

1

Psicoterapia Individual em Comunidade Terapêutica para Toxicodependentes: Clivagem, Difusão de Identidade e Integração

JOÃO PEDRO KEATING

Artigo recebido em 28/06/11; versão final aceite em 10/11/11.

RESUMO

Apresenta-se uma reflexão teórica sobre a psicoterapia individual de apoio, de orientação dinâmica, no contexto específico de uma Comunidade Terapêutica (CT) para Toxicodependentes. Defende-se o papel integrador deste tipo de psicoterapia – tanto das múltiplas vivências da vida comunitária como dos diversos espaços terapêuticos de grupo em que o paciente vai estando presente. Esta *função integradora* ganha particular relevância no contexto da Toxicodependência, onde a tendência para um funcionamento mental instável, enquadrável na organização-limite da personalidade, é bem conhecida. A psicoterapia individual em CT é tomada como um instrumento que permite contrariar fenômenos como a *difusão de identidade*, a *clivagem*, a *identificação projectiva* ou as *passagens ao acto*. É pois fundamental a integração da psicoterapia individual com os espaços terapêuticos de grupo da CT e a articulação terapêutica da Equipe Técnica multidisciplinar. A partir de um exemplo clínico, analisa-se a intervenção de dois técnicos junto de um paciente. Dá-se relevo à técnica interpretativa no *aqui e agora* da relação terapêutica, utilizando-se os conceitos de transferência e contra-transferência.

Palavras-chave: Comunidade Terapêutica; Toxicodependência; Psicoterapia; *Borderline*; Difusão de Identidade.

RÉSUMÉ

Ce travail présente une réflexion théorique sur la psychothérapie individuelle d'orientation dynamique, dans le contexte particulier d'une Communauté Thérapeutique pour Toxicomanes (CT). Nous considérons que ce type de psychothérapie joue un rôle d'intégration, aussi bien de la multiplicité des expériences de vie en communauté que des différents espaces thérapeutiques de groupe dans lesquels le patient se retrouve au long de son séjour. Cette fonction d'intégration devient particulièrement pertinente dans le contexte de la Toxicomanie, caractérisé, comme on sait, par un fonctionnement mental instable, lié à l'organisation-limite de la personnalité (*Borderline*). La psychothérapie individuelle en CT est envisagée comme un instrument permettant de contrarier des phénomènes comme l'*identité diffuse*, le *clivage*, la *identification projective* ou les *acting out*. Il nous semble donc fondamental d'intégrer la psychothérapie individuelle et les espaces thérapeutiques de groupe de la CT, ainsi que d'articuler dans une perspective thérapeutique l'Équipe Technique multidisciplinaire. Nous présentons un exemple clinique où l'intervention de deux techniciens auprès d'un patient est analysée. Nous mettons en évidence la technique interprétative dans l'ici et maintenant de la relation thérapeutique, à l'aide des concepts de transfert et de contre-transfert.

Mots-clé: Communauté Thérapeutique; Addiction; Psychothérapie; *Borderline*; Diffusion d'Identité.

ABSTRACT

The main subject of this paper is the role of psychodynamic supportive psychotherapy in the context of a Therapeutic Community (TC) for Drug Addicts. The integrative role of this type of psychotherapy is vindicated. This integration should be both of the multiple experiences of TC daily life and of the various therapeutic settings where the resident is expected to take part. This integrative function is particularly relevant in the treatment of Drug Addiction, where the trend for unstable mental functioning, typical of Borderline Personality Organisation, is quite common. Individual psychotherapy in a TC is therefore taken as means of opposing some mental mechanisms such as Identity Diffusion, Splitting, Projective Identification and Acting Out. It is therefore essential an adequate integration of individual psychotherapy with group therapy within the TC. It is also of vital importance the therapeutic coordination of the Clinical Staff. One clinical example is given, addressing the concurrence of therapeutic work between two staff members in order to deal with those mental mechanisms. While emphasizing the focus of interpretative technique on the *here and now* of the therapeutic rapport, attention is also drawn to the concepts of *transference* and *countertransference*.

Key Words: Therapeutic Community; Addiction; Psychotherapy; *Borderline*; Identity Diffusion.

RESUMEN

Se presenta una reflexión teórica sobre la psicoterapia individual de apoyo, de orientación dinámica, en el contexto específico de una Comunidad Terapéutica (CT) para drogodependientes. Se defiende el papel integrador de este tipo de psicoterapia – tanto de las múltiples vivencias de la vida comunitaria como de los diversos espacios terapéuticos del grupo en lo cual el paciente está presente. Esta *función integradora* gana particular relevancia en el contexto de la Drogodependencia, donde la tendencia para un funcionamiento mental inestable, encuadrable en la organización-limite de la personalidad es bien conocida. La psicoterapia individual en la CT es tenida en cuenta como un instrumento que permite contrariar los fenómenos como la *difusión de identidad*, el *clivaje*, la *identificación projectiva* o los *pasajes al acto*. Es, pues, fundamental la integración de la psicoterapia individual con los espacios terapéuticos del grupo de la CT bien como la articulación terapéutica de la Equipa Técnica Multidisciplinar. Se presentan dos ejemplos clínicos correspondientes a las dos partes del artículo. En la primera parte se analiza la intervención de dos técnicos junto de un paciente. En la segunda parte se aborda el desafío que es integrar dos *settings* diferentes (de grupo e individual) en la problemática de otro residente. Se da énfasis a la técnica interpretativa en el "aquí y ahora" de la relación terapéutica, utilizando los conceptos de transferencia e contra-transferencia.

Palabras Clave: Comunidad Terapéutica; Drogodependencia; Psicoterapia; *Borderline*; Difusión de Identidad.

1 – INTRODUÇÃO

Pretendemos neste trabalho abordar algumas questões acerca da intervenção psicoterapêutica individual num contexto em que, por definição, se intervém *em grupo e através do grupo*: a Comunidade Terapêutica para Toxicodependentes.

Relativamente à existência de psicoterapia individual nas Comunidades Terapêuticas (CTs) para toxicodependentes, podemos actualmente encontrar várias situações no nosso país: CTs sem técnicos, e que se organizam como grupos de auto-ajuda exclusivamente constituídos por ex-toxicodependentes e/ou ex-alcoólicos; CTs sem terapia individual no seu programa terapêutico, mas em que um psicoterapeuta intervém em contexto grupal; CTs com psicoterapia individual no seu programa, mas em que os terapeutas individuais não fazem parte da equipe técnica permanente; e CTs em que existem terapeutas individuais como membros permanentes da equipe técnica e intervindo *simultaneamente* em contextos de grupo, como acontece actualmente na Comunidade Terapêutica Arco-Iris (CTAI), unidade de internamento prolongado da Delegação Regional do Centro do Instituto da Droga e Toxicodependência.

Que sentido fará então a existência de um espaço terapêutico individual numa instituição cuja característica distintiva é, pelo contrário, a utilização da vida comunitária e o contexto grupal como principais meios de promover a mudança e o crescimento nos indivíduos (Tims *et al.*, 1994:3)? Tentaremos dar uma resposta a esta questão, bem como analisar alguns dilemas que, quando integrado na equipe de uma Comunidade, se colocam ao psicoterapeuta a nível da sua intervenção e da articulação necessária entre teoria e prática; dilemas esses que se relacionam com algumas alterações necessárias à técnica psicoterapêutica decorrentes desta (dinâmica) relação entre intervenção individual e intervenção em grupo.

2 – TOXICODPENDÊNCIA, COMUNIDADE TERAPÊUTICA E PSICOTERAPIA

2.1 – A Comunidade Terapêutica Arco-Iris

Actualmente, a CTAI¹ é constituída por doze residentes de ambos os sexos, com idades entre os 20 e os 54

anos. A equipe técnica permanente é composta por três técnicas psicossociais, duas auxiliares de acção médica, um administrativo, um psicólogo, duas técnicas de serviço social e pelo Director, também técnico de serviço social. Médicos da Equipa de Tratamento do CRI de Coimbra providenciam o apoio médico-psiquiátrico e duas enfermeiras deslocam-se semanalmente à Comunidade.

Quanto ao modelo de intervenção, desde a sua origem, em 1978, que a CTAI se filiou no conceito de *Comunidade Terapêutica Democrática*², inspirada nos princípios que Maxwell Jones preconizou a partir da década de 1950 em Inglaterra para o tratamento de doentes mentais (Jones, 1968; Amaral Dias e Pereira da Rocha, 1979: 224-230). Actualmente, este tipo de CTs dedica-se, na Europa, 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 (Richards e Senon, 2005), e de uma participação mais condicionada dos elementos em tratamento em determinadas decisões e aspectos da vida da casa. Desde o início da CTAI 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* (Amaral Dias e Pereira da Rocha, 1979: 224-230).

Um terceiro princípio que norteou os fundadores da CTAI foi o de compreender o fenómeno da toxicodependência na sua dimensão *desenvolvimental*, enca-

rando o tempo de estadia na CT à luz do conceito de *moratória psicossocial* (de Erik Erikson, 1976) 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 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 fenômenos, quer individuais quer de grupo, que se observam no dia-a-dia da casa é o de *Difusão Identitária*, tal como Kernberg *et al.* (1989: 5) o formula: "a falta de integração do conceito do *self* ou de outras pessoas significativas". Mais à frente retomaremos este conceito e a sua relevância para o trabalho psicoterapêutico da Casa.

Na CTAI, as intervenções psicoterapêuticas individuais estão a cargo dos psicólogos clínicos. Mas a intervenção individual é apenas uma das funções deste grupo profissional, que se divide entre a intervenção em diversos outros espaços terapêuticos de grupo (Reuniões Comunitárias, Grupo de Prevenção de Recaída, Dinâmica de Grupos e Relaxamento, Reuniões de Passagem de Fase, Grupos de Treino e Desenvolvimento de Competências, entre outros), a avaliação psicológica, a orientação vocacional e, de resto, a presença no dia-a-dia da casa, nos espaços informais, nas refeições, nos serões, etc.. Importa portanto salientar que o espaço terapêutico individual é apenas *um entre outros espaços terapêuticos* em que paciente e terapeuta se encontram – uma das especificidades da intervenção psicoterapêutica nesta Comunidade.

2.2 – A Intervenção Psicológica em Comunidade Terapêutica

Podemos afirmar que, à medida que os diferentes modelos de CT se foram defrontando com a dependência de substâncias, foram adoptando novos métodos e integrando diversas abordagens. Nesta evolução,

a intervenção psicológica e o tratamento médico e psiquiátrico têm vindo a ser incluídos como uma das componentes fundamentais de intervenção nas CTs que se dedicam ao tratamento da Toxicodependência. Num estudo desenvolvido nos Estados Unidos, De Leon e Jainchill demonstram um aumento da prevalência de psicopatologia entre os consumidores de drogas que recorrem às CTs (Jainchill, 1994), enquanto perturbações psiquiátricas específicas como a depressão, os comportamentos anti-sociais e a perturbação da personalidade *borderline* parecem ser mais frequentes entre os toxicodependentes (Tims *et al.*, 1994: 8). Esta realidade determinou, ainda nos Estados Unidos, uma maior aproximação entre Saúde Mental e tratamento comunitário da Toxicodependência, resultando numa maior atenção dada aos aspectos psicológicos do tratamento. George De Leon considera, a nível das mudanças a promover no indivíduo integrado em CT, quatro dimensões fundamentais: *Pertença à Comunidade*, *Socialização*, a *Dimensão Psicológica* e o *Desenvolvimento Pessoal*. A 'Dimensão Psicológica' do tratamento é definida por este autor como: (1) a aquisição, ou reaquisição de *competências cognitivas* básicas, como a capacidade de *insight*, o desenvolvimento da prova da realidade, a capacidade de formulação de juízos e de tomada de decisões; e (2) a aquisição de *competências emocionais*, como a capacidade de reconhecer e lidar com os próprios sentimentos e a capacidade de os comunicar. Este autor faz ainda referência à 'Dimensão do Desenvolvimento Pessoal' – que é observável no nível de *madureza* e de *responsabilidade* evidenciado pelo indivíduo ao longo do tratamento. Estas duas dimensões do tratamento em CT são, enquanto factores de transformação, colocadas por este investigador em pé de igualdade com as de 'Socialização' e de 'Pertença à Comunidade'. Nas suas palavras, "sem melhoria nas competências cognitivas e emocionais a afiliação como membro de Comunidade, a socialização permanente e o desenvolvimento da maturidade não são possíveis" (De Leon, 1994: 31).

Esta importância dada à dimensão psicológica do indivíduo em tratamento numa CT também resultou em alterações nas formas originais de CT, quer as "democráticas" quer as de tradição norte-americana (*concept-*

-based). No caso da CTAI, uma dessas transformações foi a introdução, logo a partir de 1978, da terapia individual. Ocorrendo inicialmente fora do espaço físico da Comunidade e não fazendo os terapeutas parte da equipe permanente, a intervenção individual passa, a partir da década de 90, a ser feita na Comunidade, sendo da responsabilidade dos psicoterapeutas da própria equipe.

2.3 – Da Psicoterapia na CTAI

O contexto institucional grupal pode levantar questões acerca da pertinência de um espaço terapêutico individual. Aliás, a articulação entre espaço individual e espaço grupal parece de início ter preocupado a equipe inicial da CTAI, cujos membros referem a esse respeito algumas "dificuldades particulares"³. É de crer que os referidos "pontos difíceis" se relacionariam com a articulação entre espaço individual e espaço grupal, e com a integração do trabalho terapêutico efectuado pelo paciente nos dois contextos. Também a integração da actividade levada a cabo pelos diferentes técnicos continua a suscitar diversas questões. Por exemplo, como conciliar espaços de grupo, em que sistematicamente se confronta o paciente com a realidade, com o espaço psicoterapêutico individual, que é, por definição, um contexto de maior tolerância e abertura à fantasia? Como evitar desencontros entre os dois contextos, tendo em conta os mecanismos defensivos frequentes nestes pacientes, e que se manifestam sobretudo no grupo, como sejam as clivagens, as idealizações primitivas ou as atitudes de ocultação e manipulação?

No início da CTAI uma das respostas a estas questões foi assegurar a separação entre a terapia individual e a terapia na Comunidade, tanto como forma de proteger um processo terapêutico que se iniciava antes e continuava depois da estadia na Arco-Íris, como de facilitar a posição de neutralidade do psicoterapeuta. Actualmente, e até por questões de orgânica institucional, a situação é diferente, o que nos leva a reconsiderar as vantagens e desvantagens do anterior modelo, e a encarar novos desafios... e, seguramente, outras vantagens.

Pensamos que a presença de psicoterapeutas individuais, integrando como membros permanentes a equipe

de Comunidade Terapêutica, actuando tanto a nível individual como de grupo pode resultar em ganhos para o processo terapêutico que se propõe aos residentes. Esta potencial vantagem prende-se, em nosso entender, com as características mentais dos grupos de toxicodpendentes que recorrem à nossa Instituição, constituídos predominantemente por indivíduos cujo funcionamento mental se situa na organização-limite (ou *borderline*) da personalidade, e cuja vivência grupal é o reflexo de uma série de mecanismos mentais organizados em redor de fenómenos como a *clivagem*, a *identificação projectiva patológica*, a *difusão da identidade* e as *idealizações primitivas* (Kernberg *et al.*, 1989; Bergeret 1996). A existência de um espaço terapêutico individual no contexto comunitário poderá então ser um instrumento poderoso não só de **integração** das variadíssimas vivências experimentadas pelo paciente, *contrariando assim o funcionamento clivado*, como ainda um contexto privilegiado de **identificação** e construção de uma **identidade individual** mais *estável*, *contrariando assim a tendência para as identificações adesivas e a difusão de identidade* características deste funcionamento mental. Nesse sentido, analisar-se-á, na secção seguinte, o desafio da **integração do trabalho psicoterapêutico** individual no trabalho psicoterapêutico comunitário, tentando enquadrá-lo nos conceitos teóricos psicodinâmicos que norteiam a nossa intervenção, e simultaneamente partilhando a maneira como teoria e prática se vão entrelaçando e equacionando no interior da Equipe da CTAI. Esta questão poderá ser formulada da seguinte maneira: como se pode estruturar uma relação terapêutica entre um residente e vários terapeutas, uma vez que todos os técnicos da equipe estão imbuídos de uma determinada função terapêutica? Neste contexto relacional tão rico mas *potencialmente difuso*, como evitar que fenómenos psicológicos como a *difusão de identidade*, a *clivagem* e a própria *transfêrência* se desenvolvam num sentido apenas defensivo e anti-terapêutico?

3 – UM RESIDENTE E DOIS TERAPEUTAS: TRANSFERÊNCIA, CLIVAGEM E INTEGRAÇÃO EM EQUIPE

Segue-se um episódio ocorrido na CTAI e que nos fez pensar sobre as relações entre psicopatologia, relação terapêutica, e relações intra-equipe técnica.

O A. tem 28 anos e está na CT há alguns meses, após vários anos de consumo de cocaína, heroína e álcool. Cerca de dois anos antes de entrar, saíra da casa onde vivia com o irmão mais novo, numa grande cidade do país, tendo vivido sem abrigo e percorrendo o país em várias actividades de tráfico, trabalho temporário e permanência esporádica em comunidades de auto-ajuda de toxicodependentes. Da sua história há a salientar o divórcio dos pais quando tinha 12 anos, e a coabitação com a mãe e o irmão mais novo até aos 19 anos; sofrendo a mãe de perturbações mentais graves, fez várias tentativas de suicídio, responsabilizando os filhos, em particular este, pelo sofrimento que dizia sentir. Aos 19 anos de A. a mãe expulsa os filhos de casa. "Nesse dia, a minha mãe morreu para mim", afirma. É a partir desta data que A. se inicia no consumo de drogas mais pesadas, envolvendo-se também nalguns actos delinquentes como furtos – continuando no entanto a proteger o irmão mais novo como até então.

O A. apresenta-se como uma pessoa bastante desconfiada, tendo ponderado não entrar na CTAI "porque lhe queriam fazer testes à urina, logo não confiavam nele". Após semanas de boa integração, o A. um dia reage de forma agressiva numa ocasião em que a técnica psicossocial responsável lhe destina determinadas responsabilidades na cozinha. Queixa-se de não saber cozinhar bem, e não querer fazer as coisas mal feitas; quando é reforçada a decisão, no sentido de ele aprender a fazer, como os outros aprenderam, exalta-se e acusa os técnicos de o perseguirem, sendo mais exigentes com ele do que com os outros, e construindo um discurso de tonalidade paranóide em relação à técnica que o interpelara. Planeia mais uma vez sair da CT. Durante este tempo, o residente pede para ser atendido mais vezes em sessões individuais, em que aborda espontaneamente estes assuntos, exprimindo

livremente as suas desconfianças e desapontamentos em relação à equipe técnica – mas preservando a figura do terapeuta individual destes seus ataques.

O assunto é tratado em Reunião Comunitária, tendo o residente mantido o discurso persecutório; no decorrer da reunião, a técnica em questão formula um comentário em que relaciona esta reacção intempestiva às orientações dela com a zanga que o A. tinha, ainda hoje, com a mãe: "tu vês em mim a tua mãe, A., e confundes-me com ela". A este comentário o A. reage com um silêncio ainda mais carregado.

Mais tarde, a técnica psicossocial e o psicoterapeuta reúnem-se para comentar o sucedido e "acertar agulhas". De um ponto de vista psicodinâmico, parecia que o conflito central do paciente se organizava em torno da figura materna, um mau objecto interno, agressivo e persecutório. Era como se a agressão da figura materna fosse reactualizada e revivida no contexto da Comunidade, sendo a aprendizagem de uma nova tarefa vivida quase como uma exigência sádica por parte de uma mulher investida de autoridade – e a reacção de A., sentida pelo próprio grupo de residentes como exagerada, confirmava a intensidade da angústia sentida por este paciente. Com efeito, parecia-nos estarmos a assistir a um fenómeno transferencial de características primitivas, em que transitoriamente se desvanecia a prova da realidade deste paciente sob a pressão de uma angústia claramente persecutória.

A propósito dos pacientes *borderline*, Kernberg *et al.* (1989: 5-19) salienta a característica *difusão identitária* destes pacientes, ou seja, a falta de representações estáveis de si próprios e das outras pessoas, e a forma como essa instabilidade se faz ressentir nas próprias percepções, sentimentos e juízos contraditórios que o paciente vai experimentando à medida que se desenvolve a relação com o seu terapeuta. Daí que a *transferência borderline* seja caracterizada pelos movimentos contraditórios, por vezes bruscos. Estes movimentos oscilam entre a idealização extrema do terapeuta, por exemplo, e a sua desvalorização imediata, à medida que o paciente se defronta com os aspectos agressivos projectados no terapeuta. Esta agressão é, em boa verdade, uma

distorção da realidade, por via da *identificação projectiva patológica*, mecanismo de defesa característico desta organização da personalidade e que, inconscientemente, faz o paciente sentir no terapeuta a agressão vivida nas suas relações anteriores, particularmente nas relações mais precoces. O aspecto *oscilatório* desta transferência, entre um *terapeuta bom* e um *terapeuta mau* é também fruto do mecanismo de defesa central na personalidade *borderline*, a *clivagem*, que consiste na percepção dos outros (e de si próprio) como entidades *totalmente boas* ou *totalmente más* (Kernberg *et al.*, 1989: 6).

Num *setting comunitário* em que se oferecem ao indivíduo muitos objectos de relação, os quais pode clivar, controlar e manipular e sobre os quais pode projectar os seus maus objectos internos, mas com os quais também se pode identificar e criar vínculos securizantes, é essencial fazer um trabalho interpretativo *no aqui e no agora* da relação, identificando as distorções da realidade, as identificações projectivas e os aspectos transferenciais dos *actings* dos residentes **no contexto real do grupo e da equipe técnica**. No caso descrito, a questão que se punha aos técnicos era pois: *quem trabalhará o quê e em que espaço?*

Podemos descortinar o mecanismo de identificação projectiva neste residente, em que este cliva e projecta o seu mau objecto interno na Técnica, nela identificando a agressão materna e a essa agressão se identificando empaticamente também. E fica também patente a clivagem dos objectos externos: a técnica '*má e temida*' no espaço de grupo versus o terapeuta '*bom e tolerante*' no espaço individual. Perante esta clivagem entre técnicos e espaços terapêuticos a Equipe, consciente de que o paciente não estava em condições de integrar de forma realista o bom e o mau objecto, optou por até certo ponto respeitar essa clivagem – *distribuindo tarefas terapêuticas* pelos dois contextos, individual e grupal. A técnica continuaria a desempenhar o papel maternal – que, no contexto desta Casa, inclui a distribuição das tarefas e sua orientação – embora insistindo numa relação afectiva com o paciente; desta forma poderia proporcionar ao A. a experiência de um objecto materno diferente, porque mais *integrado* em termos agressivos e libidinais.

Simultaneamente, no espaço terapêutico individual, poderia analisar-se o desenrolar dessa relação – e a relação terapêutica, que, revelando-se para este utente ameaçadora com uma figura feminina e no *setting* grupal, passou a ser focalizada e analisada na relação com o terapeuta masculino e na protecção do espaço individual. Isto foi possível porque o terapeuta, enquanto membro da equipe técnica da Comunidade, também assumiu os aspectos negativos que o paciente atribuía à Comunidade Terapêutica – a obrigatoriedade de desempenhar tarefas para as quais não se sentia preparado, o carácter autoritário e restritivo das regras, as punições existentes em caso de quebra de regra, etc. – ou seja o terapeuta também representava o aspecto *superegótico* da Comunidade Terapêutica, podendo pois integrá-lo no seio da relação, embora de forma mais tolerável para o paciente.

Todo este processo, de resto, se inseriu no contexto mais vasto do próprio grupo, cujos membros também se pronunciaram sobre o conflito em questão, emitindo as suas opiniões no sentido da compreensão pelos motivos de A. e pelas suas dificuldades em integrar os limites, e oferecendo a este paciente, ao longo dos dias subsequentes, *feed-backs* fundamentais acerca da sua evolução positiva enquanto membro do grupo. De facto assim aconteceu e, paralelamente, ao abrigo da sala de terapias individuais da CTAI, o A. foi sendo capaz de relacionar a zanga que sentia com a técnica com o mal-estar profundo deixado nele por anos de uma violenta relação com a mãe, o que permitiu começar um trabalho de reflexão sobre o seu funcionamento paranoide, primeiro em relação ao seu terapeuta e depois em relação a outros membros da CT. Neste processo a interpretação da transferência, tanto *na relação com o terapeuta na sessão* como *na relação com pessoas externas ao setting individual mas pertencentes ao setting comunitário*, revelou-se determinante para a aquisição de um novo *insight* sobre os problemas relacionais na sua vida fora da Comunidade, e da forma como eles se relacionavam com a compulsividade do consumo de drogas.

Deste episódio retirámos sobretudo a seguinte conclusão: que o papel da terapia individual no conjunto

da Comunidade pode ser, para além de um espaço de construção da identidade, um espaço integrador das diversas experiências relacionais que o residente vai tendo na casa – experiências essas que muitas vezes são percebidas de forma desintegrada, ameaçadora e distorcida por via dos mecanismos mentais a que nos referimos atrás. Uma vez que um dos mecanismos centrais na patologia *borderline* é precisamente a clivagem, parece-nos assim ser uma vantagem o facto do psicoterapeuta poder trabalhar diariamente com os outros técnicos da equipe multidisciplinar, contribuindo assim para um trabalho *integrador* que dê resposta aos movimentos *desintegrativos* próprios da organização de personalidade *borderline*.

Em nossa opinião, existem portanto vantagens numa prática terapêutica individual em que o psicoterapeuta faça parte da equipe da Comunidade Terapêutica e partilhe também outros espaços, terapêuticos ou informais, com os residentes e os outros técnicos.

Mas temos também presente que as potencialidades deste modelo de intervenção dependem, e em muito, *do modo como a equipe técnica se organiza e articula*. Fenómenos como a difusão identitária referida por Kernberg, ou mecanismos como a clivagem e a identificação projectiva patológica exigem um esforço de comunicação *constante* entre membros da equipe técnica no sentido de esta se oferecer aos residentes, na sua diversidade de pessoas e abordagens, *como objecto de identificação estável e coerente*. Com efeito, por mais esforços individuais que o terapeuta promova no sentido da integração e da coesão interna do indivíduo, apenas a coerência do todo comunitário (grupo de residentes, equipe técnica e, *dentro dela*, o terapeuta individual) permitirá que essa coesão seja efectivamente *vivida e interiorizada* durante o tempo de permanência na Comunidade. Assim, as *vantagens integradoras* de uma psicoterapia individual num *setting* comunitário dependerão em boa medida do modo como esta se *integra* no trabalho do resto da equipe... uma constante partilha de informação por um lado, o respeito pela confidencialidade própria de uma psicoterapia individual por outro, o enquadramento desta confidencialidade restrita numa outra, mais lata, que é a do Grupo e da Comunidade,

a definição rigorosa dos papéis em que cada técnico preserve a sua identidade de forma clara, a existência de Supervisão da equipe técnica em que todas estas questões possam ser debatidas, clarificadas e integradas – estas são apenas algumas das implicações, a nível da equipe, desta modalidade de psicoterapia individual que aqui nos propusemos reflectir.

Esta contextualização de uma terapia de apoio individual num *setting* institucional no contexto específico da toxicod dependência levanta ainda outras interrogações a nível da intervenção individual, estimulando a reflexão acerca das técnicas que melhor promovam o sentimento da identidade e a coesão do *self* junto do residente de uma Comunidade Terapêutica. Embora não caibam já no âmbito deste artigo, questões como a utilização de algumas técnicas activas neste tipo de terapia, ou o papel do material externo à sessão individual, mas que paciente e terapeuta partilham em comum no dia-a-dia da Comunidade, a combinação com outro tipo de intervenções específicas em toxicod dependência como seja a Prevenção de Recaída ou ainda o potencial da terapia individual como promotora da coesão do próprio Grupo de residentes, emergem como matéria para futuras reflexões.

Em resumo, uma leitura mais aprofundada de um fenómeno tão complexo e plurideterminado como o da Dependência de Substâncias obriga-nos a enquadrar a problemática do consumo na dinâmica relacional e mental dos pacientes, levando-nos a ponderar a relação entre *dependência* e *funcionamento* da mente, identificando os mecanismos subtis que subjazem aos fenómenos clínicos paradoxais com que muitas vezes nos deparamos. Também o carácter *desenvolvimental* da Dependência se nos impõe, levando-nos a tomar consciência das dificuldades no processo de separação-individualização dos nossos pacientes e questionando a sua relação com os comportamentos adictivos.

Em Comunidade Terapêutica, o potencial *integrador* da psicoterapia individual parece-nos ter vantagens no tratamento destes pacientes, promovendo a estabilização das representações do *Self* e dos objectos e o desenvolvimento de uma Identidade menos difusa e mais capaz de responder, sem se desorganizar, aos

desafios de autonomização que a realidade exige. É aliás através da criação de espaços integradores e promotores do crescimento mental que uma instituição psicoterapêutica como a Comunidade Terapêutica pode dar o seu contributo para essa conquista da autonomia, cumprindo assim o seu objectivo fundamental: o desenvolvimento de um sentido da responsabilidade e da realidade que permita aos pacientes tomarem em mãos, eles mesmos, o seu processo terapêutico.

CONTACTO:

JOÃO PEDRO KEATING

Psicólogo Clínico no CAT de Viseu (de 1998 a 2003).

Psicólogo Clínico na Comunidade Terapêutica Arco-Íris (desde 2003).

Comunidade Terapêutica Arco-Íris

Rua Elládio Alvarez, Vale de Canas

3030-280 Coimbra

Tel.: 239 008 910

joao.keating@idt.min-saude.pt; joao.keating@sapo.pt

NOTAS:

1 – A CTAI abriu em 21 de Junho de 1978, na altura ligada, como Internamento, à Consulta Externa do Centro de Estudos e Profilaxia da Droga, o posterior CAT de Coimbra. Na década de 1990, aquando da integração no Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodpendência, passou a funcionar como unidade de tratamento autónoma, situação que se mantém actualmente, enquadrada agora no Instituto da Droga Toxicodpendência.

2 – *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 toxicodpendentes.

3 – Em 1979, Amaral Dias e Pereira da Rocha escreviam, a propósito da intervenção levada a cabo na CTAI: "Para o terapeuta individual o que se passa fora da sessão só lhe diz respeito, em princípio, a partir do momento em que os factos são verbalizados pelo *doente*. Este ponto levanta algumas dificuldades particulares." Cf. Amaral Dias *et al.* (1997).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaral Dias, C. *et al.* (1997). *Intervenções em Toxicodpendências. Do CEPD ao CAT de Coimbra – 1977-1997*, Coimbra, 2000.

Bergeret, J. (1996). *A Personalidade Normal e Patológica*, Ed. Climepsi, Lisboa, 1997.

De Leon, G. (1994). "The Therapeutic Community: Towards a General Theory and Model", in NIDA (1994), pp. 16-54.

Erikson, E. (1976). *Infância e Sociedade*, Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1976.

Jainchill, N. (1994). "Co-morbidity and Therapeutic Community Treatment", in NIDA (1994) pp. 209-230.

Jones, M. (1968). *A Comunidade Terapêutica*, Ed. Vozes, Petrópolis RJ, 1972.

Kernberg, O.; Selzer, M., Koenigsberg, H.; Carr, A.; Appelbaum, A. (1989). *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*; Basic Books, New York, 1989.

Richards, D.; Senon, J.-L. (2005). *Dicionário das Drogas, Toxicomanias e Dependências*, Didáctica Editora, Lisboa 2005.

Tims, Jainchill and De Leon (1994). "Therapeutic Communities and Treatment Research", in NIDA (1994), pp. 1-15.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Amaral Dias, C. (1983). *Espaço e Relação Terapêutica*, Coimbra Editora, Coimbra, 1983.

Bateman, A. W. (2004). "Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders", *Psychiatric Times*, July 2004 vol. XXI Issue 8 (www.psychiatristimes.com/p040751.html).

Bion, W. (1961). *Experiences in Groups*, Routledge, London, 2000.

Calado, Á. (2005). "Comunidades Terapêuticas – Do externo ao interno (da mente)", *Psiquiatria Clínica*, 26, (1), pp. 37-41, 2005.

Carroll, J. (1994). "Clinical Issues in Therapeutic Communities", in NIDA (1994) pp. 268-280.

De Leon, G. (2000). *A Comunidade Terapêutica – Teoria Modelo e Método*, Ed. Loyola, São Paulo SP, 2003.

Hinshelwood, R. (1991). "Identificação Projectiva", *Dicionário do Pensamento Kleiniano*, Ed. Artes Médicas, Porto Alegre RS, 1992.

Kennard, D. (2004). "The Therapeutic Community as an adaptable treatment modality across different settings", *Psychiatric Quarterly*, Vol.75, No.3 (springerlink.metapress.com/content/1573-6709).

Kernberg, O. (1976). *Object-Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*, Jason Aronson, North Vale, New Jersey, 1990.

Kernberg, O. (1999)., "Psychoanalysis, Psychoanalytic Psychotherapy and Supportive Psychotherapy: Contemporary Controversies.", *Int. J. Psychoanalysis* (1999) 80, 1075-91.

Money-Kyrle, R. (1956). "Contratransferência normal e alguns dos seus desvios", in Spillius, E.B. (ed.) *Melanie Klein Hoje, desenvolvimentos da Teoria e da Técnica - Volume 2: Artigos predominante técnicos*, Ed. Imago, Rio de Janeiro RJ, 1990.

NIDA (1994) - *Therapeutic Community: advances in research and Application*, National Institute on Drug Abuse Research Monograph 144, US Department of Health and Human Services, Rockfield MD, 1994.

Norton, K.; Bloom, S. (2004). "The art and challenges of long-term and short-term democratic therapeutic communities", *Psychiatric Quarterly*, Vol.75, No.3 (springerlink.metapress.com/content/1573-6709).

Pereira da Rocha, J.; Amaral Dias, C. (1979). "Uma Comunidade Terapêutica para dependentes: fundamentos teórico-práticos", in Amaral Dias *et al.* (2000), pp. 223-242.

Ribeiro, A. M.; Rodrigues, J.; Pereira da Rocha, J. (1979). "A psicoterapia de grupo numa comunidade terapêutica para toxicômanos", in Amaral Dias *et al.* (2000), pp. 273-294.

Whiteley, S. (2004). "The Evolution of the Therapeutic Community", *Psychiatric Quarterly*, Vol.75, No.3 (springerlink.metapress.com/content/1573-6709)

