmo se aplica ao dependente. É sabido que as drogas são substâncias que produzem modificações químicas em circuitos específicos do cérebro, alterando a percepção da realidade e o humor, sendo que o seu uso continuado deixa marcas ao nível da memória, que “persistem no tempo” (Ribeiro, 2001, p. 77). Estas modificações no funcionamento do cérebro podem dar origem a compulsões para consumir, as quais, por sua vez, podem potenciar ou conduzir a recaídas, principalmente quando interagem com determinados estímulos internos (por exemplo, ansiedade, depressão) ou externos (por exemplo, pessoas, objectos) (Ribeiro, 2001). Assim, podemos dizer que as características da substância utilizada, designadamente o seu menor ou maior poder adictivo, são factores importantes no desenvolvimento das dependências, se tivermos em conta que, tal como fez notar Miguel (1997, p. 27), o consumo prolongado de opiáceos por parte de determinado indivíduo causará sempre dependência, qualquer que seja a sua “constituição genética” ou “estrutura de personalidade”.

No entanto, encarar a substância como tendo um papel principal no desenvolvimento da dependência, significa olhar o dependente como um indivíduo passivo, o que não é verdade. Com efeito, o ser humano, quando recorre ao consumo de drogas fá-lo de uma forma activa (Zago, s.d.; Silveira, s.d.) e por razões consideradas individualmente substantivas. O que o leva a fazê-lo não é a substância em si mesmo, mas a expectativa e antecipação dos seus efeitos (Ribeiro, 2003, p. 66). Assim, o dependente torna-se dependente de uma sensação (Miller & Swinney, 2000), a qual lhe permite lidar com emoções ou sentimentos negativos, compensar determinadas limitações ao nível do relacionamento com os outros (por exemplo: inibição/timidez) ou alterar a sua percepção da realidade.

Por conseguinte, e no sentido de melhor explicar a manutenção dos consumos e as recaídas, há que ter em consideração outros factores que não a química das

substâncias e os seus efeitos no cérebro. A dependência de substâncias é, antes de mais, um “fenómeno humano” (Lockley, 1995, p. 80; Zago, s.d.), um comportamento situado no campo das escolhas e motivações pessoais.

Nesta perspectiva, as recaídas podem ser entendidas mais como sendo o resultado da ausência de perspectivas de futuro, por parte do consumidor, do que de uma vontade totalmente escravizada. Marlatt (1984, citado por Ribeiro, 2003, p. 68), ao investigar os factores subjacentes à recaída em dependentes de opiáceos concluiu que grande parte delas se deveu a “estados emocionais negativos, pressões sociais e (ou) conflitos interpessoais”. Jaffe (2001, citado por Ribeiro, 2003, p. 68), refere como primeiro factor de recaída “a decisão consciente de voltar a consumir”.

Deste modo, a nível terapêutico, é importante, antes de tudo, tentar perceber qual o significado das escolhas do dependente, incluindo o consumo de drogas, no contexto global da sua vida (Lessa, 1999).

Todas as dependências implicam ganhos para o dependente. Constituem, muitas vezes, a alternativa última daquele para lidar com o sofrimento resultante da vivência de uma realidade sentida como demasiado difícil e dolorosa e à qual não pode fugir. O uso de drogas possibilita ao dependente modificar a sua percepção do mundo e de si próprio, de modo a assegurar a sua “sobrevivência” (Silveira, s.d.). Outras vezes, o consumo de drogas surge como uma forma do dependente evitar responsabilizar-se⁽¹⁾, enfrentar e os seus problemas e dificuldades e aceitar as suas limitações (Lockley, 1995, p. 82). Aceitar a responsabilidade, ainda que implique enfrentar a incerteza, o desconhecido, e abdicar de um sentimento de segurança ilusório, é fundamental para que se inicie o processo de mudança. A dependência, ao proporcionar um prazer imediato (o qual, muitas vezes, por si só, contribui para a manutenção dos consumos), surge como o caminho mais fácil e, a partir de uma dada altura, o mais familiar. Muitas vezes, o dependente recorre ao consumo de drogas, como se de uma solução para um problema se tratasse, sendo que, com o uso continuado, esse mesmo consumo passa a constituir também ele um problema, a acrescentar à lista inicial (*ibidem*).

Assim sendo, na génese da toxic dependência têm que ser considerados factores como a substância, com as suas propriedades psicoactivas específicas, o indivíduo, com

uma estrutura de personalidade e características biológicas únicas, e o contexto sociocultural em que o mesmo está inserido (Miguel, 1997, p. 26; Ribeiro, 2001, p. 75), incluindo as suas condições existenciais. São estas, mais do que o consumo em si, o foco da terapia existencial.

O consumo de substâncias psicoactivas pode ser utilizado como um “mecanismo de *coping*” quando os indivíduos olham a sua vida como não tendo um propósito ou sentido (Barry, 1999), ou seja, quando experienciam um “vazio existencial ou espiritual” (Frankl, 1959). O mesmo surge, assim, como uma tentativa de adaptação pessoal e de construção de um significado para as vivências pessoais de quem neles se envolve.

Situarmo-nos face às condições da nossa existência e descobrir um sentido para a vida só é possível mediante uma reflexão adequada. Não obstante, não raras vezes, o consumo de drogas surge como uma forma do dependente não pensar, não sentir, de negação de si próprio e dos outros (Zago, 1999). Contudo, é necessário que o dependente abandone os consumos para que possa iniciar uma reflexão acerca das condições da sua existência, das várias alternativas de escolha que se lhe apresentam e das consequências resultantes de cada uma delas. Abandonar os consumos é possível, desde que o dependente encontre razões suficientemente válidas para o fazer. Só uma reflexão profunda lhe permitirá abrir caminho em direcção à mudança e à construção de um projecto de vida alternativo (*ibidem*).

No entanto, distanciar-se dos consumos, por si só, não é suficiente; é necessário que o dependente esteja disposto a modificar-se internamente, mas também a promover alterações ao nível do seu estilo de vida (Zago, s. d.). Aquele precisa de aprender a viver uma nova vida, o que pode ser complicado para as pessoas que apresentam uma longa história de abuso e dependência e que fizeram desta a sua vida. Pode acontecer, neste caso, que a pessoa sinta um vazio ou um sentimento de perda deixado pelo abandono dos consumos e do modo de vida a eles relacionado. A paragem dos consumos implica lidar com as ânsias para consumir, com as consequências dos consumos (por exemplo dívidas ou infecções, como a hepatite e o HIV, no caso dos consumidores por via endovenosa), e um confronto com problemas passados, não resolvidos, mas também com os sentimentos e emoções a eles subjacentes que

entretanto começam a emergir e com os quais a pessoa deverá começar a lidar, sem ajuda das drogas (Lockley, 1995, cap. 05). Podem, também, surgir sentimentos de culpa ou arrependimento relacionados com a tomada de consciência do tempo despendido com os consumos e com as decorrentes implicações negativas em termos de estagnação a nível pessoal, profissional e familiar. Esta tomada de consciência pode conduzir, do mesmo modo, à necessidade da pessoa abandonar a visão de si próprio como alguém drogado ou agarrado, ao mesmo tempo que vai integrando uma visão de si como uma pessoa "normal" (*ibidem*). Em todo este processo é fundamental que a pessoa consiga encontrar uma ocupação que, preferencialmente, lhe dê prazer e satisfação, e que possa contar com uma forte rede de apoio social e familiar. O (r)estabelecimento de relações afectivas e relacionais com pessoas sem ligação ao consumo é fundamental.

A abordagem de temas como a morte e as perdas adquire, também, uma grande importância, na medida em que pode ajudar o dependente a fazer o(s) luto(s) e a lidar com os limites da existência e com as imperfeições próprias e dos outros. De igual modo, pode ajudá-lo a ter presente a sua natureza finita e a adquirir uma percepção mais realista e consciente do tempo que tem à sua frente de modo a ser capaz de realizar um reajustamento entre as suas acções presentes e os seus objectivos futuros (Lessa, 1999; Lockley, 1995, cap. 05).

Um outro aspecto que deverá ser debatido na terapia prende-se com a questão da ansiedade, não apenas a que poderá ter motivado o início dos consumos, mas também a que está implicada na decisão em abandonar os mesmos. É fundamental que o paciente aprenda a aceitá-la como algo inerente à condição humana e a lidar com ela em seu benefício, como impulsionadora da mudança. O mesmo se aplica relativamente a outros sentimentos e emoções desagradáveis, incluindo a dor, o sofrimento e a culpa.

No contexto da abordagem terapêutica existencial pretende-se promover o autoconhecimento, criando as condições para que o dependente ao tomar consciência da sua condição de existir no mundo, seja capaz de construir ou reconstruir um novo sentido para a sua vida e encontre alternativas para preencher o vazio existencial e enfrentar os seus problemas que não passem pelo consumo de drogas. Contudo, essas alternativas deverão ir de encontro

ao que é por si valorizado, pois só assim ele estará disposto a mudar. O grande desafio consiste em incentivar o paciente a fazer escolhas que lhe permitam viver uma vida mais autêntica, porque vivida em consonância com os seus valores, objectivos e prioridades e não de acordo com as expectativas e desejos dos outros. A decisão primeira prende-se com escolha informada entre continuar a usar drogas ou permanecer abstinente (Barry, 1999; Lessa, 1999). Portanto, a ideia central é envolver o paciente no processo terapêutico e responsabilizá-lo pela sua própria recuperação de modo a promover a automotivação, a adesão e a eficácia terapêuticas (Barry, 1999). Desta forma, é importante que o dependente perceba e acredite que pode controlar o seu comportamento e tomar uma decisão relativamente ao que fazer com as suas experiências internas, designadamente com as ânsias para o consumo.

4. CONCLUSÃO

Considero que a terapia existencial pode ser de grande utilidade no trabalho com indivíduos com comportamentos de dependência, na medida em que oferece um novo modelo de compreensão e conceptualização desses mesmos comportamentos. Independentemente do quadro teórico de referência utilizado, a terapia existencial poderá ser empregue no contexto de uma intervenção integrada e complementar. Pode, por exemplo, ser aplicada no âmbito de uma intervenção cognitivo-comportamental que trabalhe os aspectos relacionados com a prevenção de recaídas e o debate das crenças relacionadas com o consumo (ver artigo de Soares, 2001, pp. 30-32, a propósito do modelo de prevenção de recaídas de Marlatt). Deve, no entanto, ser considerada a especificidade de cada indivíduo, as características dos problemas apresentados, mas também do terapeuta, de modo a aumentar a eficácia das intervenções, não descurando as dimensões médica, psicológica, social, cultural e existencial dos problemas. Julgo que a sua grande mais valia consiste na responsabilização da pessoa pela sua própria vida e pelo seu comportamento.

Passar a mensagem de que a dependência de substâncias psicoactivas é uma doença, e que tem um carácter crónico, pode ter algumas implicações negativas, nomeadamente na motivação do paciente para o tratamento ou para a mudança, se com isso se entender que doença é sinónimo

de ausência de escolha ou significa responsabilizar factores externos à pessoa pela sua condição de doente. O dependente pode, assim, acreditar que é vítima da sua doença e que qualquer esforço da sua parte para alterar o seu comportamento resultará, necessariamente, em fracasso. Isto poderá levá-lo a considerar que a toma de medicação agonista ou antagonista (no caso dos dependentes de opiáceos) é o suficiente para a sua recuperação (o que constitui um reflexo da influência de uma visão demasiado centrada no modelo médico de intervenção e nos aspectos químicos da dependência), descurando, assim, outros aspectos do tratamento como o acompanhamento psicológico, que o poderiam ajudar no sentido de implementar mudanças internas. Este tipo de acompanhamento adquire ainda mais sentido se tivermos em consideração que todas as substâncias psicoactivas causam dependência psicológica, sendo esta mais difícil de contornar do que a física. No entanto, convém lembrar que o físico e o psicológico andam de mãos dadas, numa relação de mútua interinfluência, sendo que tudo o que acontece a nível psicológico se reflecte a nível físico e vice-versa.

Entender a dependência como algo que tem que ver com características, valores e crenças pessoais (ou seja com formas de olhar e organizar a experiência) e como um comportamento resultante, antes de mais, de uma escolha individual pode ajudar-nos, enquanto profissionais, a refrear qualquer eventual tendência que em nós exista para impor a nossa visão do mundo ao paciente como a única válida e possível. Talvez tenhamos que aceitar o facto de que existem pessoas que optam por manter os consumos, muitas delas ao longo de toda uma vida, e algumas delas conseguindo fazê-lo de uma forma auto-regulada, sem que se verifique invalidação nas diferentes áreas de vida.

Se, mesmo depois de ponderar todas as vantagens e desvantagens do consumo e de reflectir acerca da viabilidade e articulação dos mesmos com os seus projectos de vida (o consumo pode ser um projecto para algumas pessoas), ainda assim, a pessoa optar por manter esses consumos, não terá ela direito a fazê-lo? Não quero com isto dizer que não faça parte do trabalho do profissional promover a motivação dos dependentes para tratamento, antes pelo contrário (a respeito da motivação para a mudança consultar o livro *Entrevista Motivacional*⁽²⁾, de Miller e Rollnick ou o artigo de Soares, 2001, pp. 35-36).

Considero que a questão da atribuição de sentido à existência e às vivências pessoais é muito importante porque se a pessoa não estiver motivada para mudar (ou seja, para descobrir ou redescobrir novas formas de dar significado ou de conferir sentido à sua existência), se o projecto de abandono dos consumos lhe for imposto de fora, seja por quem for (família, entidade judicial, etc.), se a pessoa não o abraçar como um projecto seu, que tem significado para si, tendo em conta a sua situação e contexto de vida, o mais provável é que a pessoa nunca venha a mudar. Julgo que poderá ser importante, numa fase inicial, que o terapeuta seja capaz de serenar o seu desejo de mudar o paciente e, ao invés, esteja disposto a conhecer e a compreender a sua perspectiva evitando fazer juízos de valor ou tirar conclusões precipitadas com base nas suas crenças e ideias pré-concebidas. Tudo isto deverá ser feito sem que, no entanto, se perca de vista a promoção da descoberta de novas significações.

Em suma, considero que uma intervenção demasiado centrada em abordar o consumo e tudo o que a ele diz respeito e que não leve em conta o contexto global da vida da pessoa, corre o risco de ser mal sucedida. Assim, acredito que a resposta ao dependente, ao invés de parcelar, deverá ser a mais articulada possível, tendo em conta todos os aspectos da sua existência. Acima de tudo, convém lembrar que a solução última reside no próprio dependente, pois só ele tem o poder de decidir o que fazer com a sua condição de existir.

Contacto

Fernanda do Rosário Moita Rodrigues

Psicóloga Clínica

Comissão Para a Dissuasão da Toxicodependência do Distrito da Guarda

Avenida Cidade de Safed, n.º 01-B, 6300-712 Guarda

Telefone: 271 208 850

Email: fernandamoita@hotmail.com

NOTAS

(*) Este artigo resulta do desenvolvimento de um trabalho realizado no âmbito do Treino Europeu em Psicoterapia, patrocinado pelo Programa Leonardo da Vinci e promovido pelo Projecto SEPTIMUS (Strengthening European Psychotherapy through Innovative Methodes & Unification of

Standards), Universidade de Sheffield, Inglaterra, Fevereiro – Dezembro de 2004, em parceria com a Associação Portuguesa de Terapias Comportamentais e Cognitiva (APTCC) e a Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Centrada no Cliente e Abordagem Centrada na Pessoa (SPPCCACP).

(1) Drew (1986, citado por Wurm, 2003, p.180, minha tradução) afirma que “as pessoas com comportamentos de dependência, por definição, abdicaram da responsabilidade de tomar escolhas difíceis: Tendem a sentir-se mais determinadas externamente do que as outras pessoas. Precisarão de ajuda para desenvolver um sentido de autonomia forte. Não se deve permitir que as mesmas desculpem o seu comportamento porque tem «uma doença», ou são desprivilegiados ou qualquer outra coisa”.

(2) A entrevista motivacional é uma abordagem terapêutica que resulta da junção de conceitos provenientes da abordagem existencial e da abordagem cognitivo-comportamental; coloca a sua tónica na responsabilidade pessoal do paciente pelo seu próprio comportamento e mudança, evitando a rotulação (Wurm, 2003).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andy (s. d.). “Key Concepts”. 2/2006.
<http://home.earthlink.net/~andyda/psych/exist/keyexist.html>
- Barry, K. L. (1999). “Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse Treatment.” Improvement Protocol (TIP) Series 34, SAMHSA’s National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information (NCADI). 7/2004. <http://ncadi.samhsa.gov/govpubs/BKD341/34i.aspx>
- Cochofel, S. (2003). “Reflexões sobre as toxicodependências: a Lei e a Liberdade, o Justo e o Bom.” *Toxicodependências*, 9 (3): 31-38.
- Declaração de Lisboa (1992). Patrício, L. 2002. 1ª Edição. *Droga Para Que Se Saiba*. Livraria Figueirinhas, pág. 303-305.
- Deurzen, S. E. (2002). *Existential Counselling & Psychotherapy in Practice* (Second Edition). London: Sage Publications.
- Deurzen, S. E.; Digby, T. (s. d.). “Existentialism Psychotherapy”. 02/2006.
<http://www.existentialpsychotherapy.net/>
- “Existential Therapy”. Wikipedia. The Free Encyclopedia”. 2/2006.
http://en.wikipedia.org/wiki/Existential_psychotherapy
- “Existentialism”. Wikipedia. The Free Encyclopedia”. 2/2006
<http://en.wikipedia.org/wiki/Existentialism>
- Extherapy (s. d.). “Existential Psychotherapy”. 2/2006
<http://members.aol.com/timlebon/extherapy.htm>
- Frankl, V. E. (1959). *Man’s Search for Meaning*. Revised and Updated. New York: Pocket Books.
- Greaves, G. (s. d.). “An Existential Theory of Drug Dependence.” From NIDA (National Institute on Drug Abuse). Research Monograph #30. 2/2006.
<http://www.addictionalternatives.com/philosophy/existentialtheory.htm>
- Hoffman, L. (2004). “Existential Psychotherapy – A General Overview”. 2/2006. <http://www.existential-therapy.com/general-overview>
- Lessa, M. B. M. F. (1999). “Uma Reflexão sobre a actuação do Psicólogo na Dependência Química.” 2/2006.
<http://www.ifen.com.br/artigo1999bernadete.htm>
- Lockley, P. (1995). *Counselling heroin and other drug users*. Free Association Books.
- Miguel, N. (1997). “Toxicodependência: Uma perspectiva.” *Toxicodependências*, 3 (1), 25-30.
- Miller, I.; Swinney, G. (2000). “Psychoactive Substance Abuse and the Consciousness Restructuring Process”. Asklepi Monograph Series. 2/2006. <http://www.geocities.com/ionam/Chaosophy2/addictionCRP.html>
- Patrício, L. D. (1995). *Droga de Vida, Vidas de Droga*. Bertrand Editora (3ª Edição).
- Ribeiro, J. S. (2001). “Tornar-se toxicodependente: opção ou fatalidade?”. *Toxicodependências*, 7 (3): 73-78.
- Ribeiro, J. S. (2003). “Aspectos fenomenológicos das recaídas em heroíno-dependentes”. *Toxicodependências*, 9 (1): 65-71.
- Rodrigues, V. (s. d.). “Diálogo: A abordagem Fenomenológico-Existencial em Psicopatologia.” 2/ 2006.
<http://www.existencialismo.org.br/jornalexistencial/victorabordagem.htm>
- Silveira, D. X. (s. d.). “Problemas actuais na Abordagem Terapêutica das Farmacodependências.” 2/2006.
http://www.adroga.casadia.org/news/abordagens_terapeuticas.htm
- Soares, A. (2001). “Uma Proposta Integrativa na Terapia Cognitiva da Toxicodependência”. *Toxicodependências*, 7 (2): 29-49.
- Wurm, C. (2003). “Is «Addiction» a Helpful Concept? An Existential View”. *European Psychotherapy*. 4 (1): 175-182.
- Zago, J. A. (1999). “Sociedade de Consumo e Droga.” *Impulso, Revista de Ciências Sociais e Humanas*, 11 (25): 93-102. Piracicaba: Editora UNIMEP.
- Zago, J. A. (s. d.). “Drogadição: um jeito triste de viver.” 2/2006.
http://www.adroga.casadia.org/tratamento/DROGADICAO_UM_JEITO_TRISTE_DE_VIVER.htm