

As Comunidades Terapêuticas - História, Evolução e a Modernidade no Tratamento das Dependências Químicas¹

Therapeutic Communities – History, Evolution and Modernity on Treatment of Chemical Addition

Manuel Sommer²

PSIQUE – ISSN 1647-2284 – Nº 7 - Janeiro-Dezembro 2011 – pp. 135-166

Recebido em 7-5-2011; aceite em 9-7-2011

Resumo

O presente trabalho tem como tema as Comunidades Terapêuticas, sua história, evolução e características, com especial impacto no período desde a segunda Grande Guerra mundial com as experiências de Maxwell Jones e a posterior adaptação ao tratamento de pessoas com problemas de dependência química.

Pretende-se demonstrar a evolução qualitativa do tratamento de dependentes químicos desde a 1ª geração das referidas Comunidades Terapêuticas até aos modelos hoje em dia em vigor, com todo o aperfeiçoamento e adaptação às necessidades de teorização e evolução dos conceitos e conhecimentos em psicologia e profissões afins.

Pretende igualmente reflectir-se em torno de algumas dimensões que tocam a problemática do dependente químico em Comunidade Terapêutica e demonstrar-se a complexidade deste fenómeno.

Palavras-chave: Comunidades terapêuticas; Dependência química; Identidade; Recuperação; Bem-estar.

Abstract

The current article has as its main subject Therapeutic Communities, its history, evolution and characteristics. We will look in special to the period after the Second World War with the experiences of Maxwell Jones and the following adaptation to the treatment of chemical dependent people.

¹ Artigo adaptado a partir do livro do autor com o título “Vivência em Comunidade e Desenvolvimento Pessoal: o modelo de tratamento em regime residencial de dependentes químicos em Cabo Verde. Desafios e sucessos na Implementação da Comunidade Terapêutica Granja de S. Filipe na Cidade da Praia, Cabo Verde”, edição de autor, publicado em Fevereiro de 2011.

² Docente de Psicologia no Curso de Licenciatura em Psicologia, Mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento e Investigador do Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa (CIP-UAL) - Portugal - manuel.sommer@gmail.com.

The qualitative evolution of the treatment of chemical dependent people will be demonstrated since the therapeutic communities of the first generation to the ones today in place. We will also look at the qualitative development and responses to the necessity of theorization and integration of current knowledge in the field of psychology and other professions.

Keywords: Therapeutic community; Chemical dependency; Identity; Recovery; Well-being.

1. Introdução

O que de seguida denominamos “Comunidade Terapêutica”³ refere-se a uma terminologia amplamente utilizada internacionalmente para descrever uma eficiente abordagem, em regime de internamento (ou internato), para o tratamento de abusadores e dependentes químicos e dos problemas associados a estes consumos e estilos de vida. O termo inclui, segundo a definição do Dicionário da Língua Portuguesa (1999), não só um “...conjunto de pessoas que vivem em comun...”, mas igualmente a noção de “comunhão” e de “participação em comum”, isto é, uma abordagem, segundo De Leon (2003) de auto- e de entre-ajuda.

Esta abordagem é de preferência aplicada fora das instituições e modalidades de intervenção psiquiátricas, psicológicas e médicas tradicionais. Apresentam hoje em dia um conjunto de serviços e apoios humanos amplos e diversos e que tentam responder a um conjunto de necessidades e lacunas sentidas e vividas pelos seus residentes. Os clientes⁴ das Comunidades Terapêuticas representam um grupo diferenciado de indivíduos que partilham uma história comum de consumos de drogas e cujas vidas foram marcadas por estes consumos, tanto a um nível psicológico, social, clínico-médico, familiar e espiritual. O que une os residentes em Comunidade Terapêutica, visto nem todos as pessoas que usam e abusam de substâncias necessitarem ou desejarem realizar tratamentos em regime residencial, é a totalidade da experiência dos consumos, isto é, segundo Wilders (2005), a substância tornou-se uma característica essencial e predominante da personalidade e da vivência pessoal. Em Comunidade Terapêutica prevalece uma abordagem holística do residente como pessoa inteira e na qual o residente é

³ Os leitores ir-se-ão deparar que iremos utilizar por vezes o termo “Comunidade Terapêutica”, no seu singular, em sinónimo com o termo “Comunidades Terapêuticas”, no seu plural, quando o plural também se poderá aplicar gramaticalmente. O singular pretende marcar o nome próprio, o modelo e a terminologia própria em torno do conceito “Comunidade Terapêutica” e assim diferenciá-lo do simples singular.

⁴ Existem inúmeras terminologias para descrever os residentes de Comunidades Terapêuticas, que vão desde “doentes”, “pacientes”, etc. Nós optamos pelo termo “cliente” ou “residente”, visto ser assim claramente diferenciado do modelo biomédico determinista (ver adiante), o que se torna uma vantagem conforme iremos ver mais tarde. Ambos os termos “cliente” ou “residente” serão utilizados, neste contexto de descrição de utilizadores de Comunidades Terapêuticas, como sinónimos.

atendido nas suas problemáticas familiares, lacunas formativas, educativas e socioprofissionais, eventuais problemas de saúde física e mental, integração social e desenvolvimento pessoal.

Conforme iremos ver, a permanência em Comunidade Terapêutica tem vindo a modificar-se ao longo dos tempos. Os primeiros Modelos apresentavam, segundo Cole (1975), uma estadia em Comunidade Terapêutica de entre 2 a 3 anos, posteriormente reduzida para estadias entre 12 a 18 meses. No entanto, e isto observa-se mais recentemente, e devido a um conjunto de mudanças, tanto a um nível da população de clientes, de realidades de consumos, de surgimento de outras realidades clínicas associadas aos consumos, das substâncias consumidas em si, da realidade social e das políticas sociais em matéria de toxicodependências, a permanência em Comunidade Terapêutica tem vindo a diminuir, observando-se que a maioria dos modelos propõem estadias mais curtas, maioritariamente entre os 28 dias, 3 meses e 6 meses. Não obstante esta realidade continuam a existir Comunidades Terapêuticas com permanências de 12, 18 e 24 meses. (E.g. Roussaux et al., 1990).

A um nível do panorama global das instituições de tratamento, existem, além das Comunidades Terapêuticas, outro tipo de instituições de tratamento para o tratamento das Dependências Químicas. Englobam-se aqui os Centros de Dia, Unidades de Desabilitação e outras instituições em regime ambulatorio. Paralelos a esta realidade observam-se novas modalidades de Comunidade Terapêutica, especialmente as inseridas em Estabelecimentos Prisionais e Residências para Pessoas Sem-Abrigo, instituições que apresentam elevadas percentagens de pessoas com problemas de Dependências Químicas no seio das suas populações e que precisam, dentro dos seus contextos, de uma resposta direccionada para as suas problemáticas específicas de Dependências Químicas.

De um ponto de vista histórico a ideia de Comunidade Terapêutica como sendo uma comunidade que ensina, que cura e que dá apoio aos seus membros existiu desde os primórdios do ser humano. Segundo as pesquisas de Slater (1984, em De Leon, 2003), os manuscritos do Mar Morto, de Qûmran, detalham as práticas comunitárias de uma seita religiosa ascética, possivelmente dos Essênios, e que motivavam os seus membros a aderirem às regras e aos ensinamentos da comunidade, a fim de levarem uma vida correcta e saudável. Igualmente Fílon de Alexandria (25 a.C.-45 d.C.) descrevia nos seus escritos um grupo que vivia em Alexandria e que auto denominava uma comunidade de agentes de cura (therapeutrides) das doenças incuráveis da alma e que “professavam uma arte de medicina para prazeres e apetites (excessivos) ...para a imensurável multiplicidade de paixões e vícios” (Slater, 1984 em De Leon, 2003, p.16). Foi no entanto a partir das polis, ou cidades-estados gregas (ver Antonio Escohotado, 2004), que se inaugurou um tipo de sociedade na qual as pessoas que vivem em Comunidade o fazem segundo um escrupuloso respeito pela liberdade individual e segundo códigos sociais escritos, nesse caso hipocráticos, dando assim início à vivência em grupos terapêuticos estruturados, que vão desde seitas religiosas, comunas utópicas, movimentos de reforma espiritual, de temperança e de saúde mental.

Na Modernidade observamos dois movimentos em torno da Comunidade Terapêutica. O primeiro surge no campo da Psiquiatria Social, isto é num apoio inovador a doentes psiquiátricos dentro e fora de hospitais psiquiátricos nos quais estes doentes se encontram em tratamento, enquanto o outro movimento, sensivelmente 15 anos depois, surge sob forma de programas de tratamento, em regime residencial, para dependentes de drogas e de álcool.

Foi na Unidade de Reabilitação Social do Hospital Psiquiátrico de Belmont Hospital no Reino Unido que a Comunidade Terapêutica psiquiátrica modelar foi desenvolvida na década de 1940. Era uma unidade de 100 camas voltada para o tratamento de doentes psiquiátricos que apresentavam distúrbios de personalidade. Muitos eram soldados que tinham regressado da 2ª Guerra Mundial e que sofriam de traumas de guerra. Foi Maxwell Jones (1953) e seus colegas que descreveram esta experiência (ver também Rapaport (1960). Segundo De Leon (2003, p.15) as características desta comunidade terapêutica psiquiátrica de Jones eram as seguintes:

- Considera-se a organização como um todo responsável pelo resultado terapêutico
- A organização social é útil para criar um ambiente que maximize os efeitos terapêuticos, em vez de constituir mero apoio administrativo ao tratamento
- Um elemento nuclear é a democratização: o ambiente social proporciona oportunidades para que os pacientes participem activamente nos assuntos da instituição
- Todos os relacionamentos são potencialmente terapêuticos
- A atmosfera qualitativa do ambiente social é terapêutica no sentido de estar fundada numa combinação equilibrada de aceitação, controle e tolerância com respeito a comportamentos disruptivos
- Atribui-se um alto valor à comunicação
- O grupo orienta para o trabalho produtivo e para o rápido retorno à sociedade
- Usam-se técnicas educativas e a pressão do grupo para propósitos construtivos
- A autoridade difunde-se entre funcionários e responsáveis e os pacientes

O espírito dominante era a natureza terapêutica do ambiente comunitário. Querria-se criar um espaço “organizado como comunidade no qual se espera que todos contribuam para as metas comuns da criação de uma organização social dotada de propriedades de cura” (Rapaport, 1960, em De Leon, 2003, p.14). Esta designação de Comunidade Terapêutica foi posteriormente aplicada e adaptada a projectos *fora* do hospital e em projectos de psiquiatria comunitária (ver para o efeito Jansen, 1980 e Campiche, Hippolyte & Hipolito, 1992).

O segundo movimento deu origem a um conjunto de instituições/organizações que ainda hoje são visíveis no panorama actual do tratamento de dependentes químicos um pouco por todo o mundo. São designadas como instituições com “programas livres de droga” e nas quais a aprendizagem de um modo de vida livre de drogas é aprendido e difundido. Historicamente destacam-se 3 grandes precursores destas instituições e que foram a base deste segundo movimento.

O primeiro foi o chamado “Grupo de Oxford”, de Nova York, também conhecido por *First Century Christian Fellowship*, organização religiosa fundada por Frank Buchman, padre evangélico luterano, que por volta dos anos 1920, tinha como objetivo difundir a sua mensagem essencial: retorno à pureza e à inocência dos primórdios da igreja cristã. Apesar de não estarem somente direccionados para os problemas do alcoolismo e de outros distúrbios mentais, a missão do grupo de Oxford viam nestes comportamentos sinais de erosão espiritual e assim apelavam ao renascimento espiritual destes cristãos através da abstinência do álcool e de outras substâncias. Frank Buchman e o Doutor Samuel Shoemaker, pastor da Igreja Episcopal do Calvário de Nova York, receberam as suas influências dos Quakers e dos Anabistas, que também foram precursores dos menonitas e dos amish. Estas influências religiosas muito poderosas influenciaram de modo significativo não só o Grupo de Oxford e os Alcoólicos Anónimos, mas igualmente as Comunidades Terapêuticas modernas. Estas influências ainda hoje são visíveis nas Comunidades Terapêuticas actuais. As ideias predominantes incluíam a ética para o trabalho, o cuidado mútuo, a orientação partilhada e os valores evangélicos da honestidade, da pureza, do altruísmo e do amor, a auto-análise, o reconhecimento dos defeitos de carácter, a reparação de danos causados e o trabalho em conjunto (ver também Wilson, 1957).

O segundo grande precursor foram os Alcoólicos Anónimos, conhecidos pelas siglas AA, grupo fundado em 1935 por um corrector da bolsa Bill Wilson e um médico, Doutor Bob Smith, que através de suas conversas mútuas e entre-ajuda mútua conseguiram parar de beber e adquirir um estilo de vida baseado na abstinência (ver Wilson, 1957 e Burns, 1995) Nos princípios assumidos pelos AA nos 12 Passos e nas 12 Tradições, encontram-se os princípios de perda de controle da pessoa em relação à substância, entrega a um “Poder Superior”, o auto-exame, a busca individual de um “Poder Superior” capaz de se substituir à substância consumida, reparação de danos causados a outros, partilha com outros em grupo, oração e entre-ajuda a outros consumidores no activo. A grande diferença entre o Grupo de Oxford e os AA foi na concepção da entidade “Poder Superior”. Enquanto no Grupo de Oxford este implicava um “Deus” religioso e cristão e baseava-se nos ensinamentos da Bíblia, os AA incentivam os seus membros e participantes a encontrarem o seu próprio conceito de “Poder Superior”, este baseado na concepção e escolhas individuais.

O terceiro grande movimento foi a organização Synanon. Fundada por um alcoólico em recuperação, Charles (Chuck) Dederich, em Santa Monica, California em 1958, foi a primeira instituição de tratamento no sentido específico. Nascido a partir de experiências de grupo com “associação livre” no seu apartamento privado, Dederich fundou em 1959 uma comunidade residencial, na qual recebia dependentes de todas substâncias. Teve durante 15 anos um enorme sucesso organizacional, tendo caracterizado o panorama de tratamento destes problemas de forma significativa e servido como exemplo para as futuras Comunidades Terapêuticas (ver a este respeito da história de Synanon os trabalhos de Casriel, 1966, Yablonsky, 1965 e 1989 e Endore, 1968).

A grande diferença entre Synanon e os AA foi, entre outros, a passagem de um ambiente não-residencial das reuniões semanais de auto- e entre-ajuda dos AA para um ambiente de comunidade residencial intensiva a tempo inteiro das Comunidades Terapêuticas, e de todas as actividades passarem a estar concentradas dentro da instituição e a serem organizadas por uma organização hierárquica estruturada. Igualmente a população predominante de Synanon eram consumidores de drogas, enquanto nos AA o álcool era a substância mais consumida (só mais tarde foi criado o grupo de Narcóticos Anónimos para esta população e problemática específica). Outra grande diferença era a condição de terem que parar de consumir como condição *sine qua non* para dar entrada em Synanon, enquanto nas reuniões de AA o único requisito é a vontade de parar de beber, não sendo a abstinência uma condição essencial para participação nos grupos. Igualmente o processo de funcionamento em grupo era substancialmente diferente entre ambos. Enquanto que a pedagogia dominante em AA centra-se no processo de partilha de experiência dos membros que participam nas reuniões, sendo a aprendizagem de ensinamentos facultativa, em Synanon desenvolveu-se uma técnica denominada “o jogo” nos quais se promovia um intenso confronto mútuo de todos os participantes do grupo, com o objectivo de o grupo produzir “verdadeiros” e reais sentimentos entre todos os membros, desprovidos de quaisquer mecanismos de defesa. As propriedades do grupo terapêutico em AA eram fundamentalmente do tipo auto-curativas e de entre-apoio e entre-ajuda, em Synanon visava-se a mudança activa da pessoa, do seu funcionamento psicológico, do seu estilo de vida e do seu ambiente social e familiar, por via da vivência comunitária.

Nas comunidades terapêuticas contemporâneas continua a observar-se muitos dos elementos descritos nos parágrafos anteriores, no entanto observam-se desenvolvimentos que nada ou pouco têm a ver com os seus antepassados. Assim encontramos, hoje em dia, programas especializados com recurso a novos conhecimentos (a partir de Rogers, Erikson, Maslow, Beck, etc.), novas práticas terapêuticas (psicodrama, relaxamento, grupos de encontro, etc.), dirigidos a populações com características psico-sociais específicas (população prisional, sem abrigo, prostituição, etc.), dirigidos a indivíduos com dependências específicas (dependência do jogo, distúrbios alimentares, indivíduos que apresentam duplo-diagnóstico, etc.) e com serviços complementares (assistência à família, formação vocacional e socioprofissional, apoio psiquiátrico, prevenção de recaída, pós-tratamento, etc.).

De um ponto de vista organizacional surgiu em 1975 a primeira tentativa de associação de Comunidades Terapêuticas com o objectivo de definir e organizar objectivos e metas comuns. Nasceu nesta data a TCA (*Therapeutic Communities of America*), que, com a ajuda do NIDA (*National Institute on Drug Abuse*), procederam a grandes avanços na delimitação do campo de intervenção. Hoje em dia existe a associação mundial WFTC (*World Federation of Therapeutic Communities*), que engloba várias associações locais e regionais e que, além de organizar ciclos formativos, participa nas definições de objectivos e intervenções na área de saúde pública.

2. Algumas dimensões

Iremos de seguida olhar para algumas dimensões que marcaram o panorama a um nível teórico no campo da dependência química. Como vimos, no início do tratamento de dependentes químicos, nas ditas Comunidades Terapêuticas de primeira geração, a abordagem era caracterizada por uma forte componente religiosa e com forte apoio de ministros e do clero protestante. Posteriormente e com a crescente profissionalização da prestação de serviços e dos profissionais que trabalham em Comunidade Terapêutica, os modelos teóricos foram-se adaptando e se aperfeiçoando às necessidades de teorização da parte dos vários intervenientes. Assim iremos de seguida descrever algumas das principais dimensões que foram determinantes na compreensão da problemática da dependência química ao longo dos últimos 60 anos.

2.1. O conceito de Doença da Dependência Química

Pelo menos desde do aparecimento do conceito de doença de Jellinek (1960), conceito muito exposto e circunscrito, a definição do alcoolismo como doença, e em geral outras dependências, em particular a dependência da heroína, é um comum ponto de partida. No centro desta perspectiva encontramos as propriedades farmacológicas das drogas e dos seus efeitos fisiológicos. O desenvolvimento de uma dependência fisiológica que é produzida pelo consumo e o necessário aumento da dose de forma a obter o mesmo efeito farmacológico é o principal aspecto desta orientação. Parte-se do princípio, nesta perspectiva farmacológica, que os toxicodependentes sofram de uma personalidade doente que estará na origem da personalidade dependente (ver a este respeito Groenemeyer, 1990 e Keup, 1978). O ponto de partida deste conceito é a existência prévia de uma personalidade com tendência para a dependência e a “predisposição” para o desenvolvimento da doença de toxicodependência, ainda antes do início do consumo de drogas. Nas palavras de Coleman (1978, p. 555) *“the most common and widely accepted approach to addiction focuses on the personality structure of the addict. Underlying this group of theories is the assumption that people become addicts because they are mentally abnormal or inadequate, or at least debilitated by some serious psychological problem”*.

A ideia subjacente a esta personalidade dependente é a de que esta só se torna aparente com o início do consumo e que a carreira se desenvolve em etapas em direcção a uma degradação progressiva do consumidor toxicodependente. Consequentemente alguns autores, como Groenemeyer (1990) descrevem este tipo de carreira como uma *“carreira de degradação progressiva”*. O desenvolvimento desta carreira é progressivo e desenrola-se em direcção a uma crescente degradação sob forma de uma carreira *“spiral down”*, de espiral descendente: *“...despite its initial glamour and excitement, the life of a “street addict” is a hard one. A host of severe personal problems plague all but the most fortunate addicts, and normally becomes progressively worse as their career continues. Economic problems were the most frequent complaint voiced...as the chippies (occasional users) settle into a pattern of addiction, their tolerance for narcotics steadily increases, and with it the cost of their habits. Savings are quickly exhausted, and the*

addict's valuable possessions are sold or traded for narcotics... (Coleman, 1978, p. 559). O fim desta espiral dá-se quando é atingido nas palavras de Coleman, o “*hitting bottom*” (Coleman, 1978, p.560), conhecido como “tocar no fundo do poço”: “*...most addicts find that their personal problems continue to mount during years of addiction. When this spiral down finally reaches its nadir, the addict is overwhelmed by a sense of personal despair...the hopeless futility of their lives and their personal isolation. During this period the addicts seemed to lose confidence in their ability to make even the simplest decisions. Their every move appears only to have led deeper into the nightmare their lives have become.* A consequência da proposta do toxicodependente como doente médico em conjugação com a problemática da SIDA, aparecida no início dos anos 1990 e relacionado com o modelo de infecção (ver Geismar-Wieviorka, 1995), com as terapêuticas conexas com a prescrição da metadona e a discussão da prescrição social/médica da heroína, é uma forma de medicalização da toxicodependência (ver Zapalà, 1997)⁵ cada vez mais forte, a qual faz ressurgir a discussão e sobre o papel que a medicina desempenha como instrumento da “*purificação*” (Szasz, 1994, p.163). O enquadramento da toxicodependência no registo médico tem como corolário, segundo Zapalà (1997), a perspectiva da toxicodependência como “*doença, o toxicodependente como doente ou paciente e a metadona como medicamento*”(p. 107)⁶.

Sem querer entrar nas consequências socio-políticas desta discussão, não quero deixar de reflectir nesta altura sobre o papel da medicina, e dentro desta da psiquiatria, na pessoa do psiquiatra, como interlocutor escolhido e privilegiado para o tratamento e controle do toxicodependente e com a consequente classificação implícita da toxicodependência como síndrome sociopsiquiátrica⁷. Encontramos o ponto alto desta classificação da toxicodependência como síndrome socio-psiquiátrica na inserção desta dependência no Manual de Diagnóstico e Estatístico (DSM-IV) da Sociedade Psiquiátrica Americana. Este manual é tido como referência de diagnóstico para todos os sintomas e síndromas psiquiátricos, contendo um capítulo específico para todas as substâncias geradoras de dependências (Capítulo 6 do presente DSM-IV). Desde essa inclusão a toxicodependência foi definida não só como doença médica geral, mas como uma doença psiquiátrica específica e que acarreta perturbações psíquicas, as quais têm de ser tratadas por um especialista médico, nomeadamente, por um psiquiatra. Este ajustamento da toxicodependência a conceitos normativos axiológicos está ao serviço

⁵ A autora demonstra como esta medicalização da toxicodependência é muito defendida no discurso jornalístico e como esta perspectiva do agente toxicodependente como doente está a tomar uma posição cada vez mais dominante no debate público.

⁶ Chegam a esta conclusão Widmer, J.(ed), num estudo concernente à análise de artigos jornalísticos publicados em alguns jornais da Suíça francesa durante o ano 1996 que se ocuparam da problemática da prescrição de drogas, da investigação sobre a toxicodependência e a prevenção desta.

⁷ Até que ponto a questão do controle social da medicina se encontra registada na tradição da profissão médica ou não corresponde à factual e corrente entrega do tratamento dos toxicodependentes à psiquiatria como parceiro privilegiado dentro da medicina, se poderá definir como um novo fenómeno social? Recomenda-se a leitura e discussão fortemente interessante de Szasz, 1997, p.163 e seguintes.

da ciência como forma de assegurar a intervenção prática (ver Basaglia, 1973). Embora outras formas de tratamento sejam toleradas, estas não só têm de ser sancionadas por um psiquiatra como têm de ser permitidas por este.

Neste ponto é clara a delegação do poder e é ainda observável um novo sistema de poder, que provavelmente produz novas marginalidades. Através desta definição legitima-se a prescrição de drogas controladas, a prescrição de substitutos, a prescrição de anti-opiáceos, o internamento em estabelecimentos terapêuticos e o registo deste comportamento como sendo uma “epidemia“ (ver a este respeito Pélicher, 1985)⁸, como pólo oposto à degradação progressiva do indivíduo observável na realidade vivida nas ruas, onde abundam as perturbações psíquicas e a necessidade de uma intervenção profissional e farmacológica, porque estes indivíduos supostamente se encontram doentes.

Não obstante esta discussão, observa-se hoje em dia um numero cada vez maior de clientes admitidos em Comunidade Terapêutica e que apresentam um duplo diagnóstico, isto é um diagnóstico psiquiátrico e um diagnóstico de abuso e/ou dependência de substâncias. Destacam-se a depressão, ansiedade, eventos que causam stress pós-traumáticos, transtornos anti-sociais e distúrbios da personalidade. Estes necessitam, pelo menos numa fase inicial, de um acompanhamento especializado e de uma atenção redobrada. Muitas vezes o recurso a medicação psiquiátrica é um recurso útil e necessário, mesmo que não seja numa fase inicial.

2.2. A perspectiva da Psicologia do Desenvolvimento

A perspectiva da Psicologia do Desenvolvimento analisa a dependência como processo de amadurecimento da personalidade temporalmente delimitado e relacionado com a idade e que se opõe liminarmente ao modelo de carreira da dependência até agora descrito e discutido, o qual se baseia na concepção da toxicodependência como doença e com a presunção do desenvolvimento de uma carreira de degradação progressiva. Esta perspectiva determinista foi abalada e deposta através dos estudos realizados por Winick, entre outros, na década de sessenta do século passado.

Uma análise minuciosa das quase 45000 actas sobre toxicodependentes do *Federal Bureau of Narcotics (FBN)* demonstrou que uma grande parte desses toxicodependentes deixara de estar registadas nessas mesmas actas ao fim de algum tempo. Tratava-se de sujeitos com menos de 40 anos de idade e com uma carreira de dependência de 10 a 15 anos, ou seja, estes sujeitos deixaram de ter comportamentos digno de registo pelas autoridades. Esta realidade levou Winnick (1962) a uma hipótese de “*maturing-out of addiction* (p. 5), segundo a qual “*the addict stops taking drugs, as the problems for which he originally began taking drugs become less salient and less urgent, if our hypothesis is correct*” (*ibidem*).

Ao contrário da hipótese da degradação progressiva, a explicação dada por este autor é que não haveria razões especiais que conduzissem ao término de uma carreira de dependência. O toxicodependente deixa de consumir porque o seu próprio amadurecimento lhe tira o interesse no consumo da droga:

⁸ O alastramento epidémico da toxicodependência é defendido por muitos autores e é utilizado como argumento para a discussão pública desta temática.

„...it is as if, metaphorically speaking, the addicts inner fires have become banked by their thirties. They may feel that less is expected of them in the way of sex, aggressiveness, a vocation, helping their parents, or starting a family. As a result of some process of emotional homeostasis, the stresses and strains of life are becoming sufficiently stabilized for the typical addict in his thirties so that he can face them without the support provided by narcotics“ (*ibidem*).

A ideia subjacente a esta perspectiva é a de que não serão as variáveis da personalidade individual que determinam a saída da toxicod dependência nem o trabalhar destas características da personalidade que permitem ao indivíduo esse regresso, mas que será antes o ciclo da vida, objectivo e tendencialmente determinado pelo factor “idade” (idade mais avançada equivalerá a maiores possibilidades de saída da toxicod dependência) e factor “duração” (quanto mais tempo tiver durado a carreira mais perto estará o dependente de iniciar a saída), independentemente das variáveis da personalidade dos agentes dependentes individualmente considerados⁹. Neste sentido o “*maturing-out*” é definido como o inverso dos mecanismos “imatuross”: “*if we conceive of chronic opiod drug use as an immature coping device, then any enduring abstinence can be called “maturing-out”*” (Maddux & Desmond, 1980, p. 24).

Não obstante esta hipótese de “*maturing-out*” ter ganho reconhecimento na literatura científica, o estudo de Winick foi contrariado poucos anos após a sua publicação por Vaillant (1973), entre outros, dado que este conseguiu provar, através de um estudo longitudinal, que mais de metade dos seus candidatos consumia há mais de cinco anos sem chamar atenção às autoridades não tendo sido, por isso, registados, nem apareciam nas estatísticas como toxicod dependentes. Também Maddux e Desmond chegaram à conclusão que não obstante a hipótese do “*maturing-out*” ter “*considerable value in stimulating thought and research*” (op.cit), esta não só seria “*vague*” (op.cit) como não ofereceria uma explicação insuficiente para “*all prolonged abstinence*” (op.cit).

Estes conceito de um processo de amadurecimento determinado pelo próprio crescimento que conduz à saída da carreira da dependência foi desenvolvido por mais alguns autores e, ao lado de noções como “*maturing-out*”, foram apregoados outros como “*natural recovery*” (Waldorf & Biernacki, 1981)¹⁰ ou “*remissão espontânea*”¹¹. Os estudos de Robins (1975) foram determinantes para estas orientações. Este autor estudou o caso de 898 ex-veteranos do Vietnam, que tinham consumido e criado uma dependência pelo ópio e cujos casos foram estudados após o seu retorno ao Estados

⁹ Foram efectuados vários estudos com base nesta hipótese de “*maturing-out*”, cfr., entre outros, Snow, M. (1973). *Maturing-out of Narcotic Addiction in New York City. The International Journal of the Addictions*, 8 (6), 921-938.

¹⁰ Cfr ainda estudos de Scharse, R. (1996) *Cessation patterns among neophyte heroin users. The International Journal of the Addictions*, 1; O'Donnell, et al. (1976). *Young men and drugs – a nationwide survey. NIDA Research Monograph* 5.

¹¹ O conceito de “*remissão espontânea*” é um conceito proveniente da medicina e é utilizado quando sem nenhuma intervenção aparente ou visível, o desenvolvimento normal de uma doença é interrompido e ocorre a cura sem qualquer explicação racional.

Unidos da América. Só uma percentagem muito reduzida destes ex-dependentes continuaram a sua carreira de dependência nos EUA, tendo a maioria posto fim ao consumo após o seu retorno sem se terem submetido a tratamentos ou outro tipo de ajuda externa. A ideia, na altura largamente difundida e aceite, de “*uma vez um adicto, sempre um adicto*” (p. 284), teve de ser repensada devido a estes novos resultados:

„...it does seem clear that the opiates are not so addictive that use is necessarily followed by addiction nor that once addicted, an individual is necessarily addicted permanently. At least in certain circumstances, individuals can use narcotics and even become addicted to them but yet be able to avoid use in other social circumstances“ (Robins, Helzer & Davis, 1975, p.284).

A orientação do “*natural recovery*” foi muito influenciada pelo facto de os interlocutores entrevistados não se terem submetido a nenhuma forma de tratamento para a sua dependência e ainda por terem saído da dependência sem que fosse necessário uma alteração do seu meio social ou de outras variáveis externas da sua personalidade. Igualmente Stimson et al (1982) demonstraram que tanto com ou sem tratamento, uma grande parte dos toxicodependentes mostrava sinais de “*cansaço*” (p. 129) de carreira e que saíram da carreira de consumo meramente devido a um processo de amadurecimento determinado pelo crescimento, deixando para trás, de forma espontânea e sem ajuda profissional, a sua carreira da dependência. Groenemeyer (1991) reforça esta perspectiva, visto que “*assim, pode esperar-se que a duração da carreira da dependência tenha uma influência directa e positiva nas motivações de tratamento e sobre a durabilidade deste*” (p. 169). Neste modelo determinado pelo amadurecimento parte-se do princípio que os agentes, após saírem da carreira da dependência, se integrem nos contextos sociais convencionais e que a sua vida se estabiliza.

Qual o aspecto exacto de uma saída da toxicodependência e quais os factores motivacionais que conduzem a uma saída espontânea da dependência foi objecto de muitos estudos. Foram trabalhados e analisados diversos mecanismos socio-psicológicos dos ex-toxicodependentes com base em entrevistas narrativas. Mecanismos como “*diversion from the addiction*” (Klingemann, 1992, p.1363), através dos quais os toxicodependentes são distraídos através de novas responsabilidades e ocupações, como o trabalho, projectos para o futuro. Este mecanismo também foi descrito como “*motivações positivas*” (Caiata, 1994, p.19) (Corrigir de acordo com normas APA!!) para controlar a carreira da dependência: „*ces motivations positives constituent même pour nos interviewés une des sources de la volonté de contrôler la consommation: „passions musicales ou sportives, désir de se créer une famille ou de la maintenir unie, projets de voyages permettent à la personne de décentraliser son investissement par rapport à la drogue“* (ibidem).

Outro factor de motivação que leva à saída espontânea da carreira da dependência são os “*deterrent negative models*” (Klingemann, 1992, p. 1366). Nestes, as graves consequências do consumo da droga e os seus efeitos directos sobre as experiências e vida dos dependentes têm corolários, tais como as “*...death and illness of relatives or former buddies form the drug scene, combined with fear of AIDS...*” (Klingemann, 1992, p. 1366). Para a consolidação da carreira de saída da dependência são utilizados

mecanismos como „*focusing more and more on the perceived rewards from the new way of life and on protection of the gains*” (Klingelmann, 1992, p. 1366) e a „*interiorização de novos papéis sociais positivos*” (Klingelmann, 1992, p. 1366).

2.3. A perspectiva da Sociologia: Dependência, socialização e labeling”

A perspectiva da investigação sociológica encontrou o seu ponto de partida na investigação de desvios na Escola de Chicago na década de cinquenta do século passado. Foi impulsionada por vários investigadores, entre eles, Becker que, ao contrário do que acontecia com as explicações correntes na altura, desenvolveu a tentativa de explicar os desvios de orientação e de competências como “*processos de identificação e de aprendizagem em contextos sociais desviantes*” (Groenemeyer, 1990, p.68). Com base num modelo sequencial desenvolvido por Becker, e no qual o factor tempo desempenha um papel primordial, tornou compreensível o carácter processual de uma carreira de desvios (Becker, 1985) Além disso foi estabelecida uma ligação entre “*processos de socialização secundários*” determinantes e uma “*associação diferencial*”¹². Assim, o processo de aprendizagem leva o dependente a iniciar-se, por exemplo, no consumo de Marijuana¹³ e dentro da socialização, na qual o consumidor só adquire desvios a partir do momento em que as actuações à margem da lei e os correspondentes comportamentos começam a gozar de uma valoração mais positiva¹⁴ por este consumidor e pelo seu grupo de referência e em contraste ao grupo de referência que valoriza estes modelos comportamentais como sendo negativos.

O fundamento deste trabalho reside na compreensão sociológica das actuações com sentido de indivíduos que saíram da carreira da dependência. Em teoria esta saída tem de ser explicada por interacções sociais relevantes. Desde a definição de Weber (1972) de “acção social”, surgiram diversos debates científicos teóricos sobre o tema “acção social” que permitiram descortinar diferentes perspectivas respeitante a esta problemática.

Em primeiro lugar deparamo-nos com a teoria funcionalista da acção de Parsons (1976), que se enquadra no paradigma normativo. Nesta teoria a “estrutura de sistemas de acção consiste em modelos institucionalizados (em sistemas sociais e culturais) e/ou interiorizados (em personalidade e organismos) de importância cultural”

¹² A teoria da associação diferencial foi formulada por Sutherland em 1939.

¹³ Becker, H., cfr. em especial o capítulo 3. É importante entender a perspectiva de que a forma de encarar o efeito é algo de aprendido, nas palavras de Becker: “la consommation de marijuana est fonction de la conception que l’individu se fait des utilisations possibles de celle-ci, et cette conception évolue en fonction de son expérience de la drogue” (pág. 65). O modelo sequencial permite-nos compreender de que forma cada passo ou sequência da orientação desviada do agente desviado pode ser explicada individualmente: “...precisamos por exemplo de uma explicação como é que o indivíduo chega à oportunidade de adquirir marijuana e outra explicação como é que esse indivíduo ao ter fácil acesso a marijuana a consome pela primeira vez. Mais precisamos de uma explicação do porquê da continuação do consumo de marijuana depois de a ter experimentado. De uma certa maneira cada explicação consitui por si só uma origem do seu comportamento ... » (Becker H., *Outsiders*, in Groenemeyer, op. cit., página 72).

¹⁴ Matza utiliza neste contexto o conceito “afinidade” (Matza, 1973, p.98) .

(ibidem, p.342), isto é, a sociedade põe ao dispor dos seus membros certas regras¹⁵ e papéis, os quais são, durante o processo de socialização, interiorizados e consequentemente vividos sob a forma observável de determinados comportamentos sociais. Para isso a interacção torna-se necessária, porque nesta estas regras e estes papéis são reproduzidos na sociedade. A teoria de acção de Parsons conjuga esta dupla função da ordem social porque ela „*réduit la question théorique de l'ordre social à sa dimension pratique: celle du déroulement de l'interaction; et de ce fait même, envisage le problème de la stabilité et de la cohésion sociales sous l'angle de l'activité de communication sur laquelle reposent les relations interpersonnelles.*“ (ibidem, p.173). Não obstante o conteúdo dessa interacção não ter sido analisado por Parson e não obstante não tenha prestado muita atenção a esta dinâmica interaccional e se tenha, de certa forma, referido sempre a um modelo axiológico cultural constante, o qual estaria presente para a acção social concreta, era possível estabelecer a conexão entre ambas as realidades e uni-las: “*Parsons écartait ce problème en affirmant que ces deux systèmes s'emboîtent parfaitement: la socialisation, en imposant la motivation à agir en respectant des normes de conduite, permet à l'interaction de s'instaurer et de s'achever sans trouble majeur*“ (ibidem, p.173).

Já Alfred Schütz criticava esta posição de Parsons¹⁶, segundo Miebach (1995, p.22), de “*objectivista*” e desenvolveu uma orientação subjectivista segundo a qual e nas palavras de Miebach (1991,p. 22), “*a interpretação da acção social tem de partir da consciência do agente individual não se podendo referir a alegados modelos culturais*”. Esta teoria da acção, entendida como teoria fenomenológica, pretende orientar-se ao mundo real dos indivíduos, não tomando como ponto de relação alegados modelos culturais ou regras e/ou sistemas de modelos existentes num mundo paralelo.

Contudo foi só com a interacção simbólica, ou seja, com o modelo de interacção de uma teoria mediadora de símbolos, na qual o desempenho de um papel e a interpretação deste como teorema nuclear é definido como a teoria da actuação, que se torna compreensível o processo contínuo de interpretação e interacção. Através desta interpretação contínua, constrói-se a identidade, que não só representa algo de subjectivo e de individual, como também algo de objectivo e geral, podendo, por isso, ser definido, segundo Mead (1998) como sendo “*estrutura*” (p.205): “*a estrutura da identidade é uma reacção que é comum a todos, porque temos de ser membros de uma sociedade para termos identidade. Essas reacções são abstractas, no entanto formam o carácter do indivíduo. Dão-lhe os seus princípios, indicam-lhe os comportamentos reconhecidos por todos os membros da sociedade em relação aos valores dessa mesma socieda-*

¹⁵ Para Parson existem, segundo Ogien (1995), dois tipos de normas: por um lado, as que “*rapportent aux conventions, habitudes et manières d'appréhender le monde qui s'acquièrent dans le cours de la socialisation (entendue comme le mouvement qui transforme un enfant en adulte); et les secondes sont produites par une sorte d'équipement cognitif de base au moyen duquel une signification peut être attribué à une activité: ce que Parsons nomme des “variables de configuration”, c'est à dire des catégories de pensée qui permettent à l'individu de juger du type d'action dans lequel il est pris et de s'adapter aux circonstances changeantes des échanges sociaux*” (p.166).

¹⁶ A posição teórica funcionalista em relação à estrutura, que foi resumidamente aqui apresentada, não teria possibilitado uma compreensão diferente de tipos de saída de carreira de consumo.

de. Ele põe-se no lugar do outro generalizado, que representa as reacções organizadas de todos os membros do grupo. “Chega-se a um ponto de consciência da identidade que explica o comportamento do próprio e do terceiro: “o indivíduo só tem uma identidade em relação às identidades dos outros membros do grupo social. A estrutura da sua identidade exprime os modelos de comportamentos generalizados do seu grupo social, assim como a estrutura da identidade de cada um dos outros membros do grupo (ibidem, p. 206). Assim compreende-se que os mecanismos da construção e da produção da realidade social e da identidade são consumados em processos quotidianos de acção e interacção. As análises de Goffman (1969) sobre as múltiplas formas de expressão dos indivíduos em hospitais psiquiátricos e o desenvolvimento da identidade em certas interacções sociais e regras sociais, contribuíram com mais uma perspectiva e dinâmica da teoria da acção social. A dinâmica da interacção é aguçada por Goffman, segundo Miebach (1991, p.67), até a uma “*dramaturgia*” da acção social, na qual a totalidade da actuação social e comunitária é comparada a uma representação teatral, na qual a representação de papéis sociais toma uma centralidade fulcral.

Em sequência desta orientação de investigação da interacção que colocou o acento tónico sobre os processos de identificação e de construção da identidade, a perspectiva foi dirigida no sentido do controle social, por outras palavras, sob a reacção de terceiros que reagem sobre o comportamento desviado. Esta explicação, também conhecido por “labeling” ou “teoria de Etiquetagem ou teoria da Rotulagem” analisa principalmente, segundo Groenemeyer (1990) os “*processos de entrada e os processos de reforço*” (p.70) das carreiras desviantes e mostra até que ponto e quais os processos de responsabilização no desenvolvimento de vidas desviantes através dos controlos sociais que desempenham um papel importante nestas carreiras. Nas palavras de Tannenbaum (1953), “*the young delinquent becomes bad, because he is defined as bad*” (p.23).

Esta mudança de perspectiva da análise de reacções de terceiros no sancionar de comportamentos, sancionamento este que é determinante para a existência de carreiras desviantes, têm em parte consequências profundas sobre a identidade do actor considerado como sendo desviante, em particular sobre a identidade social. Muitas vezes estas sanções adoptam a forma de verdadeiras cerimónias, que são denominadas por alguns sociólogos (por exemplo Garfinkel, 1956, p. 420) como “*status degradation ceremonies*”(cerimónias de degradação de status). Goffman (1973) estudou detalhadamente as experiências de “degradações de *status*” de doentes psiquiátricos internados em ambiente de hospital psiquiátrico bem como as alterações de identidade de todos os agentes envolvidos.¹⁷ A nova identidade social dos residentes em meio ambiente psiquiátrico leva-os a enveredarem por certa carreira moral a qual, segundo Goffman (1973) “tem consequências nas grandes mudanças no *self* do actor e no seu ramo metafórico, com o qual ele se julga a si e aos outros.” (p.127).

¹⁷ Anselm Strauss (1992) também estudou a curva do decurso biográfico de doentes internados num hospitalar e a forma com a qual lidam com a morte em ambiente hospitalar. Assim, descreveu as negociações de identidade observadas, aquando da gestão da doença e da relação com os enfermeiros.

É pressuposto na degradação de *status* a existência de estigmas, ou seja, de conhecidos atributos ou deficiências através dos quais seja possível desacreditar determinados actores sociais (por exemplo, toxicodependentes e/ou comportamento associado a drogas), e que na interacção e no plano dos indivíduos em interacção, tenha o potencial de alterar a sua identidade. A aplicação destes estigmas resulta, segundo Goffman (1999) numa discrepância para o actor entre identidade virtual e identidade real social. Assim não só o controle social rotula os actores sociais pela atribuição de sentido e significado aos seus comportamentos, mas os próprios visados deste processo de estigmatização acabam por interiorizar este estigma e assumir a sua identidade desviante.

Esta análise permite-nos expor os vários aspectos do tema principal deste estudo, designadamente a assimilação intersubjectiva e da interacção de identidades em torno da vivência na toxicodependência e de enquadrar estas numa perspectiva sociológica. Temos por objectivo discernir quais e até que ponto os vários aspectos da identidade que se tornam visíveis e que desempenham um papel na carreira do toxicodependente. Goffman (1999) forneceu-nos um quadro útil para a compreensão da análise das concepções estruturantes da identidade descrevendo-nos a compreensão da identidade social, da identidade pessoal e da identidade do Ego.

2.4. As classificações e definições internacionalmente validadas no campo das Dependências Químicas

Após a descrição de algumas perspectivas que abordam o fenómeno da dependência a partir de diferentes quadrantes teóricos, vou de seguida olhar para as classificações e definições internacionalmente validadas no campo das Dependências Químicas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) iniciou esta tarefa nomeando um grupo de “experts” para definir o campo de definição de substâncias que produzem dependência. O resultado foi uma primeira descrição de critérios de consumo, do alcoolismo e de bebedores excessivos, assim como das consequências dos seus consumos. Segundo a OMS (1952) entende-se por alcoólicos “bebedores excessivos cuja dependência do álcool tenha atingido um tal grau, que os mesmos apresentem ou alterações psíquicas marcantes ou conflitos no seu bem-estar físico e mental, nas suas relações sociais, nas suas funções sociais e económicas. Por isso necessitam de um tratamento.”¹⁸ De realçar que foi somente em 1964 que a OMS recomenda substituir-se os termos até aí válidos de “toxicomania” (*drug addiction*) e “habituação” (*drug habituation*) pelo termo de Dependência.

De vários lados surgiram sugestões de definição do alcoolismo a partir de critérios de valores quantitativos de consumo. Ainda hoje em dia continua a ser um critério vastamente difundido e uma referência objectiva de orientação no que diz respeito a um consumo (unidades de álcool) socialmente e medicamente aceitável e que servem como padrão generalizado de um consumo social (E.g. Cornett, 2001).

¹⁸ Traduzido de Feuerlein (1984, p.6).

No entanto, e a partir dos trabalhos de Edwards e Gross (1976), começou-se a vislumbrar uma diferenciação distinta: a distinção entre “dependência” e “problemas relacionados com o álcool” foi descrita por estes autores, que separaram o “síndrome de dependência alcoólica (SDA)” dos “problemas relacionados com o álcool” (*alcohol related disabilities*). A dependência alcoólica era visto assim como um grau superior das consequências do consumo do álcool. Foi nos países anglo-americanos que esta distinção encontrou os seus maiores adeptos, sendo ainda hoje assim definido.

Esta distinção foi igualmente integrada pela Associação Psiquiátrica Americana que adoptou e integrou estes critérios na sua 3 edição do “Manual de Diagnóstico Estatístico das Doenças Mentais” (DSM-III) em 1981. Tanto o DSM, entretanto na sua 4ª versão (DSM-IV), editada em 1994, e o CID-10 da Organização Mundial da Saúde, editada em 1992, representam hoje em dia o maior consenso no que diz respeito aos critérios mais amplamente validados, aceites e utilizados para a definição de problemas no campo das dependências por profissionais de saúde e dos profissionais que intervêm nesta área.

Assim o DSM-IV da APA (1996) agrupa na secção das Perturbações Relacionadas com Substâncias 11 classes de diferentes substâncias: álcool, alucinógenos, anfetaminas ou simpaticomiméticos de acção similar, cafeína, cannabis, cocaína, fenciclidina (PCP) ou arilciclo-hexilaminas de acção similar, inalantes, nicotina, opiáceos, e sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. Destas 11 classes as seguintes têm características semelhantes: o álcool com os sedativos, hipnóticos e ansiolíticos e a cocaína com as anfetaminas e simpaticomiméticos de acção similar. O DSM-IV (op.cit., 180) faz a seguinte distinção das Perturbações relacionados com as Substâncias:

- Perturbações relacionadas com a Utilização das Substâncias: Abuso e Dependência de Substâncias.
- Perturbações Induzidas pelas Substâncias: Intoxicação por Substâncias, Abstinência de Substâncias, *Delirium* Induzido por Substâncias, Demência Persistente Induzida por Substâncias, Perturbação Psicótica Induzida por Substâncias, Perturbação do Humor Relacionadas com Substâncias e Perturbação do Sono Induzida por Substâncias

Os critérios de abuso e dependência de substâncias são aplicáveis a todas as classes de substâncias e segundo o DSM-IV estes critérios são os seguintes:

Critérios de Dependência de Substâncias do DSM-IV

Padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando a défice ou sofrimento clinicamente significativo, manifestando por três (ou mais) dos seguintes, ocorrendo em qualquer ocasião, no mesmo período de 12 meses:

1. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes:
 - 1) Necessidade de quantidades crescentes de substâncias para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;
 - 2) Diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de substância.

2. Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes:
 1. Síndrome de abstinência característica da substância;
 2. A mesma substância (ou outra relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.
3. A substância é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia.
4. Existe desejo persistente ou esforços, sem êxito, para diminuir ou controlar a utilização da substância.
5. É despendida grande quantidade de tempo em actividades necessárias à obtenção (por exemplo, visitar vários médicos ou conduzir para longas distâncias) e utilização da substância (por exemplo, cadeia de fornecedores) e à recuperação dos seus efeitos.
6. São abandonadas importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreacionais devido à utilização da substância.
7. A utilização da substância é continuada apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização da substância (por exemplo, utilização da cocaína apesar da existência de uma depressão induzida pela cocaína ou manutenção do consumo do álcool apesar do agravamento de uma úlcera devido ao consumo deste).

De realçar que o DSM-IV faz duas especificações no padrão de consumos, se existe ou não “Dependência Fisiológica”. No caso afirmativo, existe evidência de tolerância ou abstinência (isto é, presença do item 1 ou 2) e no caso negativo, não existe evidência de tolerância ou abstinência (isto é, ausência do item 1 ou 2).

CrITÉRIOS de Abuso de Substâncias do DSM-IV

- A. Padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando a dÉfice ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes, ocorrendo durante um período de 12 meses:
 1. Utilização recorrente e uma substância resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa (por exemplo, ausências repetidas ou fraco desempenho profissional relacionado com a utilização de substância, suspensões ou expulsões escolares relacionadas com a substância; negligência das crianças ou deveres domésticos)
 2. Utilização recorrente da substância em situações em que esta se torna fisicamente perigosa (por exemplo, guiar um automóvel ou trabalhar com máquinas quando diminuído pela utilização da substância);
 3. Problemas legais recorrentes, relacionados com a substância (por exemplo prisões por comportamentos desordeiros relacionados com a substância);
 4. Continuação da utilização da substância apesar dos problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos

efeitos da substância (por exemplo, discussões com o cônjuge sobre os efeitos da intoxicação; lutas físicas).

B. Os sintomas nunca preencheram os critérios de Dependência de Substância, para esta classe de substâncias.

Critérios de Dependência da CID-10

Para o CID-10 (1993) um diagnóstico de dependência deve somente ser feito quando se apresentam 3 ou mais dos seguintes critérios e que tenham ocorrido em algum momento durante o ano anterior:

- 1) Um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
- 2) Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término ou níveis de consumo;
- 3) Um estado de abstinência fisiológico, quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por : síndrome de abstinência característica para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- 4) Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoactiva são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas
- 5) Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor da substância psicoactiva, aumento do tempo necessário para obter ou tomar a substância ou para se recuperar dos seus efeitos;
- 6) Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas, tais como danos ao fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estados de humor depressivos consequentes a períodos de consumo excessivo da substância ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado com a droga; deve-se fazer esforços para determinar se o consumidor estava realmente consciente da natureza e extensão do dano.

Critérios de Uso Nocivo de substâncias segundo a CID-10

A CID-10 não fala em abuso de substâncias, mas sim utiliza o termo “uso nocivo” de substâncias. Diz que é um padrão de uso de substância psicoactiva que está a causar danos à saúde. Este dano tanto pode ser físico como mental. Os critérios são os seguintes:

- 1) Tem que se observar um dano real tenha sido provocado à saúde física e mental do consumidor
- 2) Os padrões de uso são frequentemente criticados por outras pessoas e encontram-se com frequência associados a consequências sociais diversas de vários tipos. No entanto o facto de que um padrão de uso de uma substância em particular não tenha seja aprovado por outra pessoa, pela cultura ou

possa ter levado a consequências socialmente negativas, tais como prisão ou brigas conjugais, não é, em si mesmo, evidência de uso nocivo.

- 3) A intoxicação ou a “ressaca” não é em si mesmo evidência suficiente do dano à saúde requerido para ser considerado uso nocivo.
- 4) O uso nocivo não deve ser diagnosticado se a síndrome de dependência, um transtorno psicótico ou outra forma específica de transtorno relacionado ao uso de drogas ou álcool está presente.

Nestas classificações é visível que se está perante uma Dependência de Substâncias ou Abuso de Substâncias quando se verifica uma alteração dos padrões comportamentais, dos padrões subjectivos de bem-estar e da situação bio-psico-social do consumidor. Estas alterações manifestam-se quando se observa uma dependência física (aumento da tolerância ou sintomas de abstinência) de uma substância alteradora do estado de humor, quando se observa um padrão de consumo patológico no qual o consumidor sofre consequências na sua vida social, laboral ou familiares relacionados e devido aos seus consumos. A noção subjectiva de perda de controle, introduzida por Jellinek (1960), e apesar de muito criticada devido à dificuldade de especificação e de aplicabilidade deste conceito, continua presente nos critérios diagnósticos.

2.5. Alguns aspectos da Psicologia da Pessoa Dependente Químico

Conforme vimos nos capítulos anteriores, a Pessoa com problemas de Dependência Química é uma pessoa que apresenta problemas ao seu nível de funcionamento bio-psico-social. Vamos de seguida expor algumas características desta Pessoa com problemas de Dependência química residente em Comunidade Terapêutica e tentar perceber como estas características se manifestam nos seus diversos níveis.

2.5.1. Dimensões cognitivo-comportamentais

Um dos aspectos marcantes dos residentes de Comunidade Terapêutica e citados na literatura são as características específicas que apresentam no seu funcionamento cognitivo e que está intimamente ligado aos seus comportamentos de consumo de substâncias. Segundo DeLeon (2003), entre outros, são comuns as deficiências de percepção, as dificuldades de tomada de decisões, as deficiências de julgamento e a ausência de auto-capacitação na resolução de problemas, acrescidos de carências educacionais, vocacionais, sociais e interpessoais e dificuldades de aprendizagem.

Na área das **deficiências/carências de percepção** observa-se que muitos residentes apresentam dificuldades de percepção na avaliação em como as suas acções e atitudes influenciam e/ou afectam os outros residentes assim como as mesmas atitudes e acções de outros os afectam a eles. Estes deficits de percepção são muitas vezes involuntários porque são frutos de bloqueios interiores, distração e/ou outro comportamento impulsivo inconsciente.

Os residentes apresentam igualmente **deficiências em termos de julgamento**, de **tomada de decisões** e na **avaliação das consequências dos seus actos**. Devido aos consumos e à associada dificuldade de controlo dos impulsos e da igualmente associada in-

capacidades de adiar satisfações, estas capacidades de julgamento e de tomada de decisões e de adiamento parecem afectadas.

Nas dificuldades de **identificação e gestão de relações**, os residentes apresentam dificuldades na compreensão entre aquilo que segundo DeLeon (2003) “vivenciam e as razões, influências ou determinantes da sua experiência” (p.54). Apresentam uma dificuldade de correlacionar estes dois aspectos. Já no relacionamento com os outros apresentam uma dificuldade de “perceber o vínculo que une os seus pensamentos e as suas acções que envolvem as suas drogas consumidas, às várias emoções e circunstâncias que servem de catalisadores ou desencadeadores desses pensamentos e acções” (ibidem) no relacionamento com os outros residentes.

Outro aspecto é a dificuldades na **compreensão de sua própria realidade**. Os residentes muitas vezes não têm a noção real de como está a sua vida e a análise dos factos objectivos é distorcida e/ou alterada. Muitas vezes a inserção na realidade é problemática, visto muitos residentes não estarem habituados e terem dificuldades de enfrentar os problemas diários, tentando evitá-los ou fugindo de enfrentar os mesmos. As disparidades entre a análise real e a análise do self ideal e que se encontra em muitos residentes, representa um desafio objectivo de tratamento.

Observam-se igualmente várias carências cognitivas, educacionais e vocacionais e que dificultam uma satisfatória integração socioprofissional. Muitos residentes apresentam dificuldades nas suas **capacidades laborais** e de negociação com o seu meio social envolvente de forma a atingirem uma autonomia socioprofissional e de auto sustento financeiro. Verificam-se défices nos hábitos e atitudes comportamentais básicos associados à capacidade de trabalho e de conseguirem uma colocação socioprofissional ou de exercício de ocupações profissionais satisfatórias e duradouras. Assim, muitos residentes acabam por permanecer dependentes socioeconomicamente do seu meio familiar, de apoios financeiros estatais ou de instituições de apoio social. Aqueles residentes que apesar de tudo conseguem manter um vínculo laboral, acabam por sofrer, devido aos seus consumos, não só consequências no seu progresso profissional nos seus locais de trabalho, mas também vêm as **capacidades educacionais e vocacionais diminuídas** e afectadas pelos consumos destes estupefacientes. Igualmente diminui o consumo destes estupefacientes a capacidade de gestão do poder social e diminui as competências sociais, observando-se que alguns residentes têm inúmeras dificuldades de gerir conflitos e de viver construtivamente em grupo social restrito ou alargado.

2.5.2. Dimensões Emocionais e Identitárias

Uma grande parte dos residentes em Comunidade Terapêutica tem uma **imagem de si negativa** e vêem-se a si mesmos como indivíduos afectados no que diz respeito ao seu valor pessoal e como membros da sociedade (ver a este respeito Sommer, 2004, cap.3). Esta situação está relacionado com o estilo de vida que têm vindo a levar e marcado pelo consumo de substâncias e os danos que têm vindo a infligir-se a si próprios e a terceiros, especialmente à família mais próxima. Aliás, se não fosse esta consciência de danos causados, pelo mínimo que seja, não se daria a entrada em Comunidade Terapêutica por parte dos residentes.

Apresentam tendencialmente uma **baixa auto-estima**. Para Tap & Vasconcelos (2004) significa “uma experiência subjectiva que se traduz tanto verbalmente como através de comportamentos significativos. O seu fundamento e as suas variações encontram-se nas relações do indivíduo consigo próprio e com os seus semelhantes” (p. 104). Muitos dos residentes em Comunidade Terapêutica encontram-se em desaprovação constante de si mesmos e, devido ao passado dos consumos, avaliam-se negativamente de forma permanente e constante. Observamos nos residentes o que Nunes (2006) descreveu, nomeadamente que a “avaliação subjectiva, pelo indivíduo, do seu próprio Self” (p.4) é negativa e auto-reprobativa.

Assim, e igualmente no sentido de Rogers & Dymond (1954), para os quais o conceito do self é definido como um “padrão organizado, fluído mas consistente, e conceptual das características do “eu” ou “mim” e que estão disponíveis à consciência, juntamente com os valores relacionados com estes conceitos” (p.54), observa-se que esta fluidez ou é deficitária ou não existente e que esta realidade afecta os níveis estruturados do Self.

Muitos dos residentes em Comunidade Terapêutica já apresentaram baixa auto-estima antes do início dos consumos de substâncias, o consumo de drogas já representa uma estratégia de gestão e/ou compensação de experiência ocorridas na infância e na adolescência e que são vividas como sofrimento. Estas experiências vividas incluem maus tratos físicos, sexuais e emocionais, sentimentos de abandono e negligência, de dificuldades de inserção e de exclusão social, de rejeição por parte do sistema escolar, de ansiedades sociais e de sentimentos de culpa em relação ao não-cumprimento das expectativas dos outros em relação a eles mesmos (ver Stevens & Glider, 1994).

Em relação aos **sentimentos de culpa**, estes podem apresentar-se de várias formas. Enquanto se tem a ideia de que o consumidor de substâncias e que apresenta comportamentos anti-sociais no contexto social real não tem sentimentos de culpa, a maioria dos residentes das Comunidades Terapêuticas apresenta níveis de culpa diferenciados, acrescidos do sentimento de vergonha (ver Lecker, 1974). Os consumos, o uso abusivo de substâncias e os vários níveis do sentimento de culpa apresentam uma tríade complexa que se reforça mutuamente. Segundo DeLeon (2003) a atitude comum dos consumidores no activo consiste no bloqueamento (cognitivo) dos sentimentos de culpa ou utilizar em excesso os mecanismos de defesa da racionalização ou as próprias substâncias para atenuar o incómodo que os sentimentos de culpa trazem. Este autor organiza a diversidade dos sentimentos de culpa em redor de 4 temas:

2.5.2.1. Culpa em relação a si mesmo

Esta culpa está relacionada com os danos causados a si mesmo. Os residentes de Comunidade Terapêutica auto-acusam-se por terem violado padrões de comportamento moral pessoais e sociais e por não terem estado à altura das próprias aspirações e objectivos de vida. Esta situação observa-se quando usam expressões como “quem eu sou e quem é que poderia ter sido” ou no auto-lamento “como estraguei a minha vida”. Este sentimento de culpa está relacionado com o facto de os residentes terem enganado, mentido, manipulado uma variedade de pessoas em seu redor e enquanto se

encontravam num processo activo de consumo, este sentimento de culpa está ligado à sua identidade social ou a um auto-conceito violado.

2.5.2.2. Culpa em relação a pessoas importantes da vida

Esta culpa está relacionada com os danos causados a pessoas significantes. Em regra geral as pessoas significantes são membros da família mais próxima e que foram vítimas de agressões verbais, físicas e/ ou sexuais ou terem sofrido danos materiais (roubos, furtos, desvios de dinheiro, etc.) por parte dos consumidores. De uma maneira geral membros da família são comumente prejudicados por causa dos problemas legais ou de saúde dos residentes de Comunidades Terapêuticas. Não é incomum verem-se membros de Comunidades Terapêuticas que têm problemas com a parentalidade, que abusaram fisicamente, emocionalmente ou sexualmente os seus filhos, ou que foram negligentes com os mesmos, até mesmo os abandonaram, que perderam a guarda legal dos filhos e são impedidos de os verem. Muitos homens em Comunidades Terapêuticas nunca viram os filhos e desenvolvem em tratamento pela primeira vez sentimentos de culpa em relação a estas situações e acontecimentos.

2.5.2.3. Culpa perante a sociedade

Esta culpa está relacionada com os danos causados a pessoas anónimas e à sociedade em geral. Os residentes em Comunidade Terapêutica relatam muitas vezes danos causados a terceiros e que os marcaram. Trata-se comumente de crimes de violência e dos quais resultaram lesões físicas e/ou morte, ao lado de outros crimes como furtos, assaltos, invasão de propriedade para roubar, assalto seguido de agressão e tráfico de drogas.

2.5.2.4. Culpa perante a comunidade terapêutica

Estes sentimentos de culpa estão relacionados com as violações das regras dentro da Comunidade Terapêutica e com o mal-estar que causaram ou causam aos companheiros. Normalmente refere-se a incumprimentos de regras de funcionamento da Comunidade Terapêutica, por exemplo, fumar onde não é permitido, até à prática de actos sexuais dentro da Comunidade Terapêutica e o uso de drogas à escondida dentro da Comunidade Terapêutica. Esta infracção das regras, que algumas delas são regras invioláveis e que levam à expulsão visto porem em questão a própria Comunidade Terapêutica e o espírito que as rege, tem de ser identificada e corrigida para que o residente permaneça na Comunidade Terapêutica. Uma vez verbalizadas e discutidas em grupo, levam ao desenvolvimento ao sentimento de culpa do residente. Igualmente permitem trazer à superfície uma culpa profundamente arraigada do indivíduo em relação a si mesmo, a pessoas significativas da sua vida e diante da sociedade em geral.

Outra emoção importante em Comunidade Terapêutica é a **raiva** e a **hostilidade**. São sentimentos, que apesar de neste contexto serem utilizados como sinónimos, diferem um do outro, e que sempre reflectem um estado emocional adverso e negativo do residente consigo mesmo e em relação à sua vivência problemática, conflituosa e auto-destrutiva de dependente de substâncias. Devido às múltiplas rejeições que o depen-

dente é sujeito na vida real, o sentimento adjacente de auto-desilusão, de dor emocional, de tristeza e de frustração é causador de raiva e de hostilidade e que muitas vezes acabam por ser as únicas emoções visíveis, mas socialmente inadequadas, que ainda restam no sistema de auto-protecção e auto-defesa, deveras fragilizado e fragmentado. Em Comunidade Terapêutica estes sentimentos são trabalhados e redireccionados para estratégias de coping mais construtivas e socialmente aceites, de forma a permitir uma resocialização do residente.

2.5.3. Comportamentos Desviantes

A maioria dos residentes de Comunidade Terapêutica têm um histórico de actividades delinquentes e/ou problemas com o sistema de Justiça. Isto não deve-se somente ao facto de as substâncias ilícitas serem ilegais, mas igualmente ao facto de muitos consumidores de substâncias já terem tido condutas delinquentes e ou anti-sociais antes de se envolverem seriamente com drogas. No seguimento da tipologia proposta por Agra (1998), a trajectória predominante (tipo 1 ou denominada dos delinquentes/toxicodependentes) é uma de indivíduos que possuem desde muito cedo uma vinculação social frágil, relacionamentos intra-familiares perturbados, dos quais resultam rupturas familiares ou abandonos voluntários ou involuntários (por medidas de internamento, ou outras medidas judiciais ou de colocação) (ver igualmente Born, 2005, cap.4). A escolarização é débil e o exercício laboral irregular. A actividade desviante, que emerge por volta dos 11 anos, prolonga-se até aos primeiros contactos com substâncias ilícitas e por via de uma integração em subculturas desviantes e/ou delinquentes, que acontece por volta dos 15,16 anos de idade. A passagem do ritual de consumo para drogas duras, dá-se fundamentalmente por curiosidade, arrastamento e pela vontade de socialização e integração no novo grupo de pertença. Conforme se mencionou, esta trajectória distingue-se das outras duas trajectórias descritas pelo autor e que são menos representativas do que esta primeira.

Numa segunda trajectória (tipo 2 ou denominada dos especialistas droga-crime) o envolvimento em actividades delinquentes dá-se depois de iniciado o consumo de substâncias e têm como objectivo a manutenção da dependência física e psicológica e é uma delinquência utilitarista, no sentido de ter como objectivo principal conseguir bens materiais e dinheiro para a compra da substância. Os enquadramentos familiares são mais estruturados que os do grupo anterior. Os comportamentos delinquentes emergem entre os 17 e os 19 anos. De forma geral menos violenta, a maioria dos crimes que se inscrevem nesta criminalidade são os crimes contra a propriedade (roubo e apropriação) e crimes de pequeno tráfico, prostituição e lenocínio.

Na terceira trajectória (tipo 3 ou denominada dos toxicodependentes/delinquentes) e que representa uma proporção bem menor de residentes da Comunidade Terapêutica, observamos os indivíduos bem socializados e bem vinculados com a família de origem, mas que perderam esta socialização e substituíram-na por uma socialização desviante devido ao uso e abuso de substâncias. A criminalização desta população é mínima e os tipos de crime vão desde falsificação de cheques, falsificação de receitas médicas a posse e compra de substâncias ilícitas.

2.5.4. Dimensões Espirituais

Uma grande parte das Comunidades Terapêuticas incluem nos seus programas uma vertente espiritual, realidade esta que vem desde os primórdios das Comunidades Terapêuticas modernas.

Uma das origens desta realidade advém dos movimentos de Temperança nos Estados Unidos da América no início do século XIX e está relacionada à manutenção do poder social e liderança de uma elite aristocrática em declínio, que associada a um fervor religioso revivalista, de raízes católicas e protestantes, tornou a sobriedade de substâncias como um dos seus principais cavalos de batalha. A abstinência tornou-se num símbolo de pertença a uma classe média urbana e moderna e que se distinguiu dos nativos e imigrantes rurais. Organizações como a “*Anti-Saloon League*” e a *WCTU-Women’s Christian Temperance Union* são dois exemplos representativos destes movimentos sociais militantes e fortemente implantados na cultura americana no século XIX e cujo impacto culminou na realidade da Proibição em 1910 (Gusfield, 1986). Isto é, o tema da Abstinência e da Temperança de substâncias sempre estiveram associados ao universo simbólico da desviância e presentes na mudança de comportamentos socialmente inaceitáveis.

A outra grande influência foi o envolvimento da clínica médica e terapêutica neste âmbito. Um dos impulsionadores desta realidade foi o psiquiatra Carl Gustav Jung de Zurique, que esteve envolvido no tratamento do alcoolismo crónico de um dos propulsores e muito próximo de um dos fundadores dos Alcoólicos Anónimos, Roland Hazard, a quem Jung avisou em 1934, que, em relação ao tratamento da sua dependência alcoólica, segundo Burns (1995) a sua “única esperança era uma experiência espiritual ou religiosa-uma conversão, uma profunda mudança da personalidade” (p.13). Igualmente relembra Jung a Bill Wilson, um dos fundadores dos Alcoólicos Anónimos, em correspondência a este em 30.1.1960, que “álcool em latim significa “espírito”; no entanto usamos a mesma palavra tanto para designar a mais alta experiência religiosa como para designar o mais depravador dos venenos. A receita então proposta por Jung é , segundo Thomson (1976), “spiritus” contra “spiritum”(p.362).

Assim, desde o início da Comunidade Terapêutica moderna que o crescimento espiritual tem sido uma das ferramentas para o desenvolvimento pessoal e ultrapassagem dos problemas com o abuso e dependência de substâncias. Com o instalar da dependência, o indivíduo fecha-se em si mesmo e a relação com as substâncias torna-se uma relação unifocal e mutuamente determinada e que culmina em isolamento social e bloqueios emocionais e psicológicos. Numa fase inicial, segundo Peck (1978) o “crescimento espiritual representa uma caminhada de conhecimento e não de crença” (p.193). A fim de se fugir da relação unifocal da experiência anterior de consumos este autor realça a importância da aprendizagem e da necessidade de expandir o campo de visão através da digestão e incorporação de novas experiências além das conhecidas. Ainda, a vivência em grupo permite esta aquisição de novas experiências e vivências.

Em algumas Comunidades Terapêuticas a dimensão espiritual é associada a uma actividade religiosa. Esta actividade religiosa é administrada normalmente por

ministros religiosos (pastores protestantes ou padres católicos) que visitam regularmente a Comunidade Terapêutica e que discutem experiências da Bíblia e as respectivas aprendizagens e mensagens. No entanto, e segundo E. Kurtz (1979) no seu livro “Not-God”, a experiência espiritual que culmina numa paragem de beber ou de consumir substâncias, vem da noção introduzida pelo psicólogo americano William James (1958) e no qual ele descreve a multiplicidade das formas que as pessoas descobriram o seu Deus pessoal e individual. Daí haver muitas Comunidades Terapêuticas que não utilizam o conceito de espiritualidade relacionado a um Deus religioso, mas sim relacionado a outras experiências e vivências culminantes e que provocaram uma reconversão. É assim que se compreende que os Alcoólicos Anónimos não utilizam o termo “Deus”, mas sim o conceito de “Poder Superior”, para não se confundirem com um qualquer Deus de uma religião específica, e assim se demarcarem desta associação e não causarem animosidades entre os participantes.

2.5.5. Dimensões Familiares

Uma das consequências sociais mais visíveis nos comportamentos de dependentes químicos observa-se ao nível do sistema familiar. Seja na fase inicial ou nas fases mais avançadas da dependência a família reage a esta dependência de forma mais ou menos funcional ou disfuncional, dependendo do nível de consciencialização que tem deste fenómeno da dependência e como a dependência é abordada. Como as terapias sistémicas nos têm demonstrado (ver por exemplo Angel et al, 1989) desde os anos 80 do século passado, todos os membros da família ficam afectados, desde filhos a cônjuges, família alargada, etc.

Muitos dos jovens que entram em Comunidade Terapêutica são eles e elas já filhos de pais dependentes químicos e/ou oriundos de famílias onde noutra grau de parentesco existe dependência de químicos ou outros distúrbios com substâncias ou outros comportamentos obsessivo-compulsivos, fazendo de alguma maneira jus à noção e teoria do “contágio” (Coleman, 1978). Esta noção de contágio é visível no conceito de “co-dependência”, introduzido nos anos 80 do século passado e descrito por autores como Sharon Wegscheider, Claudia Black, Melody Beattie, Stephen Wolin, Robert Ackerman, Janet Woititz, Robin Norwood, etc.

Segundo Stanton & Tood (1985), observam-se as seguintes características dos sistemas familiares de dependentes de substâncias:

- alta frequência de drogas e dependência multigeracional.
- expressão rudimentar e directa do conflito familiar em parcerias entre membros, de modo explícito.
- Mães com práticas simbióticas quando os filhos são crianças, estendendo-se por toda a vida
- coincidência de mortes prematuras não esperadas dentro da família
- tentativas dos membros de se diferenciarem entre si, como uma pseudo-individação, mas de modo frágil, em virtude das regras e dos limites que deveriam ordenar o funcionamento e, no entanto, estão distorcidos

Ainda Olievenstein (1992), citado em Figlie et al, (2004), descreve as seguintes características das famílias de dependentes químicos (p.343):

- falta de barreiras entre as gerações: a autoridade dos membros mais velhos nem sempre é suficiente para impor regras e limites.
- o nível de individuação dos adultos é precário; frequentemente há inversão dos papéis na família nuclear, com o filho a assumir o papel do adulto.
- os mitos familiares são acentuados. Por isso é muito comum os familiares manterem certa desesperança ou até mesmo comodismo, por acreditarem que o problema da droga é algo do “destino” da família como um todo.
- desentendimento no casal parental, principalmente quando um dos cônjuges é alcoólico ou quando o casal não age de modo coerente em relação às condutas que deve assumir para apoiar a recuperação de um dos filhos.
- alianças secretas com filhos diante da desordem das condutas que deveriam ser seguidas ou falhas de comunicação entre os membros, que automaticamente fortalecem parcerias dentro do meio familiar.

Nós sabemos hoje em dia que cônjuges, filhos e irmãos de dependentes químicos sofrem de maiores probabilidades de problemas escolares (*deficits* cognitivos, de concentração e de aprendizagem, sociabilidade, desintegração, rebeldia, absentismo, etc.), de co-morbidades psiquiátricas (estados de ansiedade, depressividade, dependências químicas ou outros distúrbios obsessivo-compulsivos, etc.), de maior risco de marginalidade e delinquência (ver Born, 2005), assim como de problemas de desenvolvimento psicológico-emocional, observando-se muitas vezes atrasos nos seus processos de amadurecimento psicológico (ver Feuerlein, 1984).

Todas estas questões são diagnosticadas e trabalhadas em Comunidade Terapêutica, sendo esta Comunidade Terapêutica não só um espaço de tomada de consciência destas situações, como igualmente de partilha de sentimentos associados às vivências na família de origem do residente, sendo igualmente um espaço de mudança de atitudes e de comportamentos. Muitas vezes o tratamento em Comunidade Terapêutica acaba por promover uma alteração da dependência química existente na família ascendente, provando-se que o “contágio” se faz igualmente no sentido inverso e em direcção a uma alteração positiva de comportamentos e de estilos de vida saudáveis dos outros membros de família que não se encontram em tratamento.

A um nível de tratamento na Comunidade e para os familiares de dependentes químicos existem em vários países grupos de auto-ajuda ou de ajuda-mútua, destacando-se os grupos de ajuda-mútua derivados dos Alcoólicos Anónimos, denominados de “Al-Anon” (para familiares de dependentes do álcool e de outros químicos), de “ACOA” (*Adult Children of Alcoholics*), ou de “Alateen” (para membros de família jovens entre os 12 e os 18 anos). Em muitos outros países existem grupos de familiares sem serem especificamente derivados dos Alcoólicos Anónimos e com dinâmicas próprias e independentes.

2.6. A concepção de recuperação e do Bem-viver

Já Maxwell Jones (1953), o fundador da Comunidade Terapêutica modernas, afirmava que toda a aprendizagem ocorre por meio de interações, experiências e papéis sociais. A noção de “recuperação” de dependências químicas e do bem-estar estão fortemente associados à mudança de estilos de vida e de identidade que ocorrem em Comunidade Terapêutica. Muitas vezes é utilizado este termo “recuperação”, sem nunca bem se reflectir sobre o mesmo. “Recuperar” significa voltar, retornar a um estado anterior. Neste caso concreto, significa voltar a um estado de bem-estar físico, psicológico e mental anterior ao início dos consumos de substâncias. Parte do pressuposto que houve um bem-estar anterior ao início dos consumos de substâncias e ao qual se pretende voltar. Nesta terminologia está implícita, segundo DeLeon (2003) a noção de “reabilitação” (p.72), que significa “reaprendizagem ou restabelecimento da capacidade de manter um estilo de vida positivo, bem como a recuperação da saúde física e emocional” (p.72) . Esta noção encontra-se bem delimitada das noções de “maturating-out” e da “remissão espontânea” (ver cap.2.2), visto exigirem um trabalho individual e colectivo em Comunidade Terapêutica. Igualmente esta noção de recuperação vai bem mais longe e é mais abrangente do que o conceito de “abstinência”, que implica somente uma paragem de consumo de substâncias, visto implicar mudanças mais significativas ao nível do estilo de vida. Em muitas outras situações, não se poderá falar em “recuperação”, visto muitos consumidores terem iniciado os seus consumos numa fase muito pouco desenvolvida de sua personalidade, em idade precoce e pouco madura. Neste caso, recuperação representa uma nova construção identitária vasta e abrangente e que tem múltiplas facetas (ver Sommer, 2004).

A noção do bem-viver é uma noção que implica toda uma postura em Comunidade Terapêutica e que inclui um conjunto de condições, valores e de crenças partilhados por todos os membros da Comunidade Terapêutica e que tornam a vida a Comunidade Terapêutica não só viável, mas igualmente representativos de um modo de vida mais amplo da sociedade na qual cada Comunidade Terapêutica se encontra enquadrada. Constituem de certa forma, segundo DeLeon (2003) uma “ideologia de vida pessoal e social saudável”(p.80) o que significa, segundo este autor, entre outros, os residentes respeitarem as regras da comunidade, o compromisso de não usar drogas, os residentes participarem nas tarefas diárias, nas reuniões de grupo e outras dentro da Comunidade Terapêutica, de os residentes cumprirem as obrigações e tarefas que lhes foram delegadas, de os residentes participarem activamente na manutenção do seu espaço em limpeza, de os residentes se esforçarem de manter os níveis de sociabilidade elevados, de terem boas maneiras e de respeitarem os outros residentes da casa. Para o alcançar destes objectivos a interiorização dos valores de honestidade, boa-vontade e atenciosidade, acoplado a uma ética de trabalho e dedicação dirigida aos outros membros da comunidade é essencial. Esta vivência contrasta substancialmente com o estilo de vida que muitos tiveram antes de entrarem em Comunidade Terapêutica e com o estilo de vida de consumidor activo e daí a estada em Comunidade Terapêutica ser uma oportunidade para novas vivências e experiências. Os ensinamentos deste estilo de vida advêm de várias fontes, alguns já com vários milhares de anos, (ver capítulo das

origens das Comunidades Terapêuticas), e que poderão ser encontrados na Bíblia, na religião Budista, nos AA, na filosofia humanista, no existencialismo, etc.

2.7. A Comunidade como método: aprendizagem e cultura na vivência em Comunidade

No seguimento do que temos vindo a descrever, um dos elementos mais importantes da abordagem da Comunidade Terapêutica é a noção de “comunidade”. Esta noção não representa somente uma realidade social, mas acaba por ser igualmente um método de abordagem e que se assemelha à maioria das outras comunidades que encontramos na sociedade, como p.ex. os bairros, os hospitais, os clubes de futebol, as clínicas, as escolas, as igrejas, as universidades, as empresas, etc. Todas as comunidades têm a sua própria estrutura organizacional, estrutura de regras e normas implícitas e explícitas, sempre enquadradas nas suas respectivas crenças e culturas. O nível de adesão, o investimento pessoal e a lealdade de cada membro da comunidade em relação à sua comunidade específica, determina o grau de sucesso da mesma. Igualmente o grau de inter-relacionamento e interdependência de cada comunidade com as outras existentes em cada cultura, determina o sucesso ou o fracasso não só da coesão social geral, mas igualmente da construção identitária individual. Assim, a Comunidade Terapêutica na área das dependências químicas utiliza a comunidade como método para atingir o fim da mudança individual no sentido de cada membro modificar a sua relação com a(s) substância(s) para modificar o seu estilo de vida e adquirir um estilo de vida mais saudável, preferencialmente sem recurso ao consumo de substâncias. Assim, tanto a estrutura da Comunidade Terapêutica (condições habitacionais, de lazer, de salas, condições de desporto, etc.), como a sua população (funcionários e residentes) e a organização do seu dia-a-dia (reuniões de grupo, terapias individuais, tempos livres, etc.) são organizados no sentido de serem representativos do método de tratamento escolhido e praticado.

Igualmente refere-se a noção do método às estratégias, procedimentos e técnicas aplicadas e utilizadas para atingir o fim desejado, podendo estes pontos serem agrupados de forma a descreverem o “modelo” utilizado por cada Comunidade Terapêutica. Assim, em cada Comunidade Terapêutica os papéis de todos os residentes estão bem definidos (responsável do grupo, divisão de tarefas da casa, etc.), os relacionamentos entre todos os membros da Comunidade Terapêutica são bem explicitados a todos os membros (relacionamentos entre residentes, entre residentes e equipe terapêutica, etc.), a tipologia da aprendizagem colectiva encontra-se clarificada (grupos terapêuticos, grupos comunitários, etc.), cada Comunidade Terapêutica tem a sua própria linguagem e cultura, os sistemas de privilégios, recompensas e castigos encontram-se bem formalizados e publicados, os canais de comunicação encontram-se bem definidos e o equilíbrio entre o individual e o colectivo bem clarificado.

3. Conclusão

Pretendeu-se com este artigo demonstrar-se algumas dimensões da complexidade do fenómeno da dependência química e a interligação desta população com o tra-

tamento em Comunidade Terapêutica na Modernidade, isto é, desde as experiências de Maxwell Jones e o aproveitamento de suas experiências no final da 2ª grande Guerra Mundial para o campo do tratamento de dependentes químicos em regime residencial. O objectivo foi a demonstração da evolução qualitativa do tratamento de dependentes químicos desde a 1ª geração das referidas Comunidades Terapêuticas até aos modelos hoje em dia em vigor, com todo o aperfeiçoamento e adaptação às necessidades de teorização e evolução dos conceitos e conhecimentos em psicologia e profissões afins.

Referências

- Agra, C. (1998). *Entre droga e crime*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Angel, P. (1989). *Familles et toxicomanies: Une approche systématique*. Paris: Editions Universitaires.
- APA. (1996). *DSM-IV-Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi.
- Basaglia, F. (1973). *Die negierte Institution oder die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Becker, H. (1985). *Outsiders*. Paris: Métailié.
- Born, M. (2005). *Psicologia da delinquência*. Lisboa: Climepsi.
- Burns, J. (1995). *O caminho dos doze passos*. São Paulo, Brasil: Edições Loyola.
- Caiata, M. (1994). *La toxicodépendance d'intégration. Analyse des formes de gestion des toxicomanies tempérées*. Mémoire de licence présenté à la Faculté des Lettres de l'Université de Fribourg, Fribourg.
- Campiche, C., Hippolyte, J., & Hipolito, J. (1992). *A comunidade como centro*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Casriel, D. (1966). *So fair a house: The story of Synanon*. New York: Prentice Hall.Â
- Cole, S. (1975). A revised treatment typology based on the DARP. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 2, 37-49.
- Coleman, J. (1978). The dynamics of narcotic abstinence: An interactionist perspective. *The Sociological Quarterly*, 19, 555-564.
- Cornett, D. J. (2001). *7 weeks to safe social drinking. How to effectively moderate your alcohol intake*. Authors Choice Press: San Jose.
- De Leon, G. (1993). Is the therapeutic community culturally relevant? Findings on race/ethnic differences in retention in treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 25(1), 77-86.
- De Leon, G. (2003). *A comunidade terapêutica-Teoria, modelo e método*. São Paulo: Loyola.

- Dicionário da Língua Portuguesa-8ª edição revista e atualizada.* (1999). Porto: Porto Editora.
- Edwards, G., & Gross, M. (1976). Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome. *British medical Journal*, 6017, sem indicação de páginas.
- Edwards, G., Gross, M., Keller, M., & Moser, J. (1976). Alcohol related problems in the disability perspective. A summary of the consensus of the WHO group of investigators and classifying disabilities related to alcohol consumption. *Journal Studies Alcohol*, 37, sem indicação de páginas.
- Endore, G. (1968). *Synanon*. Garden City, New York: Doubleday.
- Escohotado, A. (2004). *Historia elementar das drogas*. Lisboa: Antígona Editores Refractários.
- Feuerlein, W. (1984). *Alkoholismus-Missbrauch und Abhängigkeit*. Munique: Thieme.
- Figlie, N., Bordin, S., & Laranjeira, R. (2004). *Aconselhamento em dependência química*. São Paulo: Roca.
- Garfinkel, H. (1956). Conditions of successful degradation ceremonies. *American Journal of Sociology*, vol 61, Issue 5, 420-424
- Geismar-Wieviorka, S. (1995). *Les toxicomanes*. Paris: Seuil.
- Goffman, E. (1969). *Wir alle spielen Theater-Die Selbstdarstellung im Alltag*. Munique: Piper.
- Goffman, E. (1999). *Stigma – über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Groenemeyer, A. (1990). *Drogenkarriere und Sozialpolitik*. Pfaffenweiler: Centaurus Verlagsgesellschaft.
- Groenenmeyer, A. (1991). Karrieremodelle abweichenden Verhaltens und soziale Kontrolle der Drogenabhängigkeit. *Soziale Probleme*, 2Jg , 157-187.
- Gusfield, J. (1986). *Symbolic crusade*. Chicago: University of Illinois Press.
- James, W. (1958). *The varieties of religious experience*. New York: Mentor.
- Jansen, E. (1980). *The therapeutic community: Outside the hospital*. London: Croom Helm.
- Jellinek, E. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven, Conn.: College and University Press.
- Jones, M. (1953). *The therapeutic community: A new treatment method in psychiatry*. New York: Basic Books.
- Keup, W. (1978). *Sucht als Symptom*. Estugarda: Thieme.
- Klingemann, H. K. (1992). Coping and maintenance strategies of spontaneous remitters from problem use of alcohol and heroin in Switzerland. *The International Journal of Addictions*, 27, 12 , 1359-1388.

- Kurtz, E. (1979). *Not God- A history of alcoholics anonymous*. Center City, Minnesota: Hazelden.
- Lecker, S. (1974). *Family factors, interpersonal competence and drug addiction. (Relatório não publicado)*. New York City: Daytop Village.
- Maddux, J. F., Desmond, D.P. (1980). New light on the maturing-out hypothesis in opioid dependence. *Bulletin on Narcotics, vol XXXII, 1*, 15-25
- Matza, D. (1973). *Abweichendes Verhalten. Untersuchungen zur Genese abweichender Identität*. Heidelberg: Quelle und Meyer.
- Mead, G. (1998). *Geist, Identität und Gesellschaft*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Miebach, B. (1995). *Soziologische Handlungstheorien*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Nunes, O. e. (2006). *Escala de Si-S.E.R.T.H.U.A.L*. Lisboa: UAL.
- Ogien, A. (1995). *Sociologie de la déviance*. Paris: Armand Colin.
- Olievenstein, C. (1992). *A vida do toxicômano*. São Paulo: Almed.
- Organização Mundial de Saúde (1952). *WHO-Expert Committee on dependence producing drugs*. Genebra: WHO.
- Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificações de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artmed.
- Parsons, T. (1976). *Zur Theorie sozialer Systeme*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Pélicher, Y. T. (1985). *La drogue*. Paris: PUF.
- Rapaport, R. (1960). *Community as doctor*. London: Tavistock Publications.
- Robins, L., Helzer, E. & Davis, D. (1975). Narcotic use in Southeast Asia and afterwards. *Archives of General Psychiatry, 23*, sem indicação de páginas.
- Rogers, C. (1954). *Psychotherapy and personality change*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Roussaux, J-P., Ledoux, Y., Snoy, T., Simonart, C. & Pelc, I. (1990). Le traitement des assuétudes par la communauté thérapeutique. *Acta psychiatriques belges 90*, 259-277.
- Slater, M. (1984). *An historical perspective of therapeutic communities*. Denver: Proposta de tese apresentada ao programa M.S.S.
- Sommer, M. (2004). *Carreiras de saída da toxicod dependência*. Lisboa: Climepsi.
- Stanton, M., & Tood, T. (1985). *Terapia familiar del abuso y adición a las drogas*. Barcelona: Gedisa.
- Stevens, S., & Glider, P. (1994). Therapeutic communities: substance abuse treatment for women. In F. Tims, *Therapeutic community: Advances in research and application. NIDA research monography 144* (pp. 162-180). Rockville MD: National Institute on Drug Abuse.

- Stimson, G. V. & Oppenheimer, E. (1982). *Heroin addiction-treatment and control on Britain*. London: Tavistock publications.
- Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation*. Paris: Harmattan.
- Szast, T. (1994). *La persécution rituelle des drogués*. Paris: Ed. du Léopard.
- Tannenbaum, F. (1997). *Crime and Community*. Londres: Tavistock (primeira edição 1938).
- Tap, P. V. (2004). *Precariedade e vulnerabilidade psicológica. Comparações franco-portuguesas*. Coimbra: Fundação Bissaya Barreto.
- Thomsen, R. (1975). *Bill W*. New York: Harper&Row.
- Vaillant, G. (1973). A 20 year follow-up of New York Narcotic Addicts. *Archives General Psychiatry*, 29 , 237-241.
- Waldorf D., Biernacki, P., (1981). The natural recovery from opiate addiction: Some preliminary findings. *Journal of Drug Issues*, Winter , 61-74.
- Weber, M. (1972). *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie*. Tübingen: Mohr Siebeck (primeira edição 1922).
- Widmer, J. (. (1997). *Drogen im Spannungsfeld der Medizinalisierung*. Basileia: Helbing&Lichtenhan.
- Wilders, S. (2005). An exploring of non-directive work with drug and alcohol users. In B. E. Levitt, *Embracing non-directivity: Assessing person-centered theory and practice in the 21st century*,192-202. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Wilson, B. (1957). *Alcoholics Anonymous comes out of age: A brief history of AA*. New York: Alcoholics Anonymous World Services.
- Winick, C. (1962). Maturing out of narcotic addiction. *Bulletin on narcotics*, 14, 1-7.
- Yablonsky, L. (1965). *Synanon: The tunnel back*. New York: Macmillan.
- Yablonsky, L. (1989). *The therapeutic community*. New York: Gardner Press.
- Zapalà, A. (1997). Diskursive Indikatoren der Medizinalisierung. In: J. B. Widmer (ed), *Drogen im Spannungsfeld der Öffentlichkeit* (pp. 105-120). Basel: Helbing&Lichtenhahn.