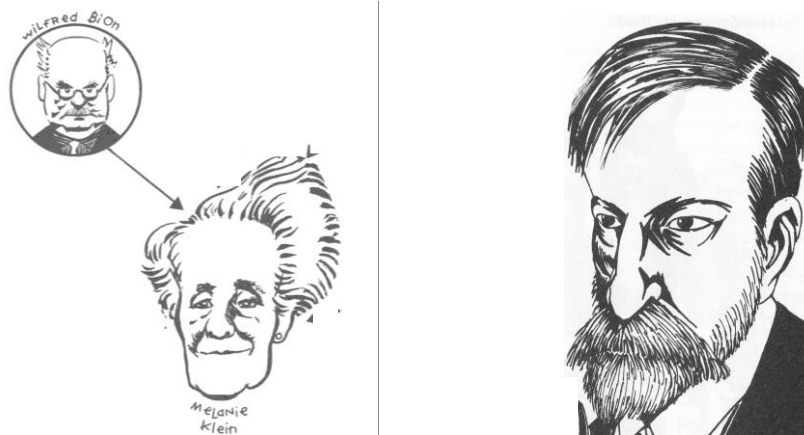


INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de altos Estudos

Três Cenários para uma Integração

Percurso comentado de um Psicólogo
pela Clínica da Toxicod dependência



João Pedro Bicudo de Azeredo Keating

Relatório de Mestrado em Psicologia Clínica

Coimbra, 2011

Índice

I. Introdução	p. 2
II. Caracterização da Instituição	
<i>O Instituto da Droga e Toxicodependência</i>	p. 3
<i>Resumo Histórico do Organismo</i>	p. 4
<i>Contextualização dos Serviços no Instituto da Droga e Toxicodependência</i>	p.5
<i>Colaboração no Centro de Atendimento de Toxicodependentes de Viseu</i>	p.6
<i>A colaboração na Comunidade Terapêutica Arco-Íris</i>	p. 8
III. Reflexão Crítica. Três Cenários para uma Integração	
<i>A Palavra Integração</i>	p. 11
1. <i>Estarão todos errados? Procurando a Identidade.</i>	p. 13
2. <i>Os anos no CAT. Toxicodependência e identidade.</i>	p. 22
3. <i>Integração e Desintegração: de Freud a Klein e a Bion</i>	p. 33
<i>Em Freud</i>	
<i>Melanie Klein: Projecção, Introjecção; Posição Depressiva, Posição Esquizoparanóide</i>	p. 34
<i>Bion: a oscilação Ps\leftrightarrowD ; o Facto Seleccionado</i>	p. 39
4. <i>Da (Des)Integração numa Comunidade Terapêutica de Toxicodependentes.</i>	p. 42
<i>A Evolução das Comunidades Terapêuticas</i>	p.43
<i>O modelo de intervenção na Comunidade Terapêutica Arco-Íris</i>	p. 45
<i>O Grupo – da Aprendizagem Social ao Aprender com a Experiência de Bion</i>	p. 46
<i>Os Pressupostos Básicos na Vida Mental do Grupo</i>	p. 50
<i>Pressupostos Básicos numa Comunidade Terapêutica</i>	p. 51
<i>Aprender com a Experiência: a Posição Depressiva na Comunidade</i>	p. 55
<i>Aprender com a Experiência; Ps\leftrightarrowD na Comunidade Terapêutica</i>	p. 56
<i>Aprender com a Experiência difusão e consolidação da identidade na CTAI</i>	p. 57
<i>Aprender com a Experiência – Equipe Técnica e Integração em Com. Terapêutica.</i>	p. 58

I. INTRODUÇÃO

Este Relatório de Mestrado destina-se à obtenção do Grau de Mestre, no Curso de Psicologia Clínica (2º Ciclo) do Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra. Sendo titular de uma Licenciatura em Psicologia Clínica, Pré-Bolonha, e exercendo actividade profissional como Psicólogo Clínico desde 1998, foi-me dada a possibilidade de concorrer no âmbito da validação e creditação de competências académicas e profissionais – mediante a apresentação de um Relatório caracterizando a actividade profissional desenvolvida nos últimos treze anos e onde constasse uma Reflexão Crítica.

É sobretudo essa Reflexão, que aqui se apresenta na III parte, que ocupa a maior parte deste Relatório. A sua elaboração surgiu como uma oportunidade de fazer um ponto da situação em termos profissionais, revendo uma boa parte da experiência à luz de alguns conceitos vindos da Psicanálise, e que nortearam a intervenção clínica no Instituto da Droga e Toxicoddependência desde 1998. Trata-se portanto de uma reflexão pessoal que, embora não se enquadrando bem nos cânones de um trabalho científico,urgia fazer por questões que se prendem sobretudo com o meu desenvolvimento profissional... Não escondo que a principal ideia que organiza a Reflexão apresentada – a ideia de *Integração* – se originou a partir da experiência de Psicanálise pessoal, surgindo como um tema estruturante não só da prática profissional mas também do próprio processo de desenvolvimento pessoal em me encontro actualmente. Um dos aspectos desse processo passa pela construção de uma Identidade profissional em que a interpenetração entre teoria e prática seja constante e intensa. Acabei por tomar este relatório como uma oportunidade de *integração* entre Teoria, Prática Clínica e história da vida profissional, o que poderá ter dado, por vezes, um tom demasiado pessoal ao texto – e por isso aqui fica um apelo à compreensão de quem for ler estas páginas.

Não se apresentam propostas especialmente inovadoras. A preocupação foi, sobretudo, *parar e pensar* numa altura da vida profissional em que o clima

organizacional das instituições nacionais onde presto serviço parece exigir exclusivamente a *acção* (ou a *reacção*) como panaceia para todos os males que afligem o nosso país – incluindo o da Toxicodependência, Alcoolismos e patologias associadas. Mas, como nos transmitiu Wilfred Bion, o essencial é não perder a capacidade de Aprender com a Experiência, e é disso que tratam este Relatório e esta Reflexão.

O Relatório em si consta de uma breve resenha da actividade profissional, limitando-me aqui a fazer referência à principal Instituição onde colaboro desde há anos – o recentemente extinto Instituto da Droga e Toxicodependência (IDT). Paralelamente fui tendo alguma experiência profissional em consultório privado, assim como colaboração noutra tipo de intervenções, em grupo, no âmbito da Gestão de Recursos Humanos, bem como a colaboração em Instituições de Acolhimento de jovens, mas essas áreas ficaram fora do âmbito do presente Relatório. A Reflexão Crítica, tomando como tema central a *Integração*, circunscreve-se à experiência nos dois Serviços do IDT em que desenvolvi actividade clínica: o CAT de Viseu e a Comunidade Terapêutica Arco-Íris, com algum relevo para esta última, onde presentemente trabalho.

II. Caracterização da Instituição

Desde 1998 que exerço a actividade de Psicólogo Clínico no Instituto da Droga e Toxicoddependência, então chamado Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicoddependência (SPTT).

Tendo iniciado a minha colaboração como estagiário voluntário no Centro de Atendimento de Toxicoddependentes (CAT) de Viseu dois meses após a conclusão da Licenciatura, a colaboração como profissional iniciou-se em princípios de 1999. A estadia no CAT de Viseu prolongou-se até 2003, tendo aí desempenhado as funções de Psicologia Clínica em contexto ambulatório. A partir de Dezembro de 2003, com a entrada em concurso da Carreira de Técnico Superior de Saúde, transitei para a Comunidade Terapêutica Arco-Íris enquanto Estagiário dessa Carreira, tomando contacto pela primeira vez com a intervenção psicoterapêutica em contexto de Internamento Prolongado.

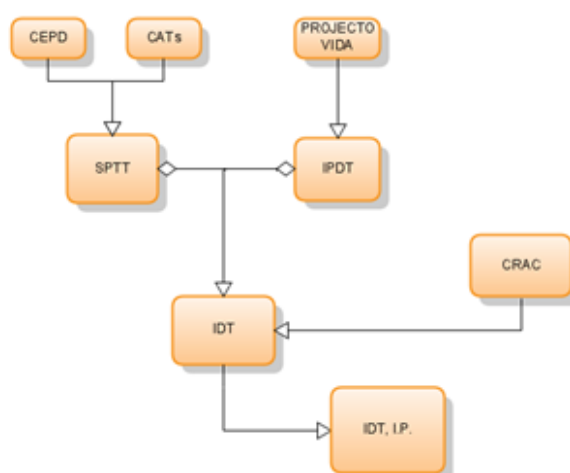
O Instituto da Droga e Toxicoddependência

Em 2002, pelo Decreto-Lei nº 269-A/2002, de 29 de Novembro, foi criado o Instituto da Droga e da Toxicoddependência (IDT), que resultou da fusão do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicoddependência (SPTT) e do Instituto Português da Droga e da Toxicoddependência (IPDT), com a Missão de garantir a unidade intrínseca do planeamento, da concepção, da gestão, da fiscalização e da avaliação das diversas fases da prevenção, do tratamento e da reinserção no domínio da droga e da toxicoddependência.

É missão do IDT promover a redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas, bem como a diminuição das toxicoddependências. Sendo um Instituto Público integrado na administração indirecta do Estado, dotado de autonomia administrativa e património próprio, o IDT prossegue atribuições do Ministério da Saúde, sob superintendência e tutela do respectivo Ministério.

Resumo Histórico do Organismo

O IDT foi assim formado a partir das estruturas anteriormente existentes com o objectivo de uma melhor coordenação da Dissuasão, Prevenção, Tratamento e Reinserção da Toxicoddependência. É um serviço “herdeiro” dos antigos Centros de Estudos e Profilaxia da Droga, estabelecidos em 1977 em Lisboa, Porto e Coimbra e que tinham sido englobados no Ministério da Saúde com a criação do SPTT em 1990 (através do Decreto-Lei nº 83/90).

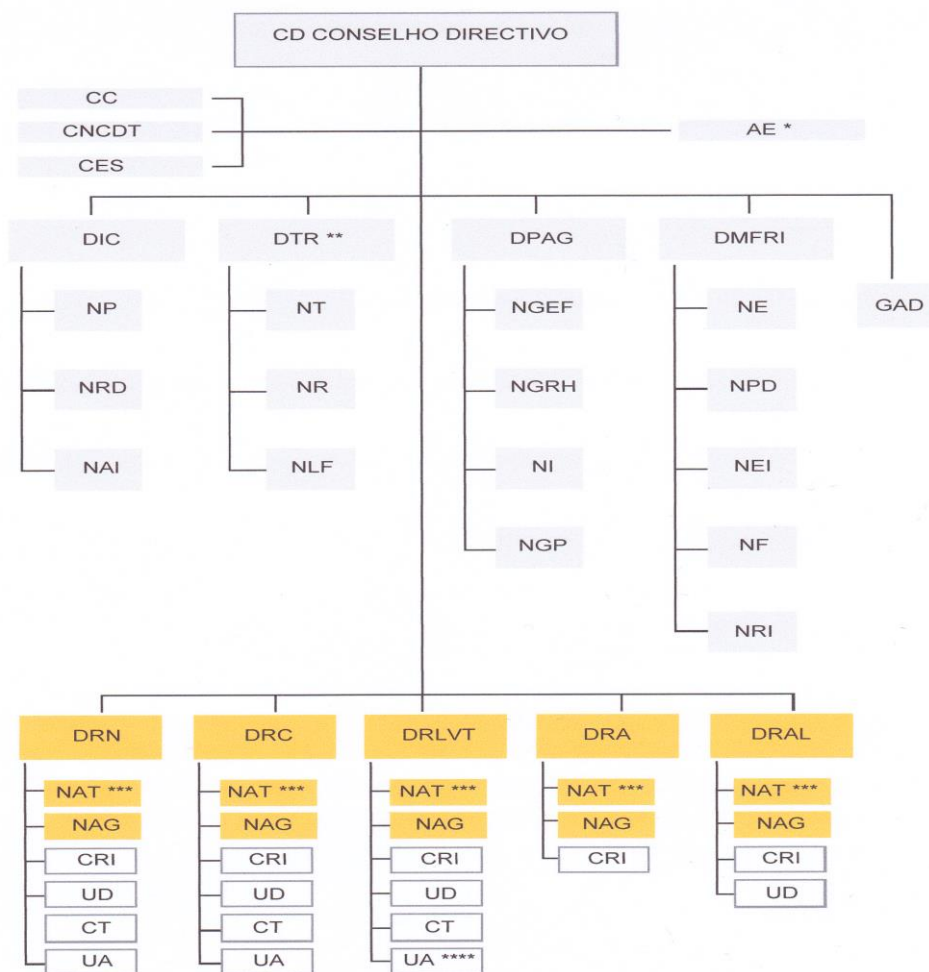


Em 1997, com a Lei nº 7/97 afirmou-se a necessidade da existência de uma rede de serviços públicos para o tratamento e reinserção de toxicoddependentes, que integrasse Unidades de Atendimento, Unidades de Desabilitação e Comunidades Terapêuticas, de forma a garantir o acesso a cuidados de prevenção, tratamento e reinserção social e profissional a todos os cidadãos afectados pela toxicoddependência. Integrada no SPTT, a rede de serviços públicos devia garantir a existência de, pelo menos, uma unidade de atendimento de toxicoddependentes por cada distrito e de unidades de desabilitação e de comunidades terapêuticas, próprias ou convencionadas, na base de uma cama por 100.000 habitantes ou por 10.000 habitantes respectivamente.

Entretanto, deu-se em 2002 a fusão já referida criando-se o IDT. Este sofrerá nova reestruturação em 2007 com base na nova Lei Orgânica do Ministério da Saúde e

passará a assumir a designação de Instituto da Droga e da Toxicoddependência, I.P. (Decreto-Lei nº 221/2007), vindo a integrar também os Centros Regionais de Alcoologia do Norte, Centro e Sul e alargando assim as suas competências ao tratamento da Dependência de Álcool.

Contextualização dos Serviços no Instituto da Droga e Toxicoddependência

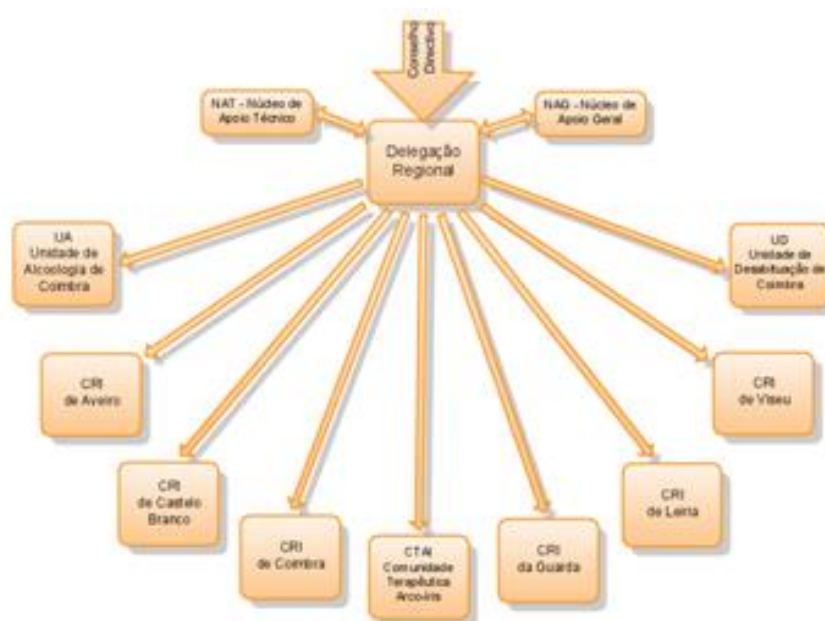


No actual organograma do IDT, tanto o antigo Centro de Atendimento de Toxicoddependentes de Viseu como a Comunidade Terapêutica Arco-Íris pertencem à Delegação Regional do Centro - DRC.

O CAT de Viseu, agora integrado no Centro de Respostas Integradas (CRI) de Viseu como Equipe de Tratamento, abrange uma vasta área geográfica coincidente com o Distrito daquela Cidade, estendendo-se a sua área de intervenção desde o Vale do Douro ao Vale do Mondego.

A Comunidade Terapêutica *Arco-Íris* (CTAI), fundada em 1978, é uma unidade especializada de internamento prolongado e recebe utentes de todo o país, que são encaminhados através das Equipas de Tratamento dos vários CRIs.

A nível Regional, a CTAI encontra-se a par com as restantes unidades de Tratamento, quer as de internamento (Unidade de Desabilitação e Unidade de Alcoologia) quer as de tratamento ambulatorio - as Equipas de Tratamento pertencentes a cada CRI.



Colaboração no Centro de Atendimento de Toxicodependentes de Viseu

Como já dito, desempenhei as funções de Psicólogo Clínico no CAT de Viseu, entre Setembro de 1998 e Novembro de 2003, integrado numa Equipa Multidisciplinar de tratamento em ambulatorio. Um CAT, ou como se designa desde 2007, uma Equipa de Tratamento, é uma unidade que presta cuidados especializados na área da dependência de substâncias. A existência de profissionais de várias áreas (Psicólogos, Assistentes sociais, Médicos, Enfermeiros, Técnicos Psicossociais e Pessoal Administrativo e Auxiliar) procura dar resposta ao carácter multifacetado das Dependências: aborda-se o fenómeno na sua complexidade e tenta-se integrar as

intervenções segundo um modelo Bio-Psico-Social. Assim o trabalho do Psicólogo Clínico numa ET é sobretudo um trabalho em Equipa.

As principais funções desempenhadas no CAT de Viseu durante os cinco anos foram as seguintes: psicoterapia e acompanhamento psicológico a utentes em consultas de seguimento individual; avaliação psicológica de utentes pela aplicação de testes projectivos e Escalas de Inteligência; psicoterapia e acompanhamento psicológico a familiares de utentes em consultas individuais ou de casal e psicoterapia infantil a filhos de utentes. Também tive oportunidade de colaborar, em co-terapia em terapia familiar, bem como em psicoterapia de grupo com utentes em Programa de Metadona.

Também em colaboração com outros colegas, se desenvolveram algumas actividades de grupo mais específicas, como a co-orientação dos Grupos de Acolhimento semanais (triagem e encaminhamento dos utentes para equipa terapêutica) e a co-orientação do Grupo de Apoio a Mães de Utentes.

De resto, parte das funções dos Psicólogos Clínicos também passavam pela participação em Reuniões de Supervisão Clínica e Institucional, com apresentação de casos e a participação nas Reuniões de Equipe. O grupo de Psicólogos também organizava seminários de Formação interna no CAT, na área da Psicologia Clínica e Psicopatologia da Toxicoddependência.

Por fim, e com carácter mais pontual, também eram funções desta área profissional a participação em reuniões de articulação com outras instituições, como o Instituto de Reinserção Social e os Serviços Prisionais, ou a dinamização de acções de formação em escolas preparatórias e secundárias do Distrito de Viseu. Também tive oportunidade de apoiar a orientação de Estágios Curriculares de alunos da Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação do Porto e do Instituto Piaget de Viseu

Já noutra âmbito, desempenhei temporariamente a função de Facilitador no âmbito do Projecto de Monitorização da Qualidade Organizacional dos CATs (MoniQuOr.CAT)

Por fim é de referir que toda a actividade clínica foi ainda supervisionada em sessões de Supervisão de Casos Clínicos facultadas pela Direcção Regional do Centro

(DRC/SPTT) e orientadas pelo Dr. António de Mendonça, da Sociedade Portuguesa de Psicanálise.

A colaboração na Comunidade Terapêutica Arco-Íris

Desde 2003 colaboro nesta Comunidade Terapêutica. A CTAI iniciou a sua actividade há 26 anos, em Junho de 1978, no quadro da recentemente criada Direcção Regional de Coimbra do Centro de Estudos e Profilaxia da Droga. Procurando dar resposta ao fenómeno da toxicodependência, que só então começava a ser reconhecido como um problema de saúde, o CEPD dividia-se em três direcções regionais - para além da de Coimbra, existia a de Lisboa, que abrangia toda a zona Sul do país, e a do Porto, que intervinha em toda a zona Norte. A Direcção de Coimbra iniciara as suas actividades em Novembro de 1977, orientando-se em dois eixos: a acção na comunidade, procurando responder às solicitações de grupos de pais, professores, e outros cidadãos interessados ou afectados pelos problemas que já então o consumo de drogas ia colocando; e o atendimento em Consulta Externa das pessoas que recorriam voluntariamente aos serviços. Em breve se tornou claro para os técnicos que seria necessária, em casos de dependência mais grave, outra modalidade de tratamento para além das consultas em ambulatório, requerendo-se uma intervenção mais intensiva e prolongada, em regime fechado. Surgiu assim a Comunidade Terapêutica Arco-Íris.

Desde o início que a CTAI admitiu membros de ambos os sexos, inclusivamente casais com filhos. Actualmente, continua a ser uma comunidade mista, e recebeu filhos de utentes até há dois anos atrás. A recepção a casais deixou entretanto de fazer parte do Programa. No total, a CT tem capacidade para 12 utentes.

Inicialmente o Programa Terapêutico era relativamente curto, pensando-se que seria indicado um internamento de um a dois meses. Com o decorrer do tempo, este período de internamento foi aumentando, tendo durante algum tempo se fixado nos seis a oito meses. Presentemente a duração do Programa é de aproximadamente um ano, adaptando-se essa duração a cada caso; no entanto considera-se ser esse o tempo mínimo para o residente percorrer as quatro fases que constituem actualmente o tratamento na CTAI: Fase de Integração (I), Fase de Auto-Conhecimento (II), Fase de Contacto com o Exterior e Planeamento da Reinserção (III) e Fase de Reinserção (IV).

No seguinte quadro apresentam-se as principais actividades clínicas, bem como algumas das actividades ocupacionais da CTAI durante os dias de Semana. Assinalados a cor-de-laranja estão as actividades da responsabilidade directa do Psicólogo Clínico. A azul as actividades da Equipe em que participa.

		2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª feira	6ª Feira
Manhã	9.30	<i>Briefing</i>	<i>Biefing</i>	<i>Briefing</i>	<i>Briefing</i>	<i>Briefing</i>
	10.30	Aula de Português	Reunião Comunitária	Entrevistas de Admissão	Reunião Comunitária	<i>Chi-Kung</i>
	11.30			Desporto		Aula de Filosofia
	12.30			Preparação da Tarde / Relatórios		Psicoterapias Individuais
Tarde	14.30	Grupo Terapêutico	Psicodrama	Grupo Terapêutico	Psicoterapias Individuais	Psicoterapias Individuais
	15.30	<i>Gerar Percursos Sociais (GPS)</i>	<i>Entrevistas de Admissão</i>	<i>Prevenção da Recaída (GPR)</i>	At.Serviço Social	
	16.30	Quinta Pedagógica	Desporto (opcional)	Quinta Pedagógica	Limpeza Geral Cozinha/Sectores	Grupo Avaliação Semanal
Noite	21.30	Serão	Serão	Serão	Serão (Partilha Individual)	Serão
	I 23.30					

Como vemos, as actividades clínicas são sobretudo em grupo, mas a Psicoterapia Individual também tem um lugar importante no actual modelo de intervenção.

Descrevem-se a seguir as principais responsabilidades do Psicólogo Clínico: realização das entrevistas de admissão e avaliação de candidatos ao Programa Terapêutico; avaliação psicológica periódica dos residentes com recurso a diversos Instrumentos de Avaliação Psicológica (nas áreas da Psicopatologia, Personalidade, Capacidades Cognitivas, Motivação para Tratamento, bem como aspectos específicos da clínica da Dependência de Substâncias); intervenção psicoterapêutica individual; orientação vocacional de residentes em fase de Reinserção, com recurso a Instrumentos de Avaliação Específicos; intervenção psicoterapêutica de grupo; intervenção com

técnicas de relaxamento e dinâmica de grupos; intervenção psicoterapêutica de grupo em Reuniões Comunitárias; intervenção psicoterapêutica de grupo no Programa Gerando Percursos Sociais; intervenção psicoterapêutica em Grupo de Prevenção da Recaída; intervenções psicopedagógicas e de educação para a Saúde (HIV, Sexualidade, Alcoolismo, Hepatite C) em contexto comunitário; intervenção familiar com residentes e suas famílias; intervenção na relação precoce com Mães internadas em conjunto com os seus filhos. Há assinalar a participação e dinamização de Reuniões Clínicas com análise e discussão de casos clínicos e, até Junho de 2007, em reuniões de Supervisão orientadas pelo Dr. Carlos Vieira, Psicólogo do IDT e membro da Sociedade Portuguesa de Psicanálise.

A realização de Investigação Clínica na área da Dependência de Substâncias foi desde sempre uma das atribuições dos Psicólogos Clínicos. Com a redução desta área profissional a um técnico e a revisão por parte Serviço das parcerias com as Universidades, o desenvolvimento desta área tem-se visto algo comprometido. São de referir alguns estudos que se viram suspensos, como o estudo de Monitorização de Resultados em Tratamento da Toxicodependência (em colaboração com a Universidade do Minho e Instituto Superior Miguel Torga) e o Estudo da evolução de Traços de Personalidade em Residentes internados em CT, em colaboração com a Universidade de Coimbra. Actualmente decorre o estudo de Fenómenos Protomentais de Grupo nos residentes da Comunidade Terapêutica, em colaboração com o Dr. Nuno Torres do Instituto Superior de Psicologia Aplicada, inicialmente um projecto de Dissertação de Mestrado para o Instituto Miguel Torga e que se encontra actualmente em fase de escrita para posterior publicação. Neste âmbito da colaboração com as Universidades, outra actividade da responsabilidade da Psicologia Clínica até 2008 foi a Orientação de Estágios Curriculares de Psicologia Clínica.

No ponto III abordar-se-á mais em pormenor o funcionamento da Comunidade Terapêutica e o seu modelo.

III. Reflexão Crítica.

TRÊS CENÁRIOS PARA UMA INTEGRAÇÃO

integrar (latim *integro, -are*)

v. tr.

1. Tornar inteiro ou cabal. = COMPLETAR
2. Possuir na sua constituição ou formação.
3. [Matemática] Determinar a integral de.
v. tr. e pron.
4. Tornar(-se) parte de um conjunto ou de um grupo. = INCLUIR, INCORPORAR
5. Adaptar(-se), combinar(-se).

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa

Introdução. A Palavra *Integração*.

Acerca da experiência profissional atrás descrita é-nos pedida uma reflexão crítica – que passe por abordar algumas das dificuldades sentidas ao longo dos anos, e também a forma como foram sendo ultrapassadas, quer a nível individual, quer a nível da dinâmica interpessoal das instituições em que a nossa prática de Psicologia Clínica se desenvolveu.

Não é fácil resumir em poucas páginas as dificuldades descobertas e vividas ao longo de (afinal apenas) treze anos de intervenção na Toxicodependência. Mas penso que existe uma palavra que conterà em si a síntese de toda a problemática da vida mental, dos fenómenos psicopatológicos e do sentido da intervenção psicoterapêutica no âmbito do Abuso e Dependências de substâncias psicoactivas – e essa palavra é *Integração*.

Com efeito, poderíamos dizer que todo o trabalho psicoterapêutico é um trabalho de *integração*, na vida mental do indivíduo, de aspectos da sua vida emocional, cognitiva ou comportamental que se lhe apresentam como dissonantes ou incongruentes.

Pode então dizer-se que o processo psicoterapêutico tem um carácter *integrador*. No caso específico da dependência de substâncias essa dimensão da intervenção

psicológica assume particular importância precisamente pelo aspecto *desintegrador*, a nível da vida mental, que têm o consumo abusivo e a dependência de substâncias psicoactivas. Proponho-me então elaborar uma reflexão sobre a experiência profissional nesta área a partir do conceito de integração – iluminando este conceito com algumas das teorias psicanalíticas que, como já expliquei, estão na base da minha formação em Psicologia Clínica. Estes conceitos poderão ser úteis para a compreensão de certos aspectos do Tratamento da Toxicodependência, bem como do cenário institucional em que ele decorre.

Assim, num primeiro momento, será brevemente recordado o período inicial de formação universitária, na Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Coimbra, e da maneira como, neste **primeiro cenário** se levantou o problema da *integração* - não ainda a propósito da intervenção psicoterapêutica efectiva, mas dos intensos e por vezes irredutíveis debates que nessa altura (e talvez ainda hoje) se desenrolavam entre diferentes correntes teóricas dentro do ensino da Psicologia Clínica. A questão dos diferentes modelos e de uma possível integração de alguns deles manteve-se, pois, muito além da conclusão do curso, como uma tensão de algum modo estimulante no sentido de constante revisão dos fundamentos de uma prática clínica.

Já numa altura em que iniciei a colaboração com o então Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência, a possibilidade que nos foi oferecida de prática supervisionada bem como o acesso à formação em psicopatologia e psicoterapias veio dar outra cor à palavra *Integração*. Assim, o **segundo cenário** desta Reflexão Crítica é o Centro de Atendimento de Toxicodependentes (CAT) de Viseu. Com efeito foi nesses anos iniciais de prática que fui aprendendo que o desenvolvimento da *capacidade integradora* da mente é uma das condições imprescindíveis da própria Saúde Mental. Foram também os anos iniciais da construção de uma *identidade profissional*. Ora, curiosamente, na construção dessa identidade de psicólogo foi fundamental constatar que, no contexto específico do Centro de Atendimento de Toxicodependentes onde trabalhava, o papel do Psicólogo era, antes de mais, o de ajudar os pacientes na

construção de uma... identidade própria. O papel integrador do psicólogo clínico numa equipe clínica de um CAT será pois um dos pontos a abordar num segundo momento.

Uma Terceira parte desta reflexão será então dedicada à revisão de alguns conceitos psicanalíticos que nos ajudam a esclarecer este aspecto integrador na mente no desenvolvimento, bem como a relação entre o sofrimento mental e a ausência de capacidade integradora no psiquismo humano.

Toda esta questão da construção da identidade, e dos mecanismos mentais que, na base do nosso funcionamento psíquico promovem a capacidade integradora, ganhou nova dimensão ao iniciar a colaboração, em 2003, na Comunidade Terapêutica *Arco-Íris*, em Coimbra, o **terceiro cenário** desta reflexão. Pela primeira vez tive o privilégio de um contacto quotidiano próximo e contínuo com os residentes, indivíduos empenhados numa forma de terapia total e exigente, e cujo esforço no sentido de promover mudanças internas profundas merecerá para sempre a minha admiração e o meu respeito. Neste contexto terapêutico de grande intensidade emocional todas estas questões teóricas e técnicas atrás referidas assumiram nova relevância. Assim, numa quarta parte farei referência à questão da integração e da não-integração da vida mental no indivíduo toxicod dependente em Comunidade Terapêutica e da forma como este binómio se estende, imperativamente, ao funcionamento da Equipe Técnica que intervém dentro de uma Instituição Psicoterapêutica deste tipo.

1. *Estarão todos errados? Procurando a Identidade.*

Incluo este ponto no relatório por ter sido uma questão marcante, na minha formação inicial, a existência de tanta diversidade de orientações e de pontos de vista, aparentemente incompatíveis, acerca de como intervir da melhor maneira. Assim, o esforço de entender essa diversidade, mas sobretudo a perplexidade perante pontos de vista tão acerrimamente defendidos por alguns mestres marcou em particular os últimos anos de formação universitária. Em todo o caso, alguma desta perplexidade perante pontos de vista aparentemente tão opostos se devia ao pressentimento, ainda

pouco claro na altura, de que algo de comum deveria existir em toda a intervenção psicoterapêutica. A preocupação de então, enquanto estudante, era a de não excluir nenhuma das abordagens que nos eram propostas, por em cada um delas parecerem existir intuições importantes acerca do funcionamento da mente humana e das possíveis soluções para os seus sofrimento.

Tendo orientado os interesses desde o princípio para a Psicologia Clínica, apresentavam-se na “arena” da faculdade três “concorrentes” à formação dos futuros psicólogos clínicos – a Psicologia Clínica de orientação Dinâmica, a escola Cognitivo-comportamental e a escola Sistémica, cujas docentes nos ensinavam as bases da Terapia Familiar e de outras intervenções sistémicas.

Por vezes nas aulas (e fora delas) assistiam-se a alguns comentários acerca de uns e doutros (por parte de uns e de outros...) que raramente assumiam a forma de um debate científico aberto. Mas que não deixavam de arrastar os alunos para longos e apaixonados debates, esses seguramente mais francos, acerca da maior ou menor validade desta ou daquela perspectiva de intervenção psicoterapêutica. Esses debates extravasavam as aulas e continuavam no claustro onde ficava o Bar da Faculdade ou – às vezes até altas horas e incontáveis copos e cigarros nas casas ou repúblicas onde viviam colegas e amigos...

Mas estas polémicas não tinham apenas este aspecto positivo de estimular o pensamento, e davam muitas vezes lugar a alguma angústia, no meu caso perante algumas peremptórias e taxativas declarações de óbito à Psicanálise e à Psicologia Dinâmica em geral. Estas eram consideradas por alguns dos nossos professores como “disciplinas pseudo-científicas”, “discursos não-falsificáveis, logo não científicos”, atacando-se sobretudo os conceitos freudianos que, postulado um Inconsciente cuja existência nunca se provara, tentavam descrever a sua dinâmica através de uma série de mecanismos mentais vagos, obscuros e impossíveis de se operacionalizar em boas práticas de investigação científica... Também se criticava a centralidade que Freud dera à Sexualidade no desenvolvimento infantil, salientando-se a incompatibilidade da Psicanálise com outras Teorias do Desenvolvimento mais científicas, como por exemplo a dos Estádios de Piaget – e ignorando-se quer outras teorias com aspectos convergentes com a Psicanálise, como sejam os estudos sobre a vinculação iniciados

por Spitz e Bowlby após a segunda Guerra Mundial, quer as evoluções da Psicanálise posteriores a Freud, como sejam a teoria do Desenvolvimento Psicossocial proposto por Erik Erikson logo na década de 1930, ou os estudos de Margareth Mahler sobre o processo de separação-individação nos anos de 1950... aliás a questão da sexualidade na Psicanálise continuava a ser incómoda, a avaliar pelos comentários indignados de um dos nossos professores logo no 1º Ano do Curso: “Mas alguém se lembra de considerar que o prazer de um bebé chuchando no peito da sua mãe tem alguma coisa sexual?? Ele tem é fome!” ou “O que é uma criança a brincar com um carrinho tem de simbólico? É um jogo social, e pronto!”

Outra ordem de argumentos contra a Psicanálise, a Psicologia e as Psicoterapias Dinâmicas prendia-se com a investigação acerca da eficácia das intervenções, em que a Escola Cognitivo-comportamental dava cartas baseando-se numa longa e prolífica produção de estudos de validação empírica das Terapias Cognitivo-comportamentais (que, curiosamente, eram *sempre* validadas em detrimento das outras...). Estudos esses que, constantemente referidos e recordados no início de cada artigo a ler, cada obra a consultar, cada conferência e cada seminário a assistir, pareciam provar, para lá de qualquer *dúvida razoável* - como dizem Juristas - a superioridade científica e clínica (e porventura também económico-financeira) deste tipo de Psicoterapias.

Neste contexto, lembro-me ainda de, no fim do 3º Ano e no momento em que era preciso decidir para que Ramos de especialização iam os que queriam fazer Psicologia Clínica, dois colegas me alertarem, sinceramente preocupados: “sempre vais para Dinâmica? Mas como é que tu acreditas naquelas tretas ultrapassadas?” Como se vê, o clima entre professores era por vezes de alguma hostilidade e o percurso académico dos alunos via-se também constrangido por estas polémicas que acabavam por dificultar o raciocínio.

Neste ambiente não era fácil ir construindo uma identidade como psicólogo... e penso que era essa a questão que ali se colocava para todos, estudantes e professores: qual a minha *identidade* como Psicólogo? Compreendo agora que muita daquela conflitualidade era o resultado de muitas personalidades em construção ao mesmo tempo e no mesmo espaço institucional... alunos em processo de formação inicial e

professores também eles em contínuo processo de aprendizagem, investigação e reflexão; essa aprendizagem interminável era também uma construção das suas identidades próprias enquanto psicólogos e membros de uma comunidade académica.

Ora, sei-o agora melhor, o processo de construção da identidade não é fácil... e envolve mecanismos subtis, que por vezes passam pela afirmação do Eu “à custa” da identidade do Outro... Segundo a Psicanálise, na base da construção da Identidade encontram-se processos introjectivos e projectivos que vão contribuindo para a definição das fronteiras entre o *Eu* o não *Eu* – e que provavelmente estavam na origem daquelas discussões tão acaloradas na Faculdade. Mas, para esclarecer melhor este ponto, gostaria de trazer aqui as palavras de León Grinberg que, em *Culpa e Depressão* (2000: 59) explica as relações complexas entre estes conceitos:

Um dos postulados biológicos mais antigos é o que afirma que a absorção e a expulsão são os dois processos fundamentais de qualquer organismo vivo. Freud comparou, nesse sentido, o funcionamento do psiquismo, com toda a sua complexidade, ao funcionamento da ameba, cuja vida se mantém mediante a absorção de matéria estranha mas útil e a expulsão de matéria nociva. Estas funções podem ser equiparadas aos mecanismos psicológicos mais importantes utilizados pelo Eu desde o seu início: a introjecção e a projecção. Freud assemelhou estes dois mecanismos ao processo de juízo empregue pelo Eu para poder discriminar entre diferentes objectos; e assinalou que, na linguagem dos impulsos pulsionais mais primitivos, ou seja, os orais, poder-se-ia formular este conceito do seguinte modo: “se o objecto é bom, gostaria de tomá-lo e tê-lo dentro de mim; se é mau, gostaria de expeli-lo e tê-lo fora de mim”. Por outras palavras, o Eu tende a introjectar (chupar, mastigar, tragar, inalar, etc.) tudo aquilo que percebe como bom e aprazível; e tende a projectar tudo aquilo que percebe como mau e doloroso. Veremos mais adiante que também projecta o que é bom e útil.

Mas estes mecanismos primitivos são apenas a base da construção do Eu predominando sobretudo no início da vida psíquica. Ao longo do desenvolvimento, o Eu desenvolve também uma *capacidade integradora* – a *Função Sintética do Eu*:

Na medida em que o Eu cresce e se desenvolve, consolida-se uma das suas funções mais importantes: a função sintética do Eu. Esta função manifesta-se fundamentalmente na sua tendência em assimilar elementos estranhos (internos e externos); em unir tendências opostas sob a forma de sentimentos e acções; em fazer concordar os impulsos do Id com as exigências da realidade; em estabelecer uma relação harmónica entre os impulsos pulsionais procedentes do Id e as exigências do Supereu, e entre estes e a realidade. (...)

Por outro lado, Grinberg refere que a projecção e introjecção atrás descritas permitem também a construção da identidade uma vez que estão na base dos mecanismos mais complexos de formação da Identidade, a *Identificação Projectiva* e a *Identificação Introjectiva*, descritos por Melanie Klein a partir das décadas de 1930 e 1940:

A Progressão no desenvolvimento da personalidade através da integração envolve a criação da Identidade através da identificação introjectiva com objectos bons, em oposição à formação de falsas identidades por meio da identificação projectiva em objectos internos ou externos.[sublinhado nosso]

Porquê trazer aqui estas três passagens de Grinberg? Em primeiro lugar, todo o tenso ambiente universitário atrás descrito, e que perdurou dentro mim sob a forma de algum desconforto ainda durante alguns anos após a conclusão do curso, ganhou alguma compreensibilidade à medida que ia descobrindo e aprofundando os riquíssimos conceitos criados e desenvolvidos pela escola Kleiniana de Psicanálise – que, actualmente fazem parte do património teórico da maioria dos psicanalistas e psicoterapeutas de orientação dinâmica. Com efeito, naquelas repetidas “certidões de óbito” passadas à Psicanálise havia muito de actividade projectiva exacerbada, compreensível talvez no contexto da construção de uma identidade por parte de quem as proferia. É de salientar que a Identificação Projectiva pode não assumir uma forma patológica, sendo uma forma de pensamento muito primitiva, fundamental na formação do Eu precoce e que se mantém activa dentro da mente saudável adulta. Torna-se patológica na medida em que predomine no pensamento e deixe de respeitar a realidade do outro (do objecto) como entidade separada do sujeito. Em muitos dos episódios assistidos na Faculdade tornava-se óbvio que muito do que era atribuído à Psicologia Dinâmica não era fruto de apreciações objectivas e tinha mais a ver com questões do foro pessoal dos intervenientes, e que a maneira como era descrita quer a Psicanálise em si quer os seus defensores devia pouco à realidade. Mesmo assim será compreensível e porventura inevitável este funcionamento numa Instituição cuja missão será, justamente, a formação da identidade dos seus constituintes.

Mas não só por esta razão se invocaram estes conceitos referidos por León Grinberg. Penso que o essencial da construção da identidade estará na identificação

introjectiva, como refere o autor no terceiro excerto transcrito, em que o aspecto integrador da mente é relacionado com o predomínio deste mecanismo de defesa na vida mental do sujeito em desenvolvimento. Para além da já referida Função Sintética do Eu, sublinhada pela Psicologia do Ego no quadro da segunda tópica freudiana, referir-nos-emos mais adiante ao fenómeno da *Posição depressiva* descrito por Klein como um dos passos fundamentais do desenvolvimento da capacidade integradora da mente.

Para finalizar este capítulo centramo-nos antes no aspecto *identificatório* da aprendizagem – que foca sobretudo o carácter relacional da construção da Identidade, seja ela a identidade pessoal em sentido lato, seja no sentido mais restrito da identidade profissional da pessoa, que é o que aqui tratamos.

Gostaria então de partilhar três *momentos organizadores* que, durante o meu curso de Psicologia, se revelaram muito importantes para ultrapassar os dilemas identitários que as polémicas atrás descritas provocavam. Em todos estes momentos, houve algo, de alguém, que ficou até hoje dentro de mim., fazendo parte do que hoje sou como psicólogo.

Chamo-lhe momentos *organizadores* intencionalmente – conotando-os com o conceito de *organizador psíquico*, desenvolvido, já na década de 1950 pelo psicanalista R. Spitz. Para Spitz, havia determinados momentos essenciais, em que o psiquismo precoce se *reorganizava* de uma nova maneira. Essa reorganização era observável por determinados comportamentos do bebé e Spitz considerou esses comportamentos pontos organizadores da história do psiquismo do bebé, e chamou-lhes *Organizadores Psíquicos*. Um organizador psíquico é algo que vem trazer nova coerência ao Eu, elevando-o a um nível de funcionamento mais complexo, sintetizando uma série de comportamentos e de reacções até então não relacionadas e *integrando-as* num todo mais unificado e estruturado. Os três momentos que quero partilhar aqui foram extremamente *organizadores* neste sentido, até porque me permitiram fazer uma escolha que iria determinar todo o posterior percurso profissional...

Curiosamente foram uns breves comentários ouvidos a dois professores (o Prof. Carlos Amaral Dias e o Prof. Álvaro Miranda Santos) e uma curta conversa com uma

professora da área da psicologia educacional (a Dra. Ana Paula Couceiro) que acabaram por determinar a opção pelo mundo mais obscuro e incerto da psicologia clínica dinâmica.

Ainda no 2º Ano do curso tivemos a oportunidade de assistir a uma aula introdutória de Psicofisiologia dada pelo Prof. Amaral Dias. Dessa aula recordo ainda hoje uma explicação sobre a evolução do cérebro humano e o comportamento social dos primatas, bem como alguns paralelismos expressivos que o professor fez notar acerca do comportamento dos chimpanzés e os nossos comportamentos em grupo. Mas ficou-me sobretudo uma frase em que o Professor parafraseava, julgo eu, o livro *Cosmos* de Carl Sagan: “calcula-se que o número de neurónios no cérebro seja aproximadamente o mesmo de estrelas que existem na nossa galáxia – 200 mil milhões; agora imaginem só a quantidade de ligações entre esses neurónios, sabendo que cada uma pode ter múltiplas conexões com outros neurónios – é um número astronómico de sinapses e é nessas sinapses que se baseia a nossa vida mental. Por isso, desconfiem de qualquer modelo da mente que não tenha em conta esta fantástica complexidade do nosso cérebro”. Penso que a partir de então pude ver de outra forma os diferentes modelos propostos pelos vários professores, tanto da área clínica como de outras áreas, como a Psicologia Pedagógica ou Experimental. Embora alguns desses modelos me cativassem pela simplicidade coerência internas e de facto esclarecessem muitos aspectos do funcionamento psicológico, a verdade é que esta ideia de complexidade e, sobretudo , a ideia de que toda e qualquer teoria sobre a mente humana será sempre limitada e incapaz de abarcar totalmente a excepcional riqueza e potencial do nosso cérebro, ficou como um dos momentos “organizadores da minha formação.

Outro desses momentos aconteceu durante uma aula de Psicologia Social, cadeira na altura ministrada pelo nosso Professor Álvaro Miranda Santos, sem dúvida uma das pessoas mais marcantes do nosso período formativo na Faculdade de Psicologia - sobretudo pela sua relação próxima e afectiva com os alunos e a sua atitude socrática de desafiar, permanentemente, as nossas crenças ou pré-conceitos, instando-nos a uma revisão constante dos fundamentos do nosso pensamento. Este professor, um dia, após uma longa exposição, recheada de episódios pitorescos e irónicos sobre a importância da afectividade nas interacções humanas e a permanente

dificuldade dos teóricos académicos em a levarem em conta nas suas douradas teorias – e fazendo aos estudantes mais um alerta para não se limitarem a reproduzir discursos de forma oca – fez-me acordar do torpor que por vezes me assaltava àquela hora do dia com a seguinte frase: “meus caríssimos alunos, é por isto tudo que não faz sentido nenhum encararmos a mente humana como um simples processador de informação; isso já fazem os computadores melhor que nós!”

Uma vez que o Prof. Miranda Santos nos alertava repetidas vezes para os perigos de uma adesão cega e acrítica às ideias da Psicanálise, bem como para as questões de poder e autoridade que muitas vezes subjazem a discursos pseudo-científicos, esta intervenção surgiu-me como uma inesperada crítica a um modelo puramente cognitivo da mente. Talvez por este comentário passei a ter consciência mais clara na necessidade de contextualizar sempre a actividade cognitiva – sobre a qual se foca grande parte da Psicologia actualmente – no todo da mente humana: o lado emocional e relacional da psicologia humana, o carácter simbólico de muitos dos nossos comportamentos, o enquadramento social dos nossos actos e representações e, claro a incrível complexidade neurofisiológica do nosso cérebro e do nosso corpo em permanente interacção com outros cérebros e outros corpos... Este terá sido também um momento de síntese em que muito do que já aprendera até então se viu integrado numa dimensão mais vasta.

Um terceiro momento ficou marcado, no final do Terceiro ano do curso, semanas antes de tomar a decisão final sobre que área da Clínica escolher: Dinâmica ou Cognitivo-comportamental? Não vou aqui enumerar os prós e os contras de cada uma delas tal como os encarava na altura – essa foi uma lista mental que fiz demasiadas vezes, dando largas à parte obsessiva da minha mente (aprendi depois que se chamava assim). Apenas digo que, mercê das considerações que expus atrás, já estava mais inclinado para o ramo de dinâmica (que ao tempo incluía também a terapia sistémica), precisamente porque prometia maior complexidade nas abordagens terapêuticas. Mas... o carácter objectivo, sistemático e racionalista - herdado das Teorias da Aprendizagem e do Método Experimental – demonstrado pelo ramo de Psicologia Clínica Cognitivo-comportamental também exercia algum fascínio sobre mim. Penso agora que esse fascínio se devia em parte um efeito tranquilizador que a objectividade,

relativa simplicidade e coerência interna do modelo cognitivo-comportamental exerciam sobre a insegurança de quem se propunha a lidar, no futuro, com o sofrimento humano.

Ora o dilema mantinha-se então agudo até ao fim, e curiosamente foi uma professora da área educacional que veio desatar o nó. Foi na última aula prática da cadeira, algumas semanas antes da data prevista para escolhermos. Depois de um semestre animado – graças ao conteúdo prático da cadeira, e graças também ao sentido de humor da professora que conhecia bem os dilemas dos alunos do 3º Ano não os levava demasiado a sério – alguns de nós despedimo-nos no fim da aula e a professora foi-nos perguntando que Ramos tínhamos escolhido. Quando chegou a minha vez e respondi que ainda estava indeciso entre uma e outra a Dra. Ana Paula deu uma gargalhada e atalhou “oh, deixe-se lá disso, vá para Dinâmica que tem muito mais a ver com a sua maneira de estar!”

E sinto que foi assim, na espontaneidade de um momento, que acabei por tomar a minha decisão. Porque é que este episódio se tornou tão importante para o futuro é coisa que me pergunto ainda hoje... É claro que, vindo de quem veio, este comentário teve peso: uma professora que, ao longo de um semestre se tinha preocupado tanto em nos transmitir a importância da observação do funcionamento cognitivo e da descrição objectiva de comportamentos no contexto educativo, de repente vira-se para mim e diz qualquer coisa que soava como “olhe vá mas é para uma coisa mais subjectiva como a Clínica Dinâmica, que é mais giro!” ou “seja é mais intuitivo, não se prenda tanto aos cânones da objectividade!” - pelo menos foi assim que interpretei. “Bom, se logo esta professora me diz isto, é porque realmente há coisas mais importantes para quem quiser seguir a via clínica”, pensei eu.

Mas, para além deste efeito surpresa, penso que houve duas coisas neste comentário que *organizaram* algo internamente. Primeiro, o *tom* despreocupado e coloquial em que a coisa foi dita: foi como se me tivessem assegurado num momento que, afinal, tantos meses de “ruminações obsessivas” à volta desta decisão não eram lá muito importantes, e que as preocupações em relação ao futuro como psicólogo clínico não eram assim tão relevantes... Foi um momento em que de algum modo me foi transmitida confiança. E depois, igualmente importante, as palavras “tem mais a ver

com a sua maneira de estar”, que enquadraram de imediato a questão na problemática da *identidade*.

Com isto pretendo exprimir que há algo de inefável em certas decisões importantes que se tomam na vida. Uma tomada de decisão não é só um acto racional ou cognitivo, de processamento consciente da informação disponível e de juízo e escolha entre várias possibilidades percebidas num dado momento. Também não é apenas um fenómeno de *inteligência emocional* – entendida aqui como a capacidade de utilizar as emoções para facilitar um processo cognitivo de resolução de um problema. Como me fez notar a Dra. Ana Paula num simples comentário, decidir algo tem a ver com antes de mais com a maneira de ser da pessoa, ou seja com a sua *identidade*. E o sentimento de identidade é algo que nem sempre está sob o foco da nossa atenção e da nossa actividade consciente, mantendo-se sempre porém como um fio condutor de todas as nossas experiências. Mas há momentos em que esse sentido da identidade se *reorganiza*, ocorrendo uma nova síntese. Neste caso, foi na ocasião de uma decisão a ser tomada e em que, felizmente tive a sorte de alguém me alertar para a importância de escolher de acordo com aquilo que me despertasse mais esse sentido da identidade – em suma: escolher aquilo com que me sentisse mais *identificado*.

Posso dizer que este foi um momento integrador e que permitiu encarar com maior tranquilidade os anos seguintes, que foram os da formação clínica inicial. Ao longo destes dois últimos anos do curso, fui sempre recordando estes três momentos que referi e que foram extremamente organizadores: não encarar a mente como um simples processador de informação, lembrar-me sempre da impressionante complexidade do seu substrato neurofisiológico e, sobretudo, tentar fazer a síntese entre o que aprendia e a minha sensibilidade pessoal.

2. Os anos no CAT. Toxic dependência e identidade.

Como já referido na parte I, iniciei a minha colaboração como psicólogo no CAT de Viseu em 1998. Será junto fazer uma referência aqui ao estágio curricular, ocorrido no último ano do curso e que marcou profunda e definitivamente toda a minha maneira de praticar a Psicologia Clínica. Tive a sorte de ser estagiário de Psicologia

Clínica no Centro de Apoio Médico e Psico-Pedagógico de Coimbra (CAMPP), onde contei com a orientação de pessoas de duas pessoas que ficaram como referências maiores – para a profissão, mas sobretudo para a vida: a Dra. Rita Pinheiro, directora da Instituição e a Dra. Sónia Cifka, Psicóloga Clínica que co-orientava o Estagiários. A referência à experiência pessoal de Estagiário no CAMPP e a forma como esse ano contribuiu para o amadurecimento como pessoa mereceriam não um capítulo, mas talvez um livro inteiro... e ultrapassam em muito o âmbito deste Relatório. Mas, como disse seria injusto não fazer referência a um ano em que, graças à dedicação e humanidade destas duas orientadoras e ao privilégio de poder trabalhar com crianças numa perspectiva psicanalítica, todos os conceitos da psicanálise que no ano anterior tinham sido conhecidos ganharam verdadeiro sentido. A prática clínica intensa com crianças, a partilha pessoal e intensa com o meu colega de estágio Bruno, os seminários clínicos e práticos orientados pelo Prof. Eduardo Sá e as Supervisões Clínicas com o Prof. Amaral Dias marcaram indelevelmente o meu olhar sobre a Psicopatologia e a Psicoterapia e foi com essa bagagem rica que cheguei ao CAT de Viseu. Apenas uns meses depois, mas uma pessoa muito diferente. A identificação introjectiva com todas estas pessoas tinha surtido efeito...

Foi no mínimo curioso este início da vida profissional na área da toxicoddependência, tendo como bagagem a prática terapêutica psicanalítica com crianças. Novas sínteses se exigiam e a capacidade integradora do Ego iria de novo ser posta à prova... porque uma coisa são os modelos que vamos aprendendo e integrando no nosso Eu, como pessoa e como profissionais; mas outra coisa é o domínio da realidade – e a realidade da Toxicoddependência é bastante desconcertante. Começo por contar um episódio ocorrido logo no primeiro dia de serviço, que nos pode ajudar a reflectir sobre as dificuldades *identitárias* do toxicoddependente e a maneira como se projectam sobre os técnicos de saúde pondo à prova a identidade deles.

Na companhia de uma colega mais velha, fui conhecer o Serviço de enfermagem onde naquele momento não se encontrava a enfermeira de serviço. Tendo aparecido um utente para tomar Metadona e que, por motivos profissionais precisava

de ser atendido rapidamente, a minha colega disponibilizou-se para administrar o agonista opiáceo. E aproveitou-se para conversarmos com o utente por breves instantes. Ao lhe ter sido apresentado o novo psicólogo, a reacção dele foi no mínimo curiosa; virando-se para mim pergunta-me em tom jocoso:

- Então vem trabalhar com os toxicodependentes, Doutor? Olhe que este pessoal é muita mentiroso! O que é que você faz se lhe mentirem? Olhe que a malta aqui mente muito!...

Como não estava à espera de um confronto com um paciente da instituição logo no primeiro dia, confesso que fiquei sem saber o que responder. Enquanto a minha colega, atrapalhada, reagia mandando o utente (de quem era terapeuta) calar-se e não dizer disparates, eu lá disse o que me veio à cabeça, não menos atrapalhado e gaguejando sob o olhar trocista do paciente:

- Ah... olhe, bem, não sei... acho que cada um mente de acordo com a necessidade que tem de mentir. – e lá nos despedimos, sem no entanto deixar de notar uma ligeira mudança de expressão na cara do paciente.

O que fez pensar este pequeno episódio? Em primeiro lugar, foi curioso ser um dos próprios protagonistas daquele cenário a chamar-me a atenção para os perigos que me podiam esperar ao desempenhar o futuro papel de psicólogo... Isso deu-me logo uma das dimensões da cultura organizacional própria do então SPTT e do (actualmente em vias extinção) IDT: os próprios pacientes sentiam a proximidade e informalidade relacional dos técnicos, e tinham à-vontade suficiente para levantar questões a um novato recém-chegado. Após algum tempo de trabalho no CAT de Viseu apercebi-me do sentimento de pertença que existia em muitos dos utentes em relação àquela casa e àquela equipe. E compreendi gradualmente que toda e qualquer instituição que se proponha intervir na saúde mental das pessoas necessitará dessa base relacional para ter algum sucesso. Esta *função continente* do clima relacional de uma instituição de Saúde Mental parece ser incontornável.

Este primeiro contacto com o serviço colocou logo uma questão fundamental da clínica das toxicoddependências: a mentira. Este é um dos fenómenos que causa maior perplexidade entre os técnicos que tentam intervir nesta área. Muitas vezes, em

conversas com outras pessoas trabalhando na área da Saúde ouço comentários do género: “trabalhar com toxicod dependentes?, não sei como conseguem – não vale a pena!” Este sentimento de alguma repulsa que muitas vezes se observa entre profissionais tem a sua origem em certos fenómenos que tornam a clínica das dependências algo desgastante. Uma é a questão da mentira e muitas vezes do discurso falso adoptado pelos pacientes em relação ao seu consumo ou desejo de consumir substâncias psicoactivas. Outro é a questão do aparente insucesso dos tratamentos, com sucessivas e às vezes aparentemente incontroláveis recaídas no consumo. Outro fenómeno ainda, a que em breve me habituaria no CAT, é o das constantes faltas às consultas por parte dos utentes e a aparente indiferença com que não cumprem os compromissos do seu tratamento, mesmo quando a relação terapêutica já dura há muito tempo. Eram também comuns as tentativas de manipulação da Equipe Técnica – geralmente no sentido de obter vantagens e a facilitar o acesso à medicação ou a obtenção de mais um apoio ou subsídio do Estado – usando de forma hábil uma série de estratégias bem conhecidas e que se resumem no velho adágio popular “dividir para reinar”...

Todo este conjunto de comportamentos dos pacientes dependentes de substâncias parecia e parece provocar ainda hoje e sempre determinados tipo de contra-actitudes nos técnicos e nas próprias instituições gerando sentimentos de impotência e a vontade de desistir da prestação de cuidados.

E, sobretudo, todo o processo terapêutico se vê permanentemente ameaçado pela *instabilidade* e *impulsividade* que, se formos a ver, acabam por ser as características mais marcantes, á primeira vista, estes pacientes.

Na minha formação subsequente houve um conceito fundamental para dar sentido a toda esta instabilidade dos indivíduos dependentes de substâncias e consequente desgaste sentido pelos técnicos – a *Difusão de Identidade* (Kernberg 1967:677).

A difusão de identidade refere-se precisamente à instabilidade das representações do *self* de determinados pacientes, instabilidade essa que está na origem de um comportamento por vezes contraditório e numa atitude “camaleónica” e superficial nas relações interpessoais, adoptando o indivíduo um comportamento

consoante a situação relacional que vive no momento – sem que exista no entanto uma consciência clara das contradições e inconsistências em que incorre. Esta característica está muito presente, segundo Otto Kernberg, de modo muito marcado na organização *borderline de personalidade*.¹ Pense-se por exemplo no paciente dependente de heroína que entra em tratamento ambulatorio no CAT e mostra-se disponível para cumprir tudo o que implica o seu tratamento: desabilitação, terapêutica medicamentosa com antagonista opiáceo, vindas às consultas, organização de um projecto de reinserção sócio-laboral, etc. Não é raro em muitos destes pacientes a manutenção de uma atitude de aparente colaboração com a Equipe Terapêutica ou com a família e, paralelamente regressar ao convívio com companheiros de consumo, recomeçar a consumir e manter esta situação dúplice durante um longo período de tempo sem que os envolventes de apercebam. No contacto com estes pacientes nem sempre nos apercebemos da sua atitude ambivalente uma vez que o seu discurso se mantém coerente e consistente: “parei de consumir; não tenho sentido vontade; estou a tratar deste ou daquele assunto”, etc., etc. Num contexto de um acompanhamento psicoterapêutico em ambulatorio o tema das sessões pode ir muito além das questões do consumo, e não é raro o paciente que investe com sinceridade no trabalho terapêutico, abordando muitas questões importantes e até geradoras de angústia (acontecimentos de vida traumáticos, relações familiares, dificuldades de autonomização, etc.) e de repente, após meses de trabalho empenhado o terapeuta apercebe-se que a pessoa regressou aos consumos ocultando o facto...

Surge então a questão da *mentira*, e perante a falsidade do discurso o técnico pode seguir dois caminhos: o encara a mentira do ponto de vista ético ou moral (o que não é o que nos é pedido enquanto técnicos de saúde mental); ou tentar enquadrar a mentira no funcionamento mental do paciente. Porquê mentir ou ocultar os consumos daqueles que, em princípio, estarão ali numa atitude de apoio e aceitação incondicional da pessoa?

¹ Não nos referimos aqui à Perturbação de Personalidade Borderline, tal como vem descrita no manual DSM-IV, mas à entidade nosológica descrita por Kernberg. Esta corresponde a uma *organização da personalidade* intermédia entre o carácter neurótico e o carácter psicótico que está na base não só da Perturbação de Personalidade Borderline da DSM-IV, mas também de outras perturbações de personalidade como a Narcisista ou Anti-Social, ou ainda na maioria dos casos de outras patologias como o Alcoolismo ou Dependência de Drogas (Kernberg 1967: 650-651).

O conceito Eriksoniano de *Difusão de identidade*, desenvolvido por Kernberg no contexto da Organização Borderline permite-nos ir além da natural indignação provocada por esta atitude dos paciente, e também nos possibilita entender as ocultações para além de uma leitura mais superficial ou “estratégica” do acto de mentir - que nos leva ao esforço defensivo e inútil de não sermos mais enganados, ou a explicações do género: “eles mentem para obter vantagens” (mas que vantagens, então?). De facto, uma vez que as representações do *Self* deste paciente não estão estabilizadas, ele oscila entre vários sentidos do *Self*. No exemplo dado, o paciente que está sentado na sala com o psicoterapeuta é de terminada maneira; o mesmo paciente junto da família poderá ser de outra maneira; na rua, junto dos companheiros de consumo é como se tratasse de outra personagem, apesar de continuar a sentir-se a mesma pessoa. Penso que a maior parte desta pessoa age de maneira sincera e investe sinceramente no tratamento quando está junto de quem promove o tratamento; e investe sinceramente no consumo quando está junto do grupo que o promove.

Não havendo um sentido de *self* suficientemente integrado, a pessoa encontra-se a mercê do contexto relacional em que se encontra e em vez de uma continuidade através dos vários cenários, o que acontece é a adopção transitória de uma identidade consoante o contexto, de forma superficial, o que, segundo Kernberg, tem raízes na dificuldade extrema destas pessoas em estabelecer relações de maior intimidade em consequência de um contexto relacional traumático na fase pré-genital do desenvolvimento, que promoveu a *clivagem* como principal mecanismo de defesa. Uma vez que a clivagem é o mecanismo que mantém os aspectos positivos e negativos dos objectos internos sempre separados, o que predomina no interno do indivíduo são objectos *não-integrados* nos seus aspectos positivos e negativos, e daí a dificuldade em a pessoa aceder a uma relação *total* com alguém. Para além disso, o próprio *self* sofre dessa falta de integração, não mantendo as suas características, positivas ou negativas, de forma estável e consistente.

Penso que o conceito de difusão de identidade nos permite compreender que esta situação é diferente da de um actor que encarna várias personagens numa mesma peça de teatro: aí a *identidade mantém-se* e o papel não se confunde com a pessoa. No

funcionamento *borderline* a pessoa muda consoante o papel que lhe é exigido pela circunstância, e com ela parece *mudar também o sentimento de identidade*.

Esta perspectiva remete-nos para a questão da *identidade* que na maioria dos pacientes toxicodependentes parece então ter limites difusos, fronteiras fluidas e instáveis. O carácter instável do comportamento e da relação estabelecida pelo paciente tem a ver com esse fenómeno – mas sobretudo causa imenso impacto nos técnicos que o acompanham, provocando a nível contratransferencial sentimentos de impotência e desgaste dentro das equipas. A nível pessoal, recorro como foi necessário o recurso permanente aos colegas no sentido de identificar e sinalizar as incoerências de comunicação de alguns utentes, tentando contextualizar o comportamento daqueles numa compreensão mais aprofundada da sua personalidade. A existência de supervisão institucional no CAT de Viseu e mais tarde o recurso à supervisão individual permitiu também lidar com os sentimentos de impotência e de desgaste por vezes sentido.

Nas realidade, esta ausência de limites internos nos nossos utentes tinha por vezes tendência a transmitir-se aos técnicos – que, por sua vez, corriam também o risco de perder a sua identidade, confundindo papéis e quiçá sobrepondo funções desnecessariamente. Curiosamente, uma das primeiras reflexões pedidas à Equipe Clínica quando se iniciou a supervisão institucional foi acerca da nossa “identidade profissional”: aos médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos o que competia fazer naquela instituição? Compreendo agora ter sido esta uma medida precisamente para definir limites, e assim contrariar a difusão de identidade sentida pelos pacientes e, mercê do fenómeno da *identificação projectiva*, também em risco de se transmitir à Equipe. Voltaremos a referir-nos a este mecanismo mental mais à frente.

Com efeito, eram muitas vezes intensas as solicitações mais ou menos inconscientes daqueles pacientes, levando os técnicos a sentir a necessidade de encarnar determinados papéis que se prendiam, eventualmente, com as dificuldades de vinculação precoce daquelas pessoas. Nesse processo, a mais das vezes inconsciente, não era difícil um técnico sentir serem-lhe testados os limites da sua identidade – nomeadamente da sua identidade profissional, e mesmo pessoal. Darei um exemplo por mim vivido.

Certa vez um utente – este também em programa de substituição com metadona - chegou atrasado ao horário de toma do agonista, encontrando a porta já fechada; dando conta da ausência da enfermeira, dirigiu-se de imediato a mim, que por acaso passava na Sala de Espera:

- Dr., a Enfermeira não está no posto dela, já viu!? – respondi-lhe que a Enfermeira estava no posto dela à hora combinada, sabendo de antemão que esta uma dos utentes que, por norma, chegava sempre fora do horário. Aliás a dificuldade em negociar com ele um horário já tinha sido analisada em Reunião de Equipe. Perante a minha resposta o utente insistiu subindo o tom de voz.:

- Mas eu tenho de tomar metadona agora, se não vou ressacar e vou consumir, ouviu? – ao que respondi que dentro de uma hora a equipe de enfermagem estaria de novo disponível para administrar o fármaco, e que não me parecia que ele apresentasse ainda sinais graves de abstinência. O utente voltou à carga, subindo ainda mais o tom de voz, aproximando o rosto do meu e olhando directamente nos olhos:

- E não pode ir lá dar-me a metadona você?

- Não.

- Porquê? Não é Capaz? Não sabe fazer? – esta sequência de perguntas em tom agressivo teve em mim um efeito imediato de irritação e indignação. Em silêncio pensei “não sei preparar a metadona, eu? Claro que me desenrasco se for preciso, aquilo é fácil! Sei onde estão as chaves do cofre e...” Mas apercebi-me a tempo da “armadilha narcísica (chamemos-lhe assim...) em que o utente pretendia que o novo psicólogo caísse. De modo que, literalmente engolindo a irritação respondi, no tom mais neutro possível que não, não sabia, porque não era enfermeiro nem médico para dar medicação. E o episódio ficou por ali. No dia seguinte já nos cumprimentámos como se nada tivesse acontecido...

Recordo aqui este episódio porque a questão da identidade profissional foi aqui manipulada de forma subtil pelo utente. Primeiro tentando alertar para uma suposta falha de uma colega, depois tentando levar-me a aceder ao seu desejo pondo em causa a minha capacidade como técnico e tentando assim provocar uma reacção de afirmação narcísica da minha parte no sentido de, passando ao acto, provar-lhe que, sim senhor, era capaz de lhe preparar a metadona (e mais que fosse...), respondendo assim de

forma onipotente, sem ter em conta os limites profissionais e as estratégias da Equipe - acabando apenas por... gratificar-lhe o desejo.

Nunca me esqueci deste episódio, ocorrido durante o meu primeiro ano de colaboração no CAT, porque me espantará sempre a argúcia e acutilância deste utente e a capacidade perceptiva que dão mostras quando está em causa uma necessidade sentida como vital – o consumo. Esta pessoa, com quem nunca tinha falado mais de um minuto desde que trabalhava naquele serviço, deu mostras de saber bem onde é que estava a mexer com a simples frase “Não é capaz?”. Nunca mais subestimei a inteligência emocional de uma toxicodependente... Subtilmente também, este utente, utilizando as questões narcísicas do novo psicólogo do serviço, conseguia quase confundir a identidade deste, envolvendo-o no tal funcionamento difuso de que se falou atrás – porque não faz parte da identidade profissional de um Psicólogo administrar metadona fora de horas, nem reagir em espelho com um paciente demonstrando-lhe as suas onipotentes capacidades profissionais. A identificação projectiva cria confusões destas.

Qual então a identidade de um Psicólogo num CAT? Foi esta uma das questões que acompanhou o tempo em que colaborei naquela Unidade. O que expõe a seguir são reflexões pessoais, mas que foram sendo partilhadas ao longo do tempo com colegas de trabalho, em reuniões, encontros, supervisões, ou simplesmente em desabafos entre duas consultas à volta de um café, como tantas vês se fazia no CAT de Viseu.

Do meu trabalho no CAT retenho sobretudo a parente irrelevância do trabalho do Psicólogo. Muitas vezes pensei assim: o medido faz um diagnóstico da situação, avalia todo o contexto biológico em que se manifesta o fenómeno “adição” e implementa medidas concretas para uma desintoxicação, para a manutenção da abstinência, para o tratamento de patologias associadas, orgânicas ou mentais. E o Psicólogo, o que faz? O Técnico de Serviço Social faz o diagnóstico social, contextualiza o sintoma “consumo” no sistema familiar e na envolvente, define e tenta implementar estratégias que, numa base realista, promovam a autonomização da pessoa. E o Psicólogo? Não dá medicação, não procura trabalho com o utente, não facilita o acesso aos subsídios... Penso que para os psicólogos numa equipe de um CAT fica o que resta:

um espaço aparentemente indeterminado, em que, para além das questões da prevenção de recaída, praticamente tudo mais cabe.²

O espaço que é oferecido pelo psicólogo ao paciente do CAT é um espaço que ele não estará muito à espera: é onde pode pensar e não agir; esperar, em vez de correr ansiosamente para um alívio imediato da dor e da angústia; é um espaço, também, de uma liberdade inesperada, onde o terapeuta tenta não assumir funções de controlo do comportamento do utente – responsabilizando-o antes pelo seu próprio tratamento; esta liberdade tanto é inesperada que, as mais das vezes os utentes preferem ocultar um consumo do que assumi-la perante o técnico, mesmo que seja claro, no contrato terapêutico que para vir às sessões não é obrigatório estar abstinente: o que é obrigatório é haver suficiente liberdade para se poder falar disso e não fazer do consumo um assunto tabu.

Assim abre-se a possibilidade de existir um espaço terapêutico num CAT que contém naturalmente alguma indefinição quanto aos seu objectivos na medida em que não são exigidos, naquele contexto, melhorias visíveis e objectivas. Procura-se antes, a melhoria *subjectiva*, o encontro com a sua própria maneira de sentir, pensar e agir. Penso que isto apenas é possível quando se cria um contexto especial para isso – é o contexto da relação terapêutica, com as suas especificidades de total aceitação e livre-associação, os seus compromissos de confidencialidade de um lado e regularidade do outro. Sem excluir a existência de outro espaços relacionais iguais em importância, a relação psicoterapêutica, dadas as suas características – é o espaço onde a própria relação é pensada e revista - pode tornar-se o lugar da *construção da identidade* para o paciente do CAT.

Considerar que, num CAT, o Psicólogo se deve cingir apenas a entrevistas motivacionais, ou à co-construção de estratégias de prevenção de recaída é reduzir e em parte esvaziar não só o conteúdo da Psicologia Clínica em si, como também pode redundar num empobrecimento da função psicoterapêutica da Instituição. O apoio

² A este propósito, refiro-me aqui às propostas integradoras sobre a psicoterapia na dependência de substâncias de Washton e Zweben, as quais globalmente subscrevo; estes autores defendem a integração dos modelos cognitivo-comportamentais – como o da Prevenção de Recaídas ou o Modelo Transteórico dos Estádios de Mudança – nas abordagens psicodinâmicas; a esse propósito sublinham que, se numa fase inicial é útil centrar a intervenção no comportamento e em estratégias de prevenção da recaída, a médio e longo prazo emergem questões psicodinâmicas associadas aos consumos, que deverão ser abordadas (Washton e Zweben 2006: 6-7, 72-90 e 232-240).

psicoterapêutico individual dado ao utente num CAT é uma oportunidade que se dá àquele de realizar uma *síntese pessoal* do seu tratamento, integrando à *sua maneira* as dimensões Biológicas, Psicológicas e Sociais do seu tratamento. Penso que, nesse sentido, o espaço terapêutico individual é precisamente onde o utente pode *integrar o tratamento na sua própria identidade*.

A capacidade de elaborar esta síntese não se compadece com programas curtos de intervenção (que também devem existir para muitos casos), nem com uma visão simplista ou parcial do tratamento em Toxicod dependência – só médica, só social ou só psicológica. Implica a abolição das fronteiras entre grupos profissionais, sem no entanto permitir que cada grupo perda a sua *identidade própria*. E também não se compadece com posições demasiado ortodoxas de psicoterapeutas desta ou daquela Escola – ao contrário do que a formação universitária por vezes faz crer. Com efeito, uma das melhores características da Instituição onde presto serviço (o antigo SPTT e actual IDT) tem sido a possibilidade de trabalhar com colegas de formações diversas: cognitivo-comportamental, cognitivo-narrativa, dinâmica, sistémica, humanista, o que tornou este serviço extremamente rico em termos de abordagens e diversificação de respostas de tratamento. Claro que a ultrapassagem das ortodoxias e a capacidade de colaboração exige a aprendizagem do trabalho em Equipe.

No ambiente mais protegido da Sala de Psicoterapia Individual cabe ao técnico oferecer o seu espaço e a si mesmo como contentor da instabilidade identitária atrás referida, e como referência identificatória de forma a dotar de maior estabilidade e continuidade as representações do *self* do paciente. Penso que existir este espaço na Instituição possibilita o desenvolvimento da capacidade sintética do Eu dos pacientes, potenciando a sua capacidade integradora, o que faz do apoio psicoterapêutico num CAT um instrumento poderoso de estabilização da identidade dos pacientes. Este é um trabalho longo, sobretudo quando sabemos quão difícil é estabelecer uma relação estável com pacientes que sofrem de dependência de substâncias.

A própria questão da dependência vivida com um produto, mas também sentida com enorme pungência na vida relacional destes pacientes remete para uma vivência regressiva e de características primitivas. Nessas vivências podemos observar aspectos desintegrativos da mente identificados por autores psicanalíticos como

Melanie Klein e Bion. Este é objectivo do próximo ponto deste relatório, onde faremos a revisão de alguns conceitos psicanalíticos que tentam descrever o que se passará na mente humana em fases precoces do desenvolvimento.

Os cinco anos de colaboração no CAT de Viseu, acompanhados da supervisão do Dr. António de Mendonça, ensinaram-me a importância destes conceitos e a sua utilidade para compreender e intervir no dia-a-dia daquele Serviço. Anos mais tarde não só a compreensão destes conceitos mas a possibilidade de vivenciar estes fenómenos na relação estabelecida com utentes e colegas do CAT ser-me-ia fundamental para entender o funcionamento da outra instituição que marcou o meu processo profissional, a Comunidade Terapêutica.

3. Integração e Desintegração: de Freud a Klein e a Bion

Voltamos agora à primeira citação de León Grinberg no ponto 1 deste Reflexão Crítica. Os conceitos de projecção e introjecção serão agora revistos num sentido mais teórico, fazendo referência principalmente aos desenvolvimentos posteriores a Freud

Em Freud

Mas recordemos que Sigmund Freud lançou as bases da compreensão dinâmica dos mecanismos mais elementares da mente fazendo o paralelo referido por Grinberg entre a introjecção e a projecção e os mecanismos de absorção e expulsão de formas elementares de vida como a ameba. Na verdade Freud sustentou que, tal como esta forma de vida unicelular assegura a sobrevivência assimilando nutrientes através da emissão de pseudópodes e expulsando as substâncias nocivas, assim também o Eu incipiente se defende, destacando-se do Id e tomando forma através da discriminação entre objectos da realidade (Freud 1923: 38; Grinberg 2000:57-58). A principal e primeira função do Eu é então *perceptiva* e consiste em fazer a primeira discriminação possível: diferenciar entre objecto “bom” e objecto “mau”. “Mau” e “Bom” não podem aqui ser entendidos no sentido moral, mas no sentido de contribuírem ou não para a sobrevivência e adaptação do Eu incipiente à realidade e simultaneamente às

exigências pulsionais do Id. Esta actividade perceptiva então tende a diferenciar os estímulos externos que são “agradáveis e “bons” dos que são “dolorosos” e “ maus”. Esta primeira actividade de um Eu ainda incipiente, em boa parte ainda indiferenciado do Id e com um carácter sobretudo corporal, permite assim uma primeira representação mental da realidade seguindo dois pólos, positivo e negativo. São representações mentais de carácter polarizado, o que nos permite compreender o mecanismo da Clivagem, que mais tarde foi alvo de descrição mais aprofundada por Melanie Klein.

Melanie Klein: Projecção e Introjecção;

da Posição Esquizoparanóide à Posição Depressiva

A psicanalista de origem austríaca Melanie Klein dedicou grande parte da sua obra a investigar os mecanismos mais primitivos da mente, integrando-os no processo de desenvolvimento do Eu. Ao contrário de muitos outros psicanalistas seus contemporâneos e mesmo da actualidade, Klein admitia a existência de um Eu actuando desde início da vida, mesmo tratando-se de um Eu de características primitivas e pouco integradas.

Até ao presente conhecemos pouco sobre a estrutura do primeiro Eu. (...)O ênfase que colocou Winnicott sobre a não integração do primeiro Eu parece-me mais útil. Eu diria também que ao primeiro Eu falta coesão e que uma tendência para a integração alterna com uma tendência para a desintegração, uma tendência para cair em pedaços. Creio que estas flutuações são características dos primeiros meses de vida.

(Klein 1946: 278, sublinhado nosso)

Este Eu primitivo parece então existir desde início, sendo que ele se defende através da actuação do mecanismos de projecção e introjecção, não só como *mecanismos perceptivos*, como propusera Freud, mas também como *mecanismos de defesa contra a ansiedade* sentida pelo bebé praticamente desde o trauma do nascimento (Klein 1946³: 278; Grinberg 2000: 60; Hinshelwood 1992: 300-301).

³ Klein (1946: 278):“Temos, penso eu, algumas razões para sugerir que certas funções que sabemos pertencerem ao Eu mais evoluído já aí se encontram desde o princípio. Uma das mais importantes é a de gerir a angústia”.

No seu artigo de 1952, *Algumas conclusões Teóricas sobre a vida emocional dos bebês*, Melanie Klein descreve como os processo projectivo e introjectivo contribuem para criar uma *relação dupla* com o objecto:

Para além das experiências de gratificação e frustração que provêm de factores externos, toda uma série de processos intrapsíquicos – antes de mais a introjecção e a projecção – contribuem para criar uma relação dupla com o objecto primitivo. O bebé projecta as suas pulsões amorosas e atribui-as ao seio gratificante (“bom”), assim como projecta para o exterior as pulsões destrutivas e as atribui ao seio frustrante (“mau”). Simultaneamente, por introjecção, um seio “bom” e um seio “mau” são construídos no seu interior. Assim, a imagem do objecto, exterior ou interiorizado, sofre no psiquismo do bebé uma distorção, por via dos seus fantasmas que estão ligados à projecção das suas pulsões sobre o objecto.

(Klein 1952: 189, sublinhado nosso)

Na minha experiência, esta distorção que a realidade sofre sob o efeito desses mecanismos primitivos foi muitas vezes sentida na clínica, quer em termos pessoais – quando no decurso de uma relação terapêutica eu parecia cumprir a função de “bom” objecto / “bom” terapeuta e de repente, quando encarnava alguns aspectos mais frustrantes do tratamento – confrontar um paciente com um discurso contraditório, por exemplo – me transformava de repente no terapeuta “mau”, cumprindo a função de objecto persecutório. Outras vezes esta alternância entre os aspectos “bons” e “maus” da instituição CAT no mundo interno de alguns pacientes era projectada em vários membros da Equipe que, na diversidade de funções profissionais existente, se viam também a desempenhar as funções de “bom” e “mau” técnico. Tentava-se desmontar estes mecanismos projectivos/introjectivos nas reuniões de Equipe e de Supervisão.

Assim, tive a oportunidade de compreender melhor o impacto do mecanismo da *Clivagem*, que Klein descrevia no mesmo artigo:

O seio “bom” - externo e interno – torna-se no protótipo de todos os objecto que amam e gratificam, internos ou externos, e o seio “mau” o protótipo de todos os objectos perseguidores, internos e externos. Os diversos factores que intervem no sentimento que o bebé tem de ser gratificado, a satisfação da fome, o prazer de mamar, a ausência de mal-estar e de tensão, ou seja a ausência de privação e a experiência de ser amado; tudo isso é atribuído ao seio “bom”. Reciprocamente, toda a frustração e todo o mal-estar são atribuídos ao seio “mau”(perseguidor).

(Klein 1952: 189-90; cf. tb. Klein 1946:279-80)

A clivagem, como diz Kernberg (1967), é um processo mental através do qual as qualidades dos objectos são mantidas em separado – sendo que segundo este autor, é o mecanismo de defesa mais comum na Organização Borderline de Personalidade, junto com os dois mecanismos com ela estreitamente relacionados, que foram descritos por Melanie Klein no seu artigo seminal *Notas sobre alguns mecanismos esquizóides*, em 1946: a idealização e a negação.

Também nesse trabalho, Klein propõe pela primeira vez o mecanismo da *Identificação Projectiva*, que tanto relevo tem actualmente na compreensão das perturbações de personalidade mais graves. Este mecanismo de defesa refere-se ao efeito da projecção nos processos de *identificação ao objecto* – e consequentemente, na construção da identidade do Eu:

Uma grande proporção do ódio contra partes da própria pessoa é então dirigida contra a mãe. Isso conduz a uma forma particular de identificação que estabelece o protótipo de uma relação de objecto agressiva. Proponho para estes processos o nome de “identificação projectiva”. Quando a projecção depende sobretudo do desejo do bebé de ferir ou controlar a mãe, ele experienciará-a como persecutória.”

(Klein 1946: 282)

Aqui, a autora refere-se já não só ao objecto externo ou interno, mas ao Eu ou *self* em construção e à forma como ele é experienciado neste jogo de projecção e introjecção.

Na verdade a identificação Projectiva tanto pode ser dirigida a partes “más” do *Self* como às partes sentidas como “boas”.

Klein faz notar que nas perturbações psicóticas, esta identificação com de objecto com as partes odiadas da personalidade acaba por acentuar o ódio dirigido contra outras pessoas; por outro lado, esta clivagem e projecção de partes de si mesmo acaba por enfraquecer o Eu; no caso dos adultos, a projecção da agressividade, por exemplo quando sentida como indesejável, pode levar também a objectos importantes da personalidade que lhe estão ligados - como o poder, ou a força, ou o conhecimento, ou outras qualidades desejáveis, mas que podem estar ligadas à agressividade (*ibidem*: 282).

No caso da Identificação Projectiva das partes boas da personalidade, Klein nota também que estas são representativas da capacidade de amar da própria pessoa. Como tal,

A projecção de sentimentos bons e de partes boas do sujeito na mãe é essencial para a criança desenvolver boas relações de objecto e de integrar o seu Eu.

Mas pode dar-se o caso desta actividade projectiva ser excessiva, e nesse caso acaba por empobrecer também o Eu – nesse caso as partes boas acabam por nunca serem assimiladas ao Eu e podem inclusivamente assumir um carácter persecutório. Na verdade, não é raro, em personalidades mais perturbadas atravessando períodos depressivos graves, nos ser transmitida pela pessoa a sensação de que já não tem nada de bom dentro de si, e de que apenas nas outras pessoas encontra algo de bom – um dos processos, aliás, que pode estar subjacente a muitas relações de dependência.

Talvez mesmo por este perigo da identificação projectiva excessiva de partes boas do *Self*, Klein refere-se mais à frente no referido trabalho à importância da relação entre *introjecção* e relação objectal, afirmando que

A introjecção do objecto “bom”, antes de tudo do seio materno, é uma condição prévia do desenvolvimento normal. Já descrevi a forma como ela chega a formar um ponto nodular no Eu, do qual ele sustenta a coesão.

(*ibidem*, p. 283)

A *identificação introjectiva* torna-se assim uma das condições do desenvolvimento mental normal. É de salientar também que estes processo existem na pessoa normal, e não só no bebé ou o adulto perturbado. Na verdade, Melanie Klein chama a atenção para o facto do desenvolvimento normal do Eu e das relações objectais depender de um *equilíbrio óptimo* entre a introjecção e projecção (1946: 289) e não sua ausência. Este equilíbrio é determinante sobretudo nos primeiros estádios do desenvolvimento.

Voltando à questão que nos ocupa e que é da forma como movimento integrativos e desintegrativos se manifestam na mente humana, podemos ver como mesmo num mecanismo primitivo como a Identificação Projectiva há um aspecto que tende já à coesão e à integração, se bem que a um nível “microscópico” – a identificação projectiva serve, apesar de tudo para proteger o Eu incipiente das partes sentidas como ameaçadoras, expelindo-as, e permite, também reconhecer nos objectos externos partes

sentidas como “boas”. Este processo abre também caminho ao estabelecimento do vínculo materno numa fase posterior do desenvolvimento da criança. Note-se também que não é a identificação projectiva nem a projecção ou introjecção que, que, só por si vão determinar se no futuro a criança evoluirá para um estado esquizóide ou psicótico. Tudo depende do tal *Equilíbrio óptimo*.

Em todo o caso, vemos também que, nesta fase do desenvolvimento – estamos a falar dos primeiros meses de vida – a instabilidade predomina face ao excesso de mecanismos projectivos, como de resto a instabilidade predominará no adulto perturbado, e em particular no adulto de organização borderline de personalidade. Mas nos primeiros meses de vida não existe ainda um Eu integrado totalmente, nem um objecto total, uma vez que o mecanismo da clivagem impossibilita o acesso à totalidade do objecto, como do *Self*.

Esse passo no sentido da integração será dado com o acesso ao Melanie Klein chamou a *Posição Depressiva* – sendo que tudo o que temos vindo a descrever até aqui se refere à fase anterior, a *Posição Esquizoparanóide*.

A Posição Depressiva é o próximo estágio no modelo de desenvolvimento proposto por Klein e representa um grande salto no crescimento mental, uma vez que é um momento *integrativo*. Klein situa no terceiro trimestre de vida do bebé esta transição para a Posição Depressiva que se exprime num enriquecimento e complexificação das relações entre o Eu e os objectos (1946: 289): surge dentro da vida mental, pelo predomínio da introjecção, o sentimento ou a ideia de objecto completo, total; os aspectos odiados e amados da mãe já não são sentidos de forma tão clivada e abrem o campo para temores de perda da mãe, para o sentimento de culpabilidade e de estados similares ao luto. Surge então o desejo de *reparação* do objecto que é sentido como tendo sido danificado pelos movimentos agressivos típicos da fase anterior.

Robert Hinshelwood (1991: 153) considerou este o grande salto teórico na obra de Melanie Klein que, com a introdução deste conceito em 1935 conseguiu integrar todos os aspectos importantes que vinham investigando até aí. É curioso este autor sublinhar este aspecto *integrativo* que ele assumiu na História do pensamento kleiniano porque na verdade o próprio conceito de Posição Depressiva poderia ser “traduzido” como “Posição Integrativa”. O desenvolvimento deste conceito, que se tornou central na

Psicanálise contemporânea, foi ele próprio resultante de um movimento integrativo experimentado por Melanie Klein nas suas teorias e no seu percurso pessoal como psicanalista. Salientamos aqui um dos aspectos da Posição Depressiva que interessam a esta Reflexão: este salto no funcionamento mental representa uma mudança de ênfase dos mecanismos projectivos para os mecanismos introjectivos (Hinshelwood 1991: 154). Se na fase anterior predominavam a clivagem, a projecção e a identificação projectiva ao nível de Eu primário, agora assiste-se a um relaxamento desses mecanismos e a uma maior introjecção de aspectos bons da realidade do objecto para o mundo interno do sujeito. Assim, o mundo interno do sujeito, se na fase anterior se encontrara clivado, com os aspectos “bons” mantidos separados dos aspectos “maus” – tanto em si mesmo como nos objectos – graças a permanente utilização da clivagem e projecção, agora o Eu sofre um processo de integração dos seus aspectos negativos e positivos, graças ao novo predomínio dos processos introjectivos. Há então um reequilíbrio entre projecção e introjecção (Hinshelwood 1991: 158) que em última análise permitirá ao sujeito um alargamento da percepção interna (*insight*) com o reconhecimento e integração dos aspectos negativos de si próprio. Paralelamente, cresce o reconhecimento das qualidades melhores do mundo externo.

Ora o que se trata aqui é da integração e coesão do Eu, um novo equilíbrio, estabilidade e coesão nas representações de si mesmo e dos outros, numa perspectiva mais realista. Estamos então a falar de um passo em frente na *estabilização da identidade*.

É importante lembrar que este processo de Posição Depressiva não ocorre apenas uma vez, antes se torna um modo de funcionamento mental e de relação objectal que permanece activo, com maiores ou menores flutuações, ao longo do desenvolvimento do indivíduo. Nas palavras de Hinshelwood (1991: 158) “atingir a Posição Depressiva é um passo evolutivo, um passo incerto e um passo que constitui uma tarefa de vida inteira”.

*Bion: a oscilação Posição Esquizoparanóide – Posição Depressiva;
o Facto Seleccionado*

Wilfred Bion, psicanalista da Escola Kleiniana de Psicanálise veio, mais tarde, dar nova dimensão a este processo de transição entre Posição Esquizoparanóide e

Posição Depressiva. No seu rico e complexo modelo de funcionamento mental, Bion redefiniu esta passagem e uma posição a outra, considerando-a um dos Elementos fundamentais da Psicanálise, isto é tomando-a como uma característica permanente do funcionamento mental. De acordo com Bion, a oscilação entre Posição Esquizoparanóide e Posição Depressiva (a que ele se referiu com a notação “Ps←→D”) continua depois dos estados iniciais do Desenvolvimento, mantendo-se as duas posições em continua interacção ao longo da vida do indivíduo. Esta oscilação pode ser descrita como um movimento pendular entre os aspectos integrativos e desintegrativos da vida mental e emocional (Grinberg et al. 1991: 62-63). Esta oscilação entre dispersão e integração e entre mecanismos desintegradores e integradores também configura outro fenómeno representado por Ps←→D : a emergência do *Facto Seleccionado*:

As descobertas de Melanie Klein da Posição Esquizoparanóide e Depressiva exigiram uma teoria, segundo a qual, em certas situações elementos aparentemente não relacionados, associados a pensamentos de perseguição, se reúnem num todo integrado associado a sentimentos depressivos. Utilizarei esta teoria junto com o termo “Facto Seleccionado”, pedido de empréstimo a H. Poincaré. (...) Represento este mecanismo pelo signo Ps←→D.

(Bion 1963: 34)

Ps pode ser visto como uma nuvem de partículas capazes de se reunirem, D, e D como um objecto capaz de se tornar fragmentado e disperso, Ps. Ps, as partículas, pode ser visto como uma nuvem de incerteza. Estas partículas elementares podem ser vistas como um processo de convergência para uma partícula elementar, objecto, ou elemento $\square \beta$, um processo que é uma instância particular do movimento geral representado por $\rightarrow D$.

(*ibidem*, 48)

Um Facto Seleccionado pode então ser visto como uma convergência de elementos, até então sentidos como dispersos, num todo significativo. Como exprimem Grinberg e colaboradores (1991: 63), “um facto seleccionado é uma emoção ou uma ideia que dá coerência ao disperso e introduz uma ordem na desordem, é o nome de uma experiência emocional, de um sentimento de descoberta de coerência”, que acompanha o processo de integração.

Voltando à experiência na Universidade referida no ponto 1 desta Reflexão, podemos considerar que aqueles três momentos organizadores como Factos Seleccionados, que me ocorreram ao iniciar a escrita deste relatório em que nos é pedida “uma reflexão crítica”. Aproximo aqui o conceito de Bion ao de Organizador

Psíquico pelo seu carácter integrador e organizador de elementos até então dispersos. Este é não só um evento racional, mas também emocional, em que mecanismos predominantemente separadores (clivados) e projectivos cedem o lugar a mecanismos predominantemente introjectivos e integradores dos objectos - o que gera não só a experiência emocional descrita por Klein no sentido depressivo, mas também uma maior tranquilidade proveniente da valorização e introjecção dos aspectos “bons” percebidos no objecto.

Pode aqui surgir a pergunta: mas afinal qual a importância destes conceitos na Toxicodependência? À medida que fui aprendendo e (lentamente) interiorizando estes conceitos, nos anos em que trabalhava no CAT de Viseu e depois na Comunidade Terapêutica Arco-Íris, fui-me também socorrendo deles para compreender o potencial dispersivo da mente assolada pelo consumo e a dependência total e substâncias poderosas como a heroína ou a cocaína ou mesmo o álcool. Todos estes fenómenos da mente primitiva emergiam na mente dos nossos pacientes recém-chegados a um estado de relativa abstinência de substâncias psicoactivas, em que a fragilidade do corpo predominava no pensamento de forma assustadora, e até o mais insignificante aspecto frustrante da realidade assumia, na mente do paciente, proporções assustadoras, aparentemente inultrapassáveis e muitas vezes até francamente persecutórias. Nesses momentos iniciais do tratamento de uma dependência reconheci, na relação estabelecida com os utentes a emergência, em maior ou menor grau, de todos os aspectos descritos por Klein, desde o discurso projectivo às idealizações maciças das Equipes Terapêuticas, passando pelas expressões, mais ou menos claras, de Eus clivados ou mesmo fragmentados pela angústia.

Nestas fases *desintegrativas* dos inícios dos tratamentos, que muitas vezes se repetiam após mais uma recaída e mais uma desabilitação, a tal função integradora do psicólogo ganhava relevância (e era, mais uma vez, posta à prova...) – quando não havia mais nada a fazer do ponto de vista médico ou de enfermagem, e nada se podia ainda fazer do ponto de vista social – sendo que a única coisa que restava de relevante era tentar ser um continente integrador para todos esses conteúdos mentais desagregados, contraditórios e dispersos.

Daí esta digressão por algumas das ideias de Sigmund Freud, Melanie Klein e Wilfred Bion, apenas três⁴ dos autores que foram um apoio neste processo, mas que deram alguns novos significados à palavra *integração*:

- um significado novo para compreender a mente humana;
- um significado novo para compreender a mente humana que depende de substâncias;
- e um significado novo para a mente humana que apoia a mente humana que depende de substâncias.

Muito haveria ainda por dizer ainda sobre a necessidade de integração mental dos terapeutas e as estratégias que, num trabalho de equipe, puderam potenciar essa integração.

Mas alguns aspectos desse assunto serão abordados no próximo ponto desta Reflexão, a propósito da Comunidade Terapêutica Arco-Íris.

4. Da (Des)Integração numa Comunidade Terapêutica para Toxicodependentes.

Uma Comunidade Terapêutica é um ambiente livre de drogas no qual pessoas com problemas de adição (e outros) vivem juntos de maneira organizada e estruturada no sentido de promoverem a mudança e tornarem possível uma vida livre de drogas na sociedade exterior à Comunidade. A Comunidade Terapêutica forma uma sociedade em miniatura na qual os residentes, e a equipe técnica num papel facilitador, desempenham papéis distintos e aderem a regras claras, planeados no sentido de promover o processo transitório dos residentes. Auto-ajuda e ajuda mútua são os pilares do processo terapêutico no qual o residente é o protagonista e principal responsável por conseguir crescimento pessoal, construir uma vida dotada de sentido e de responsabilidade, e velar pelo bem-estar da Comunidade. O Programa é voluntário na medida em que o residente não será retido no programa à força ou contra a sua vontade.

Ottenberg, Broekaert e Van Hove (1993),
cits. em Broekaert 2001: 29

⁴ Ficam por referir alguns autores que também se tornaram referência ao longo destes anos de prática inicial no CAT, é o caso de Herbert Rosenfeld e Donald Meltzer, “descobertas” feitas na Supervisão com o Dr. António Mendonça e que permitiram compreender melhor a parte destrutiva e oculta da mente toxicodependente, agindo sob a égide da pulsão de morte; numa perspectiva mais positiva, fica também por relatar a experiência da prática da Terapia Familiar, facilitada pela colega e “organizadora” amiga Cília Baptista, que também me deu a conhecer mais profundamente a maneira sistémica de ler e pensar os fenómenos da comunicação dentro do sistema familiar; e outros autores que mesmo indirectamente, acabavam por influenciar a nossa prática, como Erik Erikson, Winnicott e Carl Rogers.

Esta foi uma definição de Comunidade Terapêutica proposta e aceite na reunião geral da Federação Europeia de Comunidades Terapêuticas (EFTC) ocorrida na Bélgica em 1991. Segundo Eric Broekaert (2001: 29), psicólogo e investigador que há muito se dedica ao estudo do tratamento residencial e vice-presidente honorário da EFTC, nessa reunião afirmaram-se alguns princípios fundamentais que apesar da diversidade natural deste tipo de instituições, devem sempre ser respeitados numa Comunidade Terapêutica: o tratamento deve orientar-se para a *integração na Sociedade*; tem de oferecer aos seus residentes *uma estadia suficientemente longa*; tanto os *residentes como a Equipe Técnica devem estar receptivos a desafios e a questões*; os *ex-residentes* podem ter importância significativa como *modelos*; a Equipe Técnica deve respeitar *um código de ética*; e as CTs devem *repensar periodicamente a sua “razão de ser”*.

Foi este contexto muito particular de tratamento, em que uma instituição de saúde mental de repente assume a forma de uma *Casa de Família*, que vim encontrar quando, em 2003 iniciei a minha colaboração na Comunidade Terapêutica Arco-Íris, de Coimbra. Tem sido, até à data, uma experiência inigualável e uma fonte aparentemente inesgotável de aprendizagem...

A Evolução das Comunidades Terapêuticas

As actuais CTs para toxicodependentes são o produto de décadas de experiências comunitárias no tratamento das dependências e no tratamento de perturbações do foro psiquiátrico.

As CTs para dependentes de substâncias surgiram a partir de meados do séc. XX, sobretudo nos Estados Unidos e originando-se em grupos de auto-ajuda inspirados no método dos Alcoólicos Anónimos, e sublinhando o aspecto *confrontativo* da terapia, e a participação exclusiva de utilizadores de drogas na recuperação, como foi o caso do modelo Synanon, criado por Charles Dederich (Calado 2005: 39); com o passar do tempo, este tipo de Comunidade Terapêutica evoluiu no sentido da integração de técnicas e conceitos vindos da Medicina, Psiquiatria e Psicologia (De Leon 2000: 20-28).

Por seu lado, o movimento das Comunidade Terapêutica na Europa teve as suas raízes não em grupos de auto-ajuda mas em experiências inovadoras no campo da psiquiatria social levadas a cabo em hospitais ingleses por psiquiatras de formação

psicanalítica como Bion e Rickman, Foulkes e Main – no *Northfield Hospital* – ou como Maxwell Jones em *Mill Hill* e posteriormente no *Belmont Hospital* (Whiteley 2004: 237-239). O carácter inovador destas experiências consistiu na importância dada à participação dos pacientes no seu próprio tratamento e na vida da Instituição (*democracia*) bem como na criação de uma relação mais informal entre técnicos e pacientes, num ambiente de comunicação livre e de maior tolerância face a comportamentos habitualmente considerados desviantes e desadequados. Uma ideia central deste tipo de intervenção era a de que todos os relacionamentos estabelecidos pelo paciente no hospital eram potencialmente terapêuticos, pelo que o princípio fundamental destas CTs era o de que todos os recursos humanos presentes na instituição (pacientes, técnicos, familiares) se deviam converter em factores de facilitação do tratamento (Calado 2005: 38; De Leon 2000: 15; Kennard 2004: 296).

Actualmente, este tipo de Comunidade Terapêutica é denominada, nos países anglo-saxónicos, de *Democrática - Democratic Therapeutic Community*, por oposição à *Concept-based Therapeutic Community – Comunidade Terapêutica de Base Conceptual*, mais hierarquizada e cujo programa terapêutico, habitualmente estabelecido por fases, se baseia num determinado *conceito*, mais ou menos restrito, da problemática a tratar e do método de intervenção; por exemplo: o conceito de *12 passos*, oriundo dos grupos da Irmandade dos Narcóticos Anónimos, e actualmente muito utilizado em CTs para toxicodependentes. No contexto europeu as Comunidades Terapêuticas *Democráticas* dedicam-se à intervenção em todo o tipo de problemas de saúde mental, desde a dependência de substâncias até à delinquência, sem excluir o tratamento de perturbações da personalidade e de perturbações psicóticas. Ao longo do tempo, também estas CTs têm evoluído nos seus programas e formas de intervir, tendo, no caso específico do tratamento da toxicodependência, sofrido adaptações – sobretudo no sentido de uma maior *hierarquização* do grupo de residentes e técnicos, e de uma participação mais condicionada dos elementos em tratamento em determinadas decisões e aspectos da vida da casa. A título de exemplo: na CTAI, instituição que assume os princípios da comunidade terapêutica de Maxwell Jones, a decisão de expulsar um residente cabe, em última análise, à equipe técnica; no mesmo sentido,

todas as decisões respeitantes aos gastos com a alimentação, embora sejam da responsabilidade dos utentes mais velhos, são supervisionadas por um dos técnicos.

O modelo de intervenção na Comunidade Terapêutica Arco-Íris

Desde a sua origem, em 1978, que a CTAI se filiou no conceito de *Comunidade Terapêutica Democrática*, inspirada nos princípios de Maxwell Jones (Jones 1968; Pereira da Rocha *et al.* 1979: 224-230). Mas desde o início que se tiveram em conta as particularidades da vida mental dos consumidores de drogas, que implicam um programa mais estruturado, organizado em fases de tratamento, através das quais se progride de acordo com a adesão do paciente a um programa rigoroso de modificação do comportamento (interiorização das normas e regras da casa) e aos valores de uma vida livre de consumo de drogas. Neste aspecto, a CTAI filia-se também na tradição americana das CTs para dependentes de substâncias, integrando no seu programa de tratamento princípios das Comunidades *Daytop* (Pereira da Rocha *et al.* 1979: 224-230).

Um terceiro princípio que norteou os fundadores da CTAI foi o de compreender o fenómeno da toxicodependência na sua dimensão *desenvolvimental*, encarando o tempo de estadia na Comunidade Terapêutica à luz do conceito de *moratória psicossocial* (de Erik Erikson): é dado um tempo de tratamento ao residente, suficientemente longo para que este possa reconhecer e reconstituir as fases do seu desenvolvimento psicossocial que se encontravam incompletas ou truncadas; isto porque a maioria das situações de dependência de drogas se relaciona com uma *fase da adolescência* em que o processo de separação/individuação e de formação da identidade se viu de alguma forma comprometido.

Ao longo do tempo, outros conceitos teóricos provenientes da psicanálise foram sendo integrados na prática psicoterapêutica da CTAI. Um conceito particularmente importante para a compreensão dos fenómenos, quer individuais quer de grupo, que se observam no dia-a-dia da casa é o de *Difusão Identitária*, a que já nos referimos atrás e que aqui apresentamos tal como Kernberg (Kernberg *et al.* 1989: 5) o formula: “a falta de integração do conceito do *self* ou de outras pessoas significativas”. Mais à frente veremos a relevância deste conceito para o trabalho psicoterapêutico numa Comunidade Terapêutica para Toxicodependentes.

O Grupo – da Aprendizagem Social ao Aprender com a Experiência de Bion

Sendo os pilares de uma Comunidade Terapêutica a auto-ajuda e a ajuda mútua, o Grupo surge como o principal instrumento e factor terapêutico. Importa determo-nos sobre essa questão, até porque a descoberta do potencial terapêutico dos Grupos tem sido uma constante desde o início da colaboração na CTAI. Começamos por trazer aqui de novo as palavras de Eric Broekaert, que neste excerto toma o Grupo como instrumento de aprendizagem, enquadrando esse processo de aprendizagem tanto na Teoria da Aprendizagem Social (de Bandura), como na Pedagogia Terapêutica (de Winnicot):

O Grupo é essencialmente um instrumento de Aprendizagem, como foi definido por Maxwell Jones, e constitui um espaço transicional de experiência, como foi entendido por Winnicot e Harold Bridger. Neste sentido, a Comunidade Terapêutica em si mesma pode ser considerada como a quinta-essência do tratamento, um vez que contém em si a pressão positiva dos pares ea aprendizagem social através da interacção, o equilíbrio entre hierarquia e a expressão das emoções, a crescente capacidade de cada um se responsabilizar pelo seu comportamento, o crescimento da auto-estima, a interiorização de um novo sistema de valores e uma nova perspectiva da família – tudo culminando numa (re)integração na sociedade. O Tratamento em Comunidade Terapêutica pode ser considerado como uma forma intensificada de reconstruir um sistema de valores, um que usa os velhos princípios da educação terapêutica e da aprendizagem social e os adapta às necessidades de uma população consumidora de drogas.

Eric Broekart (2001: 37)

Neste excerto⁵ exprime-se pois o imenso potencial de aprendizagem experiencial trazido pela vivência em grupo, fazendo-se referência à Aprendizagem social, na linha de Albert Bandura e com efeito uma Comunidade Terapêutica é um espaço de aprendizagem por modelamento, por excelência. Este é aliás um dos princípios da hierarquização numa Comunidade Terapêutica: a existência da Fases de tratamento pressupõe uma progressão através delas que é também um percurso de aprendizagem de novos comportamentos através da observação de modelos – sendo

⁵ Penso que também se pode apreciar neste parágrafo de Broekaert aquela que, ao longo dos anos me parece ser uma característica de muitos dos técnicos trabalhando na área das Toxicodependências, quer em ambulatório quer em contextos residenciais, e que tenho vindo a ter a sorte de conhecer: a capacidade de elaborar sínteses integradoras de vários modelos de análise, psicológicos, psicopatológicos ou sociológicos, no sentido de um melhor entendimento e intervenção num fenómeno tão complexo como a toxicodependência. Pessoalmente, o desenvolvimento da capacidade de integração das várias teorias e da prática, tem sido uma dos mais interessantes desafios do trabalho em Comunidade Terapêutica.

que para Bandura a aprendizagem se processava pela observação, directa ou indirecta, de modelos de comportamento. Outro aspecto importante da Teoria da Aprendizagem Social é o carácter experiencial do processo de aprendizagem, que é também um princípio implícito numa Comunidade Terapêutica e que está presente na velha máxima: “Age como se”. O “agir como se...” nada se refere às *As-If Personalities* (Personalidades *como-se*) de que se fala a propósito do funcionamento Borderline. “Agir como se” é algo que é transmitido entre membros de uma comunidade terapêutica na área das adições (De Leon 2000: 88-89): “age como se estivesses tratado, mesmo que não te sintas diferente” ou “faz as coisas bem, para perceberes o que andavas a fazer mal”, o que está em consonância com conclusões da Teoria da Aprendizagem Social acerca da importância da acção e do treinamento no processo de aprendizagem. Na CTAI salienta-se, por isso mesmo, o papel dos residentes mais velhos como modelos, e também dos ex-residentes que, tendo saído com Alta Clínica, continuam a frequentar a Comunidade e espaços informais e formais de partilha das experiências de reinserção na vida activa.

Mas como o próprio Broekaert faz notar com a referência ao termo de “espaço transicional” de Winnicott (1971: 14), a experiência da aprendizagem tem outras dimensões, nomeadamente a dimensão emocional das relações com os bons objectos internalizados e, no contexto próprio de uma Comunidade Terapêutica, a relação emocional que se estabelece entre o Residente e o Grupo, entre o Residente e a Equipe Técnica, em suma entre o Residente e a própria Casa – sentida como espaço transicional potenciador de um diferente reencontro com a realidade e potenciador do crescimento mental.

Queria deter-me um pouco nesta relação entre indivíduo e grupo, tentando compreender algo mais sobre esse fenómeno emocionais que acompanham o ciclo de observação – retenção e reprodução de novos comportamentos que ocorre sob a égide do condicionamento operante e que a Teoria Aprendizagem Social e a Psicologia da Aprendizagem nos elucidaram. Sem de todo negar a importância dos processos cognitivos descobertos por estas Escolas tentaremos descrever em maior detalhe os processos emocionais, em boa parte inconscientes, que acompanham a construção de

uma relação entre indivíduo e grupo. Para isso, voltaremos à teoria psicanalítica e socorrer-nos-emos de algumas ideias de Wilfred Bion sobre os Grupos.

Reproduzimos a seguir uma parte da Obra “Experiências em Grupos” ensaio em que Bion expôs as suas conclusões sobre o funcionamento mental dos Grupo na sequência das experiências terapêuticas levadas a cabo no Hospital Militar de Northfield em 1942 e, mais tarde, na Clínica Tavistock (Bléandonu 1990: 70). No texto que se segue, Bion discute o “ódio ao aprender com a experiência” e como esse sentimento surge num Grupo Terapêutico:

Em todo o grupo, será comum em alguma altura encontrar pacientes queixando-se de que o tempo do tratamento é longo; de que se esquecem sempre do que aconteceu no grupo anterior; de que parece não terem aprendido nada; e de que não conseguem ver, não só aquilo que as interpretações têm a ver com o seu caso, mas também a importância que possam ter as experiências emocionais para as quais tento chamar-lhes a atenção. Também demonstram, como na psicanálise, não acreditar muito na sua capacidade em aprender com a experiência – “O que nós aprendemos com a História é que nada se aprende com a História”.

Tudo isto então, e mais coisas deste género, na verdade se reduzem ao ódio a um processo de desenvolvimento. Até a queixa sobre o tempo, que parece bastante razoável, é apenas uma queixa acerca de um componente essencial do processo de desenvolvimento. Existe ódio a ter de simplesmente aprender com a experiência, e falta de fé no valor de tal espécie de aprendizagem.

(Bion 1961: 88-89)

Aqui Bion foca-se num fenómeno emocional que se manifesta como uma resistência ao trabalho de um grupo terapêutico – que é precisamente, aprender algo com a experiência de vida de cada um dos seus membros. Na opinião de Bion esta resistência a aprender com a experiência tem como pano de fundo a idealização de uma fantasia inversa: a de aprender de forma “mágica”, “automática” ou onipotente:

Um pouco de experiência com grupos mostrará em breve que esta não é simplesmente uma atitude negativa; o processo de desenvolvimento esta realmente a ser comparado com um outro estado, cuja natureza não é imediatamente aparente. A crença nesse outro estado aparece muitas vezes na vida de todos os dias, talvez com mais clareza no jovem aluno que acredita num herói que nunca faz os trabalhos e no entanto está sempre entre os primeiros da turma – de facto o oposto do ‘marrão’.

No grupo, torna-se muito claro que esta alternativa há muito ansiada aos procedimentos do grupo é, na verdade, algo como chegar completamente equipado ao estado adulto, preparado pelo instinto para saber, sem treino ou desenvolvimento, exactamente como viver, como mover-se e como existir dentro de um grupo.

(*ibidem*: 89)

E depois Bion conclui, talvez com a sua formulação mais famosa dos três tipos de fenómenos emocionais presentes nos grupos e que concorrem para essa fantasia idealizada do indivíduo perfeito que se perfeitamente se funde no grupo perfeito:

Só existe um tipo de grupo e um tipo de homem que se aproxima deste sonho, e esse é o grupo básico – o grupo dominado por um dos três pressupostos básicos de dependência, acasalamento, ou luta-fuga – e o homem que é capaz de afundar a sua identidade no rebanho.
(*ibidem*)

Que grupo básico é este e que pressupostos básicos são estes? Por grupo básico, ou grupo de pressupostos básicos (*basic assumption group*), Bion entende aquela parte da actividade mental de um grupo, terapêutico ou não, que resiste aos objectivos para que forma o grupo. No caso dos grupos terapêuticos, é como se houvesse uma resistência a encarar os problemas psicológicos dos seus membros e promover desse modo o crescimento mental (Bléandonu 1990: 76). Ao grupo-de-pressuposto-básico opõe-se outra forma de funcionamento mental do grupo, a que Bion chama o grupo-de-trabalho (*workgroup*) – uma parte da vida mental de grupo que se mantém em contacto com a realidade, que se rege pelas regras do pensamento lógico, respeitando a verdade e reconhecendo a necessidade de evoluir na dimensão temporal, não imediata ou mágica, da Aprendizagem. Existe num grupo, e em particular num grupo terapêutico, uma tensão dinâmica entre estes dois modos de funcionamento mental. O Grupo de Trabalho é dotado de características análogas às que Freud atribuía ao Ego e está virado para os aspectos conscientes de uma tarefa combinada e planeada entre os elementos de grupo (Zimmermann 2004:109).

Já o Grupo de Pressuposto Básico funciona nos moldes do processo primário do pensamento e obedece antes de mais ao modo de funcionamento do inconsciente dinâmico: é intemporal, ignora a lógica causal, resiste a todo o processo de desenvolvimento (aprendizagem) e conserva “as mesmas características que as reacções defensivas mobilizadas pelo Ego primitivo contra as ansiedades psicóticas” (Zimmermann 2004: 109); ou seja utiliza os mecanismos que descrevemos a propósito de Melanie Klein. Esses mecanismos, na vida mental do grupo, podem manifestar-se seguindo três modalidades identificadas por Bion – os pressupostos básicos de dependência de Luta-Fuga e de Acasalamento. Os pressupostos básicos são

combinações de vários sentimentos (medo, ódio, amor, angústia, etc.) e mecanismos de defesa configurados de uma determinada maneira. Um pressuposto básico desenvolver-se-á de forma espontânea, automática e inconsciente, sempre em sentido contrário ao Grupo de Trabalho e, pela sua natureza, arrastando os elementos do grupo no sentido da conformidade aos seus mecanismos regressivos.

Os Pressupostos Básicos na Vida Mental do Grupo

A Primeira modalidade é o Pressuposto Básico de Dependência. Nesta configuração mental predominam no grupo os sentimentos de dependência em relação ao líder do grupo, que é eleito (inconscientemente) de entre os membros do grupo no sentido de prover às necessidades de protecção, segurança e também às necessidades materiais de sobrevivência dos membros do grupo. Quando predomina no grupo o funcionamento de acordo com o Pressuposto Básico de Dependência, surge normalmente um líder de características carismáticas sobre o qual se projectam essas fantasias providenciais e os vínculos tendem a adquirir uma natureza parasitária ou simbiótica (Zimmermann 2004: 109).

Outra configuração que os fenómenos mentais no grupo podem assumir é o Pressuposto Básico de Luta-Fuga. Nesta situação, o inconsciente do grupo está dominado sobretudo por angústias de carácter persecutório – e as defesas primitivas concomitantes de clivagem, projecção, negação e idealização como já vimos – e os membros do grupo tendem a rejeitar e negar qualquer forma de sofrimento ou dificuldade psicológica. Assiste-se a fenómenos como os ataques contra ou fuga de um inimigo interno ou externo, a quem são atribuídos todos os males (por identificação projectiva) e contra quem se mobilizam as energias do Grupo (Zimmermann, 2004: 110). O fenómeno de bode expiatório, por exemplo, cabe neste tipo de funcionamento.

Uma terceira modalidade descrita por Bion é o Pressuposto Básico de Acasalamento. Aqui as preocupações do grupo andam em redor das relações afectivas entre dois dos seus membros. Surge a expectativa ou fantasia de que algo de *redentor* ou *reparador* irá surgir dessa relevação especial entre dois membros do grupo – como se o grupo esperasse que o casal objecto destas projecções gerasse um filho ou uma ideia de características messiânicas. A ideia messiânica normalmente assume uma forma de

negação das dificuldades presentes através de projecção, para o futuro, da esperança de uma resolução “mágica” de todos os problemas, esperança essa depositada numa pessoa, numa ideia ou num acontecimento (Zimmerman, *ibidem*). As defesas desta constelação são sobretudo de carácter maníaco.

Relembramos que estes três pressupostos básicos, operando ora um, ora outro no grupo, se mantêm inconscientes e exercem pressão sobre cada um dos elementos no sentido de se conformarem aos seu tipo de funcionamento – dando a cada indivíduo que se conforma o tal sentimento regressivo de mergulho e fusão no grupo a que Bion se referia e simultaneamente negando as dificuldades próprias de uma aprendizagem realista. O Grupo de Pressuposto Básico joga sempre contra o Grupo de Trabalho, tentando escapar ao processo de pensamento lógico, à constatação realista dos limites da pessoa humana e à necessidade de evoluir, por vezes lentamente, no tempo, aprendendo com a experiência.

Pressupostos Básicos numa Comunidade Terapêutica

Esta tensão entre funcionamento em Grupo de Trabalho e funcionamento em Grupo de Pressuposto Básico é particularmente esclarecedora de algumas das dificuldades encontradas no dia-a-dia da Comunidade Terapêutica. Tomaremos um exemplo para cada um dos Pressupostos Básicos.

Não é raro acontecer na CTAI, sobretudo nas fases iniciais do Programa que alguns dos residentes recém-chegados, depois de algum período de alguns dias de integração, comecem a desenvolver um discurso idealizado acerca de um membro da Comunidade Terapêutica – um residente mais velho que apadrinha, ou um técnico, ou o psicoterapeuta que o acompanha em psicoterapia individual. Quando começam as partilhas em grupo e emergem conteúdo dolorosos ou angustiantes, ou simples dificuldades na adaptação à tarefas da casa, os próprios membros do grupo fazem eco de algumas dessas idealizações das relações de apoio: “fala com os mais velhos, eles é que te podem ajudar” ou “podes resolver isso é com o teu terapeuta”. O que está implícito nestas afirmações é que: 1) existe uma pessoa com carácter providencial que dá ao membro recém-chegado e fragilizado o amparo e alívio que ele necessita; 2) o grupo, enquanto tal, não é suficiente para prover às necessidades de um membro mais

frágil. Penso que o conceito de Pressuposto Básico de Dependência é útil, numa situação como esta, para entender até que ponto o grupo se está a movimentar, enquanto Grupo de Trabalho terapêutico, para prestar apoio a esse membro ou se, pelo contrário está a desvalorizar subtilmente a sua função terapêutica e de suporte realista, projectando-a e idealizando-a num dos seus membros mantendo assim inalterada a relação de dependência.

Um funcionamento mais próximo do Pressuposto Básico de Luta-Fuga surge, por exemplo, quando um dos membros do Grupo assume o papel de “Bode Expiatório” – por exemplo quando infringe, deliberada e reiteradamente, determinadas regras ou provoca conflitos repetidos até provocar sentimentos de ira e rejeição nos outros membros do grupo e da Equipe. Se o problema é identificado e falado em grupos terapêuticos e se atenua, há razão para pensar que se trata de uma chamada de atenção de um utente para um sofrimento que não consegue nomear. Mas quando a situação se arrasta e repete apesar das medidas terapêuticas tomadas, como já tive oportunidade de testemunhar, cabe perguntar até que ponto é o grupo que “pede a existência” de um bode expiatório: alguém que sirva de repositório dos “maus” objectos e das partes “más” do self dos outros membros a as introjecte, assumindo assim a identidade do doente neste jogos de identificações projectivas (um pouco como o paciente identificado dentro do sistema familiar). Da experiência tida na CTAI, existem situações que, quando não devidamente trabalhadas no Grupo pela Equipe Técnica, acabam por redundar em saídas prematuras do programa, ficando o Grupo e os próprios técnicos com a sensação de que o mal-estar fora “expulso” da Comunidade. Geralmente, a realidade acaba por desmentir este sentimento de alívio sentido após uma expulsão: os conflitos, quebras de regras, ocultações e mal-estar continuam. É importante que a Equipa Técnica compreenda a leve o Grupo a compreender, antes de uma expulsão de alguém que está doente, até que ponto os elementos não estão apenas a tentar expulsar uma parte deles próprios e até que pontos não estão a ser necessárias medidas integradoras, e não projectivas. Afinal de contas, o que seria uma Comunidade Terapêutica que não aceitasse nela pessoas doentes? Talvez fosse precisamente um Grupo de Pressuposto Básico... mas não um Grupo de Trabalho.

Também o conceito de Pressuposto Básico de Acasalamento nos é muito útil. Não é raro em Comunidades terapêuticas ocorrerem episódios de envolvimento, inclusive a nível sexual, entre residentes. Na CTAI tanto o Grupo como a Equipe Técnica estão particularmente atentos às situações em que dois elementos se apaixonam, pelo imensa instabilidade que isso costuma criar no grupo – o que não é de estranhar nem de condenar em pessoas emocionalmente fragilizadas que, após anos de consumos de substâncias psicoactivas se confrontam pela, primeira vez em lucidez, com a emergência dos afectos. A questão é que o que subjaz muitas vezes à emergência de uma relação amorosa dentro de uma Comunidade Terapêutica é muitas vezes uma fantasia messiânica de “cura”: “vamos lá para fora juntos, e do nosso amor nascerá uma nova vida em que tudo – trabalho, habitação, subsistência, abstinência – tudo se resolverá magicamente”. Geralmente o que ocorre são recaídas no consumo após algum tempo, o que faz pensar em como toda esta questão dos envolvimento em Comunidades Terapêuticas serve muitas vezes também para iludir a realidade da dependência de drogas, dos limites e fragilidades de cada membro do casal, e da intolerância à frustração das pulsões libidinais e à necessidade de aprender a adiar a sua gratificação no tempo. A nível do grupo é interessante notar até que ponto, quando surge uma relação privilegiada, isso também não é congruente com as idealizações e desejos messiânicos do restante grupo: é muito frequente as situações de envolvimento serem ocultadas pelos outros membros do grupo durante muito tempo.

Toda esta questão do Pressupostos Básicos de Bion assume relevância porque também ela se relaciona com o problema da Integração. O funcionamento mental em Pressuposto Básico, quando predomina, impede o Grupo de Trabalho. Começa então a surgir o sentimento de desânimo e frustração em relação à tarefa que ali reúne o grupo. São muito frequentes estas sensações no dia-a-dia da CTAI e Bion permite compreender esses momentos como a reactivação de partes primitivas ou, se preferirmos, infantis da mente, que levam as pessoa a lamentar a inexistência de soluções instantâneas e “passes de magia” para a dependência de substâncias, para as dificuldades relacionais e a lentidão do processo de recuperação. O funcionamento em Pressuposto Básico é atractivo e sedutor, porque traz em si a promessa de uma resposta imediata às angústias mais profundas e infantis da pessoa e talvez uma

resposta aos nossos anseios, básicos e gregários, de uma espécie humana tão frágil na sua filogénese.

Cabe então perguntar o que se perde com o funcionamento típico do Grupo de Pressuposto Básico? Perde-se, penso eu, a capacidade de *integrar* a realidade no funcionamento do grupo e as *reais* possibilidades dos seus membros se irem *autonomizando* dos vários grupos em que se vão filiando no curso do ciclo vital (família, grupo de pares, grupos profissionais, grupo de amigos, grupos terapêuticos, etc). Perde-se também, paradoxalmente, a capacidade de sobrevivência, se os indivíduos não forem capazes de prover autonomamente às suas necessidades às daqueles a que se vinculam ao longo do seu percurso. Perde-se também a possibilidade de aceitar a *dor* inerente à existência humana, integrando-a na vida mental, enriquecendo assim o nosso mundo interno e abrindo-o aos vínculos positivos com objectos totais, outras pessoas e outros mundos internos a descobrir e a aceitar na sua alteridade, construindo assim de forma realista e estável, um *Identidade*. Perde-se também a possibilidade de integrar a temporalidade no nosso ser, e consciência, tanto do nosso potencial vital de desenvolvimento, como a consciência dos nossos limites. E perde-se também assim a possibilidade de integrar (talvez) o limite último do ser Humano – a morte.

Para concluir podemos dizer que, sem o funcionamento do Grupo de Trabalho de Bion, a mente humana perde a sua capacidade integradora de *Aprender com a Experiência* – ou seja, a possibilidade da Saúde Mental.

Para finalizar esta da Reflexão gostaria de retomar alguns dos conceitos que vêm sendo abordados ao longo destas páginas, relacionando-os com esta ideia de Aprendizagem como Desenvolvimento Humano que Bion nos propõe tendo como cenário o carácter gregário da espécie humana. É um modelo que, pela sua complexidade e carácter aberto desafia o pensamento e a nossa capacidade integradora de novos aspectos da realidade. Um último esforço de integração antes de acabarmos, sempre a propósito da Comunidade Terapêutica.

Aprender com a Experiência: a Posição Depressiva na Comunidade

Aprender com a experiência num grupo como a da Comunidade terapêutica é possibilitar o acesso à Posição Depressiva que M. Klein nos revelou. É observável, entre o Residente da nossa Comunidade, uma evolução curiosa, à medida que o tempo passa e ele vai aprofundando e partilhando a sua História de Vida, identificando problemas relacionais, eventos traumáticos e relacionando-os com os estados emocionais extremados que vão experimentando na companhia dos outros residentes. Num primeiro tempo é-lhe difícil sequer admitir toda a parte destrutiva da sua personalidade, que acabou por se exacerbar com os consumos de droga, e apreciar as consequências reais dessa destrutividade. Mas em breve se confronta com a realidade dessa parte de si e nesse momento surge uma culpabilidade extrema, de características persecutórias, tal como Grinberg descreveu (2000: 101-102). Mas à medida que evolui o tratamento os sentimentos de culpa vão perdendo esse cariz persecutório – sobretudo à medida que o sujeito, membro de uma Comunidade, vai sendo reforçado nos seus aspectos positivos e se vai reassegurando das partes boas do seu Eu. Emergem então fases depressivas, que se vão repetindo, consoante os casos, ao longo do programa, mas já não tão dolorosas e avassaladoras como o primeiro impacto do “mau” objecto. Esta diferente forma de vivenciar a culpa (culpa depressiva), em que a pessoa parece também ter mais capacidade de experimentar os afectos depressivos, encarando de maneira mais tranquila as partes não desejadas da sua personalidade sem tanto medo de perder as suas partes boas, corresponde já ao âmbito da posição depressiva. Penso que é fundamental este processo em que os mecanismos introjectivos voltam a predominar, possibilitando a aceitação, pelo residente, das boas experiências que a Comunidade Terapêutica lhe proporciona – o apoio, o sentimento de aceitação e de pertença, os *feedbacks* positivos do Grupo e dos técnicos – e a sua integração a nível do Self. Nestes momentos mais depressivos em que já ocorreu alguma estabilização do Self, os pacientes da Comunidade Terapêutica manifestam muitas vezes a sua estranheza por estarem tristes ou ansiosos, sem se sentirem deprimidos como antes.

Para isto contribui também um Grupo que, mercê do diapositivo terapêutico da Comunidade Terapêutica, não actue no sentido do Pressuposto Básico de

Dependência, acentuando os vínculos de dependência e protecção excessiva entre os residentes, Felizmente é frequente ouvirmos residentes a dizer a outros este género de comentário: “Faz-te bem andares um bocado deprimido e chorar: é quando se começa a mudar!”

Aprender com a Experiência; Ps \leftrightarrow D na Comunidade Terapêutica

A questão da oscilação entre os mecanismos desintegradores e os mecanismos integradores da mente parece-me particularmente relevante no contexto de um Comunidade Terapêutica. Ocorre um fenómeno nas fases finais do Programa em que se observa na maior parte dos utentes que fizeram uma boa evolução um período de instabilidade em que, aparentemente muito dos aspectos que julgavam já tratados recomeçam a surgir de forma vincada. É um fenómeno paralelo ao que acontece na fases finais de psicoterapia e que geralmente se interpreta como relacionado com a angústia de separação. Tem sido útil na CTAI interpretar dessa forma esse fenómeno, mas permanece sempre alguma perplexidade na mente dos Residentes, que voltam a sentir desde vontades de consumir até estados depressivos, ou até estados hipomaniacos que nos parecem reacções defensivas à fragilidade sentida no contacto com a realidade do processo de reinserção. Emergem de novo os mecanismos típicos da Posição Esquizoparanóide, como a onnipotência, ou pelo contrário de novo a culpa persecutória e observam-se formas de desintegração à vezes subtis – esquecimentos de tarefas, quebras de pequenas regras, desleixo nos cuidados pessoais. Compreender que este movimento é oscilatório, transitório, e não compromete necessariamente todas as partes do Self tem sido tranquilizador para alguns dos utentes que atravessam este processo. Na expressiva frase de um dos residentes: “Parece que voltei atrás! Mas não fui todo...”

Mas mais uma vez, penso que a resolução deste episódio também depende em boa parte do clima emocional em que Grupo anda a funcionar. Num registo muito idealizado, suponhamos mais próximo do Pressuposto Básico de Acasalamento, em que os grupo acreditasse de forma irrealista na “cura” de todos os residentes graças, por exemplo, a uma Equipe Técnica sentida como Messiânica, estes movimentos regressivos de alguns utentes mais velhos seriam negados e ignorados; num registo de

Pressuposto Básico de Luta-Fuga, talvez estes Residentes se sentissem rejeitados e obrigados a desistir por andarem mais deprimidos...

Aprender com a Experiência: difusão e consolidação da identidade na CTAI

A questão da estabilidade da identidade, que analisámos no ponto 2 põe-se com toda a clareza na Comunidade Terapêutica. A instabilidade das representações do Self leva os residentes frequentes vês a adoptarem atitudes opostas – por exemplo nos espaços terapêuticos e fora deles, ou junto de um técnico e de um outro técnico – sem se aperceberem muitas vezes da incoerência. Grande parte do trabalho dos Grupos Terapêuticos passa pela identificação dessas inconsistências que muitas vezes não são sequer conscientes. Com o tempo e à medida que a exigência do Programa aumenta, observa-se uma diminuição das tentativas de clivagem do grupo ou da Equipe Técnica, por exemplo, e uma diminuição das tensões e conflitos. Aumenta também a capacidade de pensar e de se colocar no lugar do outro sem se confundir e sem que os limites do Self se percam nesse processo de identificação. O papel dos utentes mais velhos na Comunidade Terapêutica é precisamente este: o de, tendo desenvolvido uma identidade menos difusa, se oferecerem como modelos identificatórios aos restantes membros do Grupo.

Há sempre um risco, que é o desta nova identidade ser, ainda assim, uma aquisição superficial e não suficientemente interiorizada pelo indivíduo – e também não são assim tão raras as ocasiões em que utentes mais velhos e estáveis de repente deitam a perder o todo o trabalho de estabilização da identidade feito até então. Também as ideias de Bion sobre os grupos nos podem esclarecer algo destes processos que por vezes correm mal com os utentes mais velhos e supostamente mais amadurecidos da Comunidade e que, de repente, dão mostras de inesperada “infantilidade”... Até que ponto de criou um clima idealizado acerca da evolução daqueles residentes? Estariam eles de facto a evoluir, ou o grupo e os técnicos estavam a funcionar num registo de Pressuposto Básico de Acasalamento, deixando-se seduzir pelo “bom casamento” dos residentes com os objectivos do Programa e negando as reais dificuldades? Estariam estes utentes apenas a fazer a conformar-se às fantasias

messiânicas de residentes e técnicos? Até que ponto uma Comunidade pode idealizar o seu próprio modelo de tratamento, projectando nele esperanças messiânicas?

Aprender com a Experiência – Equipe Técnica e Integração em Comunidade Terapêutica.

O que se pede a uma Equipe Técnica numa Comunidade Terapêutica é que também se torne no modelo de funcionamento integrado promovendo o equilíbrio mecanismos projectivos e mecanismo introjectivos que permita sempre a integração objectal (dons “bons” e “maus” aspectos do grupo, dos “bons” e “maus” aspectos da Equipe) e diminua o predomínio do funcionamento projectivo. Não é de esquecer que lidamos sobretudo com personalidades instáveis, enquadráveis nas organizações borderline da personalidade (Kernberg 1967; Bergeret 1996) e utilizando modalidades de comunicação primitivas como a identificação projectiva. Este tipo de mecanismos suscita reacção de identificações inconscientes que, reproduzindo o carácter clivado e projectivo das personalidades borderline, despoletam contra-actitudes muitas vezes incontroláveis e destruidoras dos vínculos. Como tal, a equipe deve constituir-se como espaço de pensamento e não apenas de acção – sob pena de poder passar a centrar a sua intervenção no que é agido, ou apenas reagindo aos movimentos do grupo de residentes que, naturalmente terá mais tendência a conformar-se ao funcionamento dos Pressupostos Básicos – quer nos sentido da Dependência, da Luta-Fuga ou do Acasalamento. Para usar a terminologia de Bion, a Equipe técnica deve oferecer-se como modelo de Grupo de Trabalho para o Grupo, promovendo um funcionamento egóico da Instituição: princípio da realidade, tolerância à frustração, aceitação dos limites e fragilidades, pensamento baseado na racionalidade e capacidade de Aprender com a Experiência.

Parece imprescindível, a esse nível, a existência de Supervisão na Equipe de uma Comunidade Terapêutica. A opinião de um psicoterapeuta externo à Equipe que se aperceba dos movimentos da equipe e do grupo e ajude os técnicos a entender o significado dos acontecimento diários da instituição contribui também para que a parte mais saudável da vida mental da equipe – evitando movimentos contratransferenciais que poderão ser tão poderosos e violentos como os movimentos transferenciais do Grupo. A este respeito, é bom pensar em Bion e lembrar que nenhum ser humano

vive fora de um grupo e está livre de sucumbir à força dos pressupostos básicos, sobretudo em situações de instabilidade.

Outras implicações técnicas desta função integradora da Equipe passam pela *integração do espaços terapêuticos*. Com efeito, na Comunidade Terapêutica em que existem vários espaços, cada um com a sua função específica e com vários técnicos como orientadores, é essencial que essa diversidade não se torne ela também factor de dispersão da vida mental e da identidade dos utentes.

É essencial então que a Equipe Técnica se organize no sentido de promover a integração das várias vivências dispersas que o residente vai tendo nos vários espaços (terapêuticos, ocupacionais e informais) da Comunidade Terapêutica. Um dispositivo integrador pode ser, como vimos, a Supervisão, em que exista espaço tanto para a discussão de casos individuais como para apreciação do funcionamento do Grupo. Na CTAI, a existência de psicoterapia individual pretende também funcionar como factor integrador dos vários aspectos terapêuticos da Comunidade, no sentido de preservar e desenvolver a estabilidade e a construção da identidade junto do utente.

Após uma revisão de alguns conceitos desenvolvidos pela Psicanálise, tentámos também neles integrar algumas das experiências clínicas que instituições ricas de vivências como o CAT e a Comunidade Terapêutica acabam sempre por oferecer.

Como afirmámos no Introdução a este Relatório, este foi também um ensaio de integração de *teoria e prática* clínica num dado momento de um percurso profissional em queurgia parar e pensar um pouco. Para finalizar o texto, gostaríamos de fazer um apelo à compreensão do (da) leitor(a) para um facto: o não apresentarmos aqui mais conclusões, não só pela extensão já deste relatório, mas porque de algum modo as conclusões foram sendo expostas em cada uma das reflexões e seria moroso repeti-las aqui. O Relatório apresentado foi, ele próprio, a conclusão de muitas questões surgidas ao longo dos últimos anos. Muitas tiveram alguma resposta, outras levam agora a outras perguntas. Paraphrasing and re-writing the phrase that Bion attributed to the members of a Group, finally perhaps *o que se aprende com a História é que se pode sempre aprender a escrever uma História*. E assim Aprender com a Experiência...

Bibliografia

- Amaral Dias e colaboradores (1997), *Intervenções em Toxicodependências. Do CEPD ao CAT de Coimbra – 1977-1997*, Coimbra
- Amaral Dias e Fleming (1998). *A Psicanálise em Tempo de Mudança. Contribuições teóricas a partir de Bion*, Porto, Afrontamento
- Bergeret (1996). *A Personalidade Normal e Patológica*, Lisboa, Climepsi Ed.
- Bion (1961). *Experiences in Groups and other papers*, London, Routledge, 2000
- Bion (1962). *O Aprender com a Experiência*, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1991
- Bion (1963). *Elements of Psychoanalysis*, London, Karnac Books, 1989
- Bléandonu (1990). *Bion 1897-1979 A Vida e A Obra*, rio de Janeiro, Imago Ed.
- Broekaert, E. (2001). Therapeutic Communities for Drug Users: description and overview, em Rawlings B. e Yates, R., *Therapeutic Communities for the Treatment of Drug Users*, London Philadelphia, Jessica Kingsley Pub., 2001
- Calado (2005). Álvaro Calado, “Comunidades Terapêuticas – Do externo ao interno (da) mente”, *Psiquiatria Clínica*, 26, (1), pp. 37-41, 2005
- De Leon (2000). *A Comunidade Terapêutica – Teoria Modelo e Método*, São Paulo SP, Ed. Loyola, 2003
- Freud (1923). O Ego e o Id, em *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1976
- Grinberg (2000). *Culpa e Depressão* Climepsi, Lisboa
- Grinberg, Sor e Bianchedi (1991). *Nueva Introducción a las ideas de Bion*, Madrid, Tecnipublicaciones, 1991

- Hinshelwood (1991), *Dicionário do Pensamento Kleiniano*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1992
- Jones (1968). *A Comunidade Terapêutica*, Petrópolis RJ, Ed. Vozes, 1972
- Kenberg, Selzer, Koenigsberg, Carr, Appelbaum (1989), *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*; Basic Books, New York, 1989
- Kennard (2004). The Therapeutic Community as an adaptable treatment modality across different settings, *Psychiatric Quarterly*, Vol.75, No.3 (acedido a 11-12-11 em <http://www.springerlink.com/content/j5h413j23h23485t/>)
- Kernberg (1967). Borderline Personality Organization, *Journal American Psychoanalytic Association* 15; 641
- Klein (1946). Notes sur quelques mécanismes schizoïdes, em Klein, Heimann, Isaacs e Rivière, *Développements de la Psychanalyse*, Bibliothèque de Psychanalyse, Paris, P.U.F., 1966
- Klein (1952). Quelques conclusions théoriques au sujet de la vie émotionnelle des bébés, em Klein, Heimann, Isaacs et Rivière, *Développements de la Psychanalyse*, Bibliothèque de Psychanalyse, Paris, P.U.F., 1966
- Klein, Heimann, Isaacs e Rivière (1952) *Développements de la Psychanalyse*, Bibliothèque de Psychanalyse, Paris, P.U.F., 1966
- Kooyman (1993) *The therapeutic Community for Addicts – Intimacy, Parent involvement and treatment success*. Amsterdam, Swets & Zeitlinger
- Laplanche e Pontalis (1967). *Vocabulário de Psicanálise*, Lisboa, Moraes Ed., 1976
- Pereira da Rocha e Amaral Dias. (1979). Uma Comunidade Terapêutica para dependentes: fundamentos teórico-práticos, em Amaral Dias e colaboradores (2000) pp. 223-242

Priberam (2011). *Dicionário Priberam da Língua Portuguesa Online*, (acedido a 11-11-11 em <http://www.priberam.pt/dlpo/>)

Rawlings B. e Yates, R. (2001). *Therapeutic Communities for the Treatment of Drug Users*, London Philadelphia, Jessica Kingsley Pubs

Washton e Zweben (2006). *Treating alcohol and drug problems in psychotherapy practice: doing what Works*. New York, Guilford Press

Whiteley (2004). The Evolution of the Therapeutic Community, *Psychiatric Quarterly*, Vol.75, No.3 (acedido a 11-12-11 em <http://www.springerlink.com/content/g126j57h25251548/>)

Winnicott (1971). *O Brincar e a Realidade*, Rio de Janeiro, Imago Ed., 1975

Zimmermann (2004). *Bion da Teoria à Prática*, São Paulo, Art Med ed.