

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS LIVRES DE DROGAS – DA INTERVENÇÃO IDEOLÓGICA À INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA

RUI TINOCO

RESUMO: Debruçamo-nos, neste artigo, sobre o desenvolvimento das comunidades terapêuticas (CT) livres de drogas. Para isso, detemo-nos na tradição norte-americana e na tradição europeia. Estamos perante dois modelos opostos, a saber: o hierárquico e o democrático. De seguida, fazemos uma reflexão sobre o modo como estas duas tradições se combinam no funcionamento de uma comunidade terapêutica actual. Este percurso permite-nos a conceitualização de certos critérios de qualidade que poderão presidir à avaliação de uma determinada CT.

Palavras-chave: Comunidade terapêutica; Terapia; Sem droga; Grupos de confrontação; *Synanon*; *Daytop*.

RÉSUMÉ: Dans cet article nous essayons de faire une brève histoire sur le développement des communautés thérapeutiques (CT) libres des drogues. Ainsi, nous irons parler de la tradition nord-américaine et de la tradition européenne. Nous parlons de deux traditions différentes: le modèle hiérarchique et le modèle démocratique. Nous parlons aussi des modes de combinaison de ces modèles dans le fonctionnement de la communauté thérapeutique actuelle. Ce parcours nous permet de faire une conceptualisation de critères de qualité pour évaluer l'excellence de l'intervention conduite pour une institution particulière.

Mots-clé: Communauté thérapeutique; Thérapie; Sans drogues; Groupe de confrontation; *Synanon*; *Daytop*.

ABSTRACT: We study in this article the development of therapeutic communities (CT) for treatment of drug users. To accomplish that goal we will speak of the North American tradition and the European tradition. In fact, we are between two opposite models: the hierarchical and the democratic one. After that, we study the ways in which these two models were integrated in the functioning of a modern CT. All this work allows us to list a number of criteria to evaluate the quality of a CT.

Key Words: Therapeutic community; Therapy; Drug free; Confrontation group; *Synanon*; *Daytop*.

Iremos traçar uma breve panorâmica histórica sobre a evolução das comunidades terapêuticas (CT) livres de drogas. O assunto é complexo e não pode ser esgotado num só artigo. Pensamos, porém, que é necessário clarificar a evolução da intervenção nestes contextos, de modo a compreender melhor a fundamentação de uma prática interventora que é compósita e procede das mais variadas proveniências, sejam elas científicas ou não científicas.⁽¹⁾

É sabido que, na área da intervenção das toxicodependências e do alcoolismo, têm emergido diversas organizações que dispensam a acção de técnicos especializados como por exemplo os Alcoólicos Anónimos. A evolução deste tipo de organizações, que elegeram os EUA como área privilegiada do seu desenvolvimento, influenciou as práticas científicas nesta área.

Dedicaremos a nossa atenção, precisamente, à análise das evoluções e retrocessos que as comunidades livres de drogas tiveram nesse país. Este tipo de organizações conseguiu fundar diversos princípios que cumpre analisar até porque permanecem, de alguma forma, actuais.

A Europa, por sua vez, confrontou-se mais tarde com o problema das toxicodependências. É claro que a ideia de comunidade terapêutica não era estranha no velho continente: Maxwell Jones tinha sido fundador de um modelo democrático. Mas a aplicação deste modelo das comunidades terapêuticas era feito a propósito de outras populações, como os feridos de guerra em contexto hospitalar (Kooyman, 2001; Jones, 1969).

As primeiras comunidades terapêuticas livres de drogas seguiram, entre nós, os princípios dos modelos democráticos. A experiência não se revelou proveitosa e exigiu uma reformulação. Desde os inícios dos anos 70, no entanto, a prática interventora tem vindo a aproximar-se de alguns princípios da tradição americana. A ênfase dada à relação terapêutica humaniza a intervenção e consegue despojá-la de tentações dogmáticas e totalitárias que, como veremos, não são tão raras como à partida se possa julgar (Broekaert, 1997).

Terminando tal percurso, estaremos em posição de discutir diversos conceitos básicos da intervenção terapêutica no contexto de uma comunidade terapêutica. A história ensinou-nos que diversos princípios, agora utilizados, têm um longo percurso e muitas vezes foram importados de formas de intervenção não científicas.

O desafio consiste precisamente em sermos capazes de herdar os aspectos positivos das experiências pretéritas, ao mesmo tempo que circunscrevemos os defeitos e as tentações dogmáticas a que as intervenções em comunidade terapêutica estiveram, frequentemente, associadas.

Esta tarefa, que agora nos propomos, afigura-se-nos de seminal importância no nosso país. A rede de comunidades terapêuticas protocoladas com os serviços públicos de intervenção na área das toxicodependências é já bastante extensa (consulte-se o *Relatório sobre a situação do país em matéria de drogas e toxicodependência, 2004*). Um número significativo de psicólogos e outros técnicos exerce a sua actividade profissional nestes contextos.

A tradição norte americana

No final do século XIX, no contexto do estudo da relevância da interioridade proto-psicológica, perde-se-me a expressão, e da curiosidade sobre a importância das primeiras comunidades terapêuticas cristãs, emergiram os grupos de Oxford e de Buchman que "*marcaram a origem dos Alcoólicos Anónimos*" (Broekaert, 1997, p 11).

Em 1935, os Alcoólicos Anónimos formaram um movimento de auto-ajuda com grande tradição na área. As propostas dos Doze Passos e das Doze Tradições fizeram escola em instituições do género como as Famílias Anónimas ou a *VulgAnon*.

Synanon

Referimos estas instituições porque foi a partir de uma dissidência dos AA que nasceu *Synanon*, primeira comunidade terapêutica livre de drogas estruturada hierarquicamente, possuindo normas de comportamento bastante rígidas. Em 1958 Charles Dederich, um AA recuperado, constrói um programa para ajudar heroínómanos a ultrapassar a sua dependência opiácea. Inicialmente estruturada em termos semelhantes aos AA, a organização viria a conhecer um êxito sem precedentes. Aliás, a construção do nome da organização não mascara as suas origens: *Sins Anonymous*, Pecados Anónimos.

Dederich era uma pessoa com interesses filosóficos que tentou aplicá-los na organização que dirigia. Tinha pretensões de mudar o mundo. Estas pretensões, se enquadradas na ideologia de contracultura dos *sixties* americanos,

podem explicar a sua aceitação inicial. A nova comunidade funcionava como uma família alargada, sob a autoridade moral do patriarca. Em breve, as pretensões filosóficas descambariam num culto da personalidade do fundador (Broekaert, 1997).

Mintzberg (1989) classificou este tipo de organizações como missionárias: havia nelas o culto de uma superioridade moral do patriarca que deveria ser transmitida aos novos membros; essa superioridade moral deveria ser espalhada pelo mundo através dos membros da organização que, idealmente, permaneceriam para sempre na condição de activistas. O objectivo não era a reinserção mas a retenção dos admitidos que deveriam ser inculcados de princípios cada vez mais rígidos e seriam incentivados a angariarem, constantemente, novos membros. Deste modo, a organização cresceria de modo exponencial.

O que de facto aconteceu é que, já em 1963, *Synanon* obtém reconhecimento da Subcomissão do Senado dos EUA para a Delinquência Juvenil. A organização continuou a crescer e em 1977 recusa já apoios governamentais, tentando alcançar a auto-suficiência. A comunidade terapêutica já era proprietária de quintas em todo os EUA, possuía escolas e hospitais próprios, desenvolvendo, inclusive, a sua própria indústria de manufacturados.

Esta independência e afastamento do mundo exterior reflecte-se até na indumentária. Todos os membros da organização possuem um uniforme característico, são obrigados a rapar o cabelo. A submissão de cada indivíduo à ideologia era cultivada em todos os gestos do quotidiano (De Leon, 2001; Kooyman, 2001).

Os grupos de confrontação pública, denominados jogos, passavam pela adaptação do indivíduo à vontade da comunidade. No jogo era expresso um amplo leque de emoções, de entusiasmo. Cultivava-se também a auto-disciplina e a correcção de certos padrões comportamentais. Usava-se, como instrumento de tratamento, a confrontação pública, se bem que em pequenos grupos. O conceito de jogo teve um certo impacto na sociedade, o que levou Dederich a propor a ideia de viagem. O grupo de confrontação mútua em voz alta, seria prolongado por 24 e mesmo 48 horas. A denominação viagem evoca o LSD e o ambiente de contracultura e de protesto que se vivia nos EUA dessa época.

Mas este clima de isolamento exterior tendeu a uma atitude de crescente dogmatismo. *Synanon* tornou-se um culto violento que chegou a desenvolver a sua própria milícia. Dederich começou depois a desorganizar-se e a voltar a beber. Reactivou o seu problema de alcoolismo.

Afinal, quem era este fundador da organização? Dederich nasceu em Ohio em 1913. Tornou-se um abusador da bebida após a morte do pai. Acabou por ser educado pela mãe e pelo padrasto. Teve uma juventude rebelde. Mais tarde, após problemas escolares, foi trabalhar para uma companhia de refinação petrolífera, onde chegou a ser executivo (Comas, 1998).

Casa-se, separa-se. Casa novamente em 1948, de cuja mulher teve um filho. Dois anos mais tarde começa a apresentar hábitos alcoólicos extremos. A restante biografia ficaria indelevelmente marcada por *Synanon*. Em 1959 conhece Bette Jean Beckham com quem se viria a casar e que, em 1961, entra para os quadros da direcção da organização.

A desorganização de Dederich, acima referida, vem também na sequência da morte da companheira. Em 1977 Bette Jean falece devido a cancro no pulmão. Este desequilíbrio emocional, conjugado com um certo dogmatismo teria consequências nefastas. Em 1978 Dederich foi condenado por ordenar ameaças e quase o assassinio de P. Morantz, um jornalista que tinha vindo a realizar trabalhos pouco abonatórios sobre a organização. O isolamento de *Synanon*, conjugado com o dogmatismo da sua ideologia, fizeram o resto (Boekaert & Van der Straten, 1997).

A organização quase desapareceu, observando-se uma crise de militância. A nova direcção, sem Dederich, viu-se obrigada a alienar bens acumulados ao longo de duas décadas. Na sucessão do cargo de director, Dederich acaba por dar lugar à sua filha. Em 1981 *Synanon* passa a uma Igreja e abandona muitas certezas que até então vigoravam na sua ideologia institucional.

Daytop

Synanon começou a implantar-se na costa Oeste, mas logo tentou gizar uma estratégia que permitisse a sua expansão na costa Nascente. Neste contexto Casriel, um psiquiatra, habita alguns meses em residências *Synanon*. Em 1964 Casriel e o Padre O'Brien romperam com *Synanon*, fazendo-lhe as seguintes críticas:

- as estadias na organização eram demasiado extensas temporalmente;
- observava-se uma falta de abertura ao exterior;
- registava-se falta de ajuda profissional;
- as técnicas de disciplina e aprendizagem usadas eram ultrapassadas;
- havia uma liderança excessivamente carismática de Dederich (Boekaert & Van der Straten, 1997).

As críticas eram óbvias e foram-se agravando ao longo dos anos, como vimos. Olievenstein (1973) classifica a experiência deste tipo de comunidades como de antipsiquiatria ou psiquiatria selvagem. As comunidades eram dirigidas pelos ex-toxicodependentes, sem qualquer apoio especializado. São estruturas comunitárias que vivem em autogestão.

O'Brien, com a ajuda de David Deitch, organiza uma nova instituição chamada *Daytop* que inicialmente se dedica à recuperação de toxicodependentes em regime probatório. Deitch chegou a ser o braço direito de Dederich em *Synanon* e traz com ele muitas das técnicas utilizadas. Mas a vertente ideológica foi inevitavelmente diluída.

Não existe, também aqui, dualidade entre os que são tratados e os que tratam. Em *Daytop*, o único critério fundamental é o comportamento: as decisões e castigos não decorrem de impressões, mas são consequências dos comportamentos. O ataque ao erro é o cerne da intervenção desta comunidade. Ataca-se o erro e não a pessoa. Aqui, um residente nunca é expulso: escolhe entre cumprir um castigo e a partida.

Apesar de *Daytop* conservar algumas características de *Synanon* existe uma maior humanização. Por outro lado, esta organização desenvolveu as suas próprias técnicas. Assim, *Daytop* mantém uma estrutura hierárquica se bem que com alguma mobilidade (Broekaert, 1997).

As exigências mantêm-se altas e estima-se que, mesmo após uma severa selecção, 20 % das entradas abandonem a comunidade pouco tempo depois. O modo como é realizada a desintoxicação pode explicar esse facto. Os admitidos têm de passar por essa fase sem qualquer apoio medicamentoso. Todos os residentes se interessam por ele, ao mesmo tempo que lhe exigem que trabalhe (Boekaert, *idem*).

Ultrapassada esta etapa, o noviço entra em regime residencial. Um dos primeiros objectivos é separar o

indivíduo do seu meio e fazê-lo participar na vida comunitária da residência em que se encontra alojado. Dois espaços são de primordial importância nessa vida: os treinos e os encontros. Os primeiros serviam para potenciar a aprendizagem de técnicas de propaganda e angariação de fundos. Os segundos, serviam de contexto para aplicação de técnicas de grupo, psicoterapias não tradicionais, e eram o núcleo de funcionamento de cada casa. A fase posterior decorria já fora da residência, tendo um ano como tempo médio de recuperação. Se, ainda assim, o 'veterano' não consumisse drogas, nem tivesse problemas com a justiça poderia estar apto a receber o seu diploma *Daytop*.

Esta organização difere em muitos aspectos de *Synanon*: não há culto do fundador, a instituição não está fechada sobre si mesma, há já uma certa preocupação com a reinserção dos indivíduos. Os grupos de mútua confrontação são mais ricos e humanos em *Daytop*. As hierarquias são também mais flexíveis, se bem que mantendo a estrutura bem organizada (Kooyman, 2001; Comas, 1998). Não esgotamos com isto a tradição americana no que diz respeito às comunidades terapêuticas livres de drogas. Existiram outras experiências como por exemplo as *Phoenix Houses* (com acompanhamento estruturado por etapas) e as *Odyssey Houses*. Ficámos, no entanto, a conhecer alguns princípios basilares do funcionamento do modelo hierárquico e disciplinado das COMUNIDADES TERAPÉUTICAS. Não nos esqueçamos de alguns conceitos: o jogo; a viagem; os grupos de encontro e de treino; as hierarquias imóveis e flexíveis – com adaptações e transformações muitos destes conceitos emergiriam mais tarde no funcionamento das COMUNIDADES TERAPÉUTICAS modernas e actuais.

Tradição europeia

No velho continente deparamo-nos com uma certa descontinuidade da visibilidade do conceito da comunidade terapêutica. De facto, o fenómeno das toxicod dependências não foi tão visível no velho continente como o foi na América. Os EUA pelo contrário, e nomeadamente em Nova Iorque, já se confrontaram com populações problemáticas de heroinómanos desde a primeira metade do século XX (Preble & Casey, 1969).

Maxwell Jones foi o pai da comunidade terapêutica

européia, mas o principal alvo da sua intervenção foi a população de soldados em recuperação do Hospital de *Northfield*, uma outra problemática portanto com ligações fortes à saúde mental tradicional, por assim dizer. Neste contexto, a equipa e os residentes tinham direitos iguais. Os pacientes eram incentivados a ter uma parte activa no processo de recuperação e tratamento.

Havia reuniões diárias para a equipa e pacientes. Nessas reuniões diárias eram observados os seguintes princípios: comunicação nos dois sentidos a todos os níveis; tomadas de decisão a todos os níveis; liderança partilhada ou múltipla; decisões consensuais; aprendizagem social pela interacção (Jones, 1969).

Jones faz predominar a aprendizagem social sobre a mental. Interessa-se mais pelo exterior que pelo intrapsíquico, chegando ao ponto de se denominar ecologista social. Ao longo da prática deste autor, a importância da liderança foi sendo acentuada. Passaram-se a nomear líderes pontuais para cada tarefa a desempenhar. De qualquer modo, o modelo democrático aproximou-se de algumas ideias do modelo hierárquico, ao reconhecer a necessidade de disciplina.

Porém, os primórdios da tradição europeia não se esgotam em Jones: Montessori e Decroly aplicaram este modo de intervenção em crianças, Bridger desenvolveu o conceito de comunidade terapêutica transcendental (Van der Straten, 1997). Não iremos explorar essas vertentes, até porque extravasam o âmbito deste trabalho. Voltaremos ao nosso assunto específico das comunidades terapêuticas livres de drogas.

Uma experiência holandesa

A comunidade terapêutica *Emilie-Hoeve*, em 1972, foi o palco de uma tentativa de aplicação do modelo democrático a uma população de toxicodependentes. Como acima tivemos oportunidade de sublinhar, a Europa só mais tarde se viu compelida a lidar com populações problemáticas de toxicodependentes. Nesse contexto, compreende-se melhor a tentativa de se usar o saber das comunidades terapêuticas desenvolvido a propósito de outros campos de intervenção – só posteriormente foi possível a emergência de um saber mais específico (Broekaert *et al.*, 1997).

A instituição democrática *Emilie-Hoeve* possuía inúmeras

valências, de modo a poder responder de forma mais cabal às solicitações com que se via confrontada. Assim, a intervenção englobava a desintoxicação, as terapias individuais clássicas, como a psicanálise, e o trabalho voluntário.

A selecção das admissões não era exigente, pretendia apenas que os propostos fossem capazes de estabelecer relações estáveis com os outros. Ainda no mesmo ano da sua abertura, o grupo dissolveu-se. Em pouco tempo a coesão do grupo dos admitidos foi-se diluindo, as atitudes anti-terapêuticas foram alastrando, impossibilitando assim qualquer forma de intervenção.

Da análise deste fracasso, retirou-se um conjunto de observações que iria modificar a actividade terapêutica nesta área. O modelo democrático possibilitava a emergência de decisões que nem sempre eram tomadas pelo desejo de abandonar o consumo de substâncias; a inexistência de actividades organizadas aumentava a tendência para a anarquia (Broekaert *et al.*, 1997).

É necessária a existência de uma organização, de uma estrutura mais estável e coerente, no sentido de ser resistente às pressões que inevitavelmente se irão despoletar. Seria, da mesma forma indispensável, a criação de um grupo mais estável e coerente de admitidos.

A comunidade terapêutica holandesa desistiu das intervenções de grupo mais clássicas, em vantagem dos grupos de confrontação. O estabelecimento de normas rígidas foi outra das consequências. Neste sentido, as ordens devem ser executadas pelos residentes sem qualquer tipo de discussão. A criação de estruturas intermédias que, preparavam as admissões, foi outra das lacunas colmatadas (Broekaert *et al.*, 1997).

Os grupos de confrontação serviam como sustentáculo à disciplina. Funcionam na prática como grupos de controle mútuo. Só quando a disciplina estiver bem interiorizada é que se pode equacionar um progressivo processo de independência.

A reinserção será, pois, um passo de primordial importância em qualquer comunidade terapêutica. Iremos, mais adiante, retomar este conflito entre a intervenção de grupos mais clássica e os grupos de confrontação (que têm como inspirador o conceito de jogo). Iremos analisar como se conseguem coadunar no funcionamento de uma

moderna comunidade terapêutica. Antes de o fazermos, cumpre-nos deter a nossa atenção em práticas europeias não científicas e que, nesse sentido, são descendentes de *Synanon* e, especialmente, de *Daytop*.

Práticas não científicas

Quem não ouviu falar em instituições como o PATRIARCHE, a REMAR, a RETO ou a BETEL? São instituições que se aproximam do modelo de *Synanon*, se bem que não tenham tantos meios ou poder como aquela organização americana chegou a possuir. No entanto, também aqui é observado o culto do fundador, um certo fechamento da instituição sobre si mesma e um conseqüente desdém pelo exterior.

REMAR (Reinserção de Marginais)

Tivemos, anos atrás, o cuidado de observar esta instituição (Carvalho, Dantas e Tinoco, 1993). Participámos em diversas reuniões e entrevistámos diversos indivíduos pertencentes à organização. Vamos, por isso, centrar a nossa atenção no seu funcionamento.

A REMAR possui quintas que servem as primeiras fases do acompanhamento. A ideia de os residentes serem deslocados da área geográfica onde habitam, é outro dos princípios seguidos. A reinserção é feita no âmbito da instituição: os residentes podem participar nas colectas ou trabalhar nos postos de venda.

Contudo, o dogmatismo do seu funcionamento é evidente através do cultivo de uma ideologia religiosa fortemente anti-católica. O culto do fundador, o Padre Miguel, também é visível na instituição. Idealmente, a reinserção faz-se na militância da REMAR. A evolução ideal da organização seria exponencial, uma vez que os critérios de sucesso passam pela adesão cega e permanente aos valores quotidianos da vivência institucional.

Internamente, desempenham um papel importante as cerimónias religiosas que ocorrem num ambiente especial. Na que presenciámos, cantava-se, liam-se textos bíblicos – principalmente aqueles que, se interpretados à letra, contradiziam certas práticas da religião dominante no nosso país – e havia um momento de confissão pública de pecados. Detenhamo-nos neste aspecto, que aliás já estava presente no jogo, na viagem e nos encontros. Num momento da missa, toda a assembleia fazia uma salmodia durante a

qual cada um era convidado implicitamente a confessar os seus pecados e a pedir perdão a Jesus. Estas práticas não são confrontativas como em *Synanon* ou em *Daytop*. No entanto, a confissão pública dos pecados (semelhante à que acontecia nas primeiras comunidades cristãs) fortalece o sentimento de pertença ao grupo, assim como poderá ter efeitos auto-disciplinadores. O constante ataque a certos valores da Igreja católica teria também como objectivo ‘dessocializar’ os residentes das suas aprendizagens religiosas anteriores e facilitar a adesão à ideologia da instituição. A militância neste tipo de organização parece preencher, nos que se adaptam, um vazio existencial, criando uma coerência biográfica que se encontrava fragmentada: ‘agora sei a razão pela qual conheci a droga, encontrei-me com Deus aqui’.

Projecto Homem

Nos primórdios, as comunidades terapêuticas concentravam-se no norte da Europa. Os países do sul ainda não possuíam este tipo de instituições. Tal facto é compreensível: Portugal e Espanha só conheceram as primeiras vagas de heroinómanos com a entrada dos anos oitenta (Romaní, 1991).

Em 1978 Don Mario Picchi, em Roma, é o impulsionador do Projecto Homem que viria depois a internacionalizar-se. As primeiras equipas do projecto foram treinadas numa residência *Daytop* em Nova Iorque. Tal facto pode ser contextualizado no seio de um debate europeu entre uma postura científica de Olievenstein e os modelos hierarquizados do Patriarcho (Comas, 1998).

As equipas viveram em comunidade, cultivando os princípios da auto-ajuda, disciplina, confrontação e controle emocional. Mas esta supervisão de *Daytop* ir-se-ia diluir na prática autónoma que o projecto foi capaz de ir desenvolvendo. As inovações do projecto têm que ver com a realidade dos países do sul do velho continente, onde o contexto sócio-cultural é diferente.

As residências e os centros de dia, que antecedem o ingresso na comunidade terapêutica propriamente dita, abriram-se à cooperação não residencial com os familiares dos internados. Um dos objectivos desse trabalho seria a preparação de um meio familiar acolhedor aquando das saídas, temporárias ou definitivas, dos residentes.

A formação de grupos de desenvolvimento e solidariedade para pais é uma das inovações específicas do Projecto. Outra delas, é a integração do instrumento da comunidade terapêutica com o do centro de dia e mesmo o apartamento de reinserção. O Projecto Homem desenvolveu programas específicos para menores em risco e para projectos de reintegração social. Possui, da mesma forma, um jornal próprio e faz-se representar internacionalmente nos fóruns e organizações científicas e oficiais da especialidade.

O reconhecimento internacional deve-se também à aceitação que a organização cultiva em relação ao saber científico acumulado nesta área. Psicólogos e assistentes sociais fazem parte dos quadros da comunidade terapêutica e participam activamente na vida quotidiana da comunidade.

Em Portugal, o Projecto Homem possui, a título de exemplo, centros de intervenção em Braga, onde propõe uma intervenção escalonada em fases: centro de dia; ingresso em comunidade terapêutica em regime de internamento completo; e, finalmente, programas de reinserção em apartamento protegido. A comunidade terapêutica está, pois, integrada num programa em que se constitui apenas como das suas fases.

A moderna comunidade terapêutica

Passámos em revista os principais marcos da história das comunidades terapêuticas livres de drogas. Já nos pudemos aperceber que, sob diversas denominações, os grupos de confrontação são o núcleo funcional das diversas instituições terapêuticas que passámos em revista. A moderna comunidade terapêutica não veio alterar este tipo de funcionamento, contudo, enquadrou este modo de intervenção sob um signo mais científico e humano.

Sem querermos ser abrangentes, vamos estudar o funcionamento contemporâneo das comunidades terapêuticas. Elas são capazes de coordenar a vertente da confrontação com modos de intervenção mais actuais. Ficaremos, só então, com uma panorâmica global do funcionamento das comunidades terapêuticas livres de drogas, que nos possibilitará dedicar algum espaço a uma reflexão sobre as vantagens e as desvantagens relativas de cada uma das intervenções e opções tomadas ao longo desta história que já tem largas décadas.

Um dos factores mais importantes actualmente é a criação

de um clima de crescimento, com os seus vectores de segurança e aceitação dentro de um grupo. A partir daí incentiva-se a responsabilidade individual: cada residente terá de perceber que lhe cabe somente a si próprio a resolução dos seus problemas (Bracke, 1997a).

Os conceitos de auto-ajuda e responsabilidade partilhada são essenciais. Todos os residentes são responsáveis pelo que sabem, vêem e sentem dentro de uma comunidade terapêutica. Quando alguém comete um erro todos os outros residentes têm de reagir.

O modelo hierárquico faz sentir a sua influência, nomeadamente através da consignação de um número de regras essenciais. Embora o funcionamento de uma comunidade terapêutica moderna tenha certas dimensões democráticas, incentive a participação e a capacidade de auto-ajuda de cada residente, há um conjunto de normas não sujeitas a discussão e cuja infracção implica castigo ou mesmo a expulsão. As mais evidentes são: a proibição do uso de drogas, de contactos sexuais e o uso de violência, bem como a explicitação de regras tendentes a obstar actos criminais no exterior da comunidade. Normalmente, a infracção destas normas leva à expulsão (Anita, 1997).

É necessário, porém, muito mais do que as regras essenciais para garantir o funcionamento da comunidade. A rotina diária é a consubstanciação dos princípios de auto-ajuda. A divisão do trabalho diário e a consignação de tarefas específicas a cada subgrupo favorecem o cultivo de valores próximos da responsabilidade. A organização do grupo deve garantir momentos de *feedback*, ao mesmo tempo que impõe uma hierarquia (Bracke, 1997a).

A rotina privilegia a responsabilidade individual. Um grupo bem organizado, com acordos sobre a confrontação mútua e o *feedback* dificulta a fuga às responsabilidades e as manipulações. Neste sentido, o grupo de encontro é o momento necessário e essencial da rotina diária (Bracke, 1997b). Ele constitui o núcleo funcional de uma moderna comunidade terapêutica. A noção de encontro, neste contexto, é descendente do jogo e dos grupos de confrontação das diversas organizações que passámos em revista (especialmente *Daytop*).

No encontro, a ideia de confrontação pelo grupo de pares é central. Os técnicos estão ausentes das reuniões. Pretende-se confrontar os indivíduos com as suas fugas à

responsabilidade e manipulação dos outros, ao mesmo tempo que se incentiva os residentes a encarar a realidade e a expressar os seus sentimentos.

Os grupos de confrontação podem estar estruturados em torno dos subgrupos de trabalho. Esses subgrupos podem, no entanto, ir sendo mudados para evitar certos vícios na confrontação. A equipa técnica, apesar de ausente desses subgrupos, deve controlar a sua qualidade através de seminários sobre estratégias de confrontação e o controle de algum dos conteúdos da sessão com os residentes mais velhos (sobre a utilidade de ex-toxicodependentes como profissionais de comunidade terapêutica consulte-se Woodhams, 2001).

Os grupos de encontro são o núcleo a que se podem agregar intervenções de grupo mais tradicionais, conforme as necessidades de cada residente – v. g. grupos de aprendizagem, grupos emocionais ou grupos de tema. As comunidades terapêuticas modernas trabalham aspectos da reinserção social através do incentivo a projectos no exterior, acompanhamento de famílias ou actividades com as forças vivas da região onde a instituição se encontra inserida (Anita, 1997).

Os conflitos na comunidade podem ser resolvidos através da confrontação. No âmbito dessa lógica, técnicos envolvidos nalgum conflito poderão ser chamados ao confronto. Se os conflitos alastrarem, se existirem demasiados contratos negativos, a comunidade terapêutica pode promover um dia fechado. Durante esse dia há actividades físicas, *role-play* e outras técnicas, ao mesmo tempo que se tenta resolver um aspecto específico de algum mal estar (Anita, 1997).

Critérios de qualidade

Apesar do grupo de encontro estar filiado numa tradição própria às comunidades terapêuticas livres de drogas, a um tipo específico de intervenção em grupos desviantes, observámos aqui como se pode coordenar essa tradição com as técnicas de grupo mais clássicas.

A confrontação é um instrumento terapêutico essencial neste âmbito, mas deve ser enquadrada em objectivos terapêuticos e despojada, ao máximo, das dimensões ideológicas que acima referenciámos. Actualmente, o residente recém admitido só ingressa no grupo de confrontação se estiver preparado e deve conhecer os

objectivos dessa confrontação, através da frequência de seminários e palestras proporcionadas pela equipa técnica. Nesta breve resenha histórica, tivemos oportunidade de conhecer o funcionamento de diversas instituições. A confrontação foi uma constante em todas elas, com os residentes a exporem as suas opiniões, pensamentos e defeitos a um grupo de pares que depois fornecerá feedback. Neste sentido, podemos filiar a prática na ideia de confissão pública praticada no seio das primeiras comunidades cristãs com o objectivo de um mútuo aperfeiçoamento moral (Straten, 1997).

Vamos agora debater alguns aspectos que importa reflectir e avaliar, até para os termos em linha de conta quando nos depararmos com uma determinada instituição. Convém sabermos enquadrar cada comunidade terapêutica em cada um destes parâmetros de intervenção.

Comunidades terapêuticas fechadas ou abertas

Um dos aspectos de onde se depreende a qualidade de uma comunidade terapêutica é a análise do seu grau de abertura ao exterior. Ou seja: há comunidades que pretendem uma auto-suficiência em relação à sociedade. Para alcançar tal objectivo (que aliás é utópico) a organização cultiva uma forte ideologia interna que pretende a construção de uma verdade superior a ser acatada por todos os seus membros – com *Synanon* vimos até que extremo este tipo de funcionamento pode levar. As modernas comunidades terapêuticas são abertas à comunidade tentando construir, com as forças vivas da região em que se inserem, projectos que podem ser de interesse e benefício para ambas as partes.

Subversão do pedido

Quer em *Synanon*, quer ainda em *Daytop* (ou mais recentemente no PATRIARCHE ou na REMAR) existe uma subversão do pedido. Os ingressos pedem ajuda para resolverem o seu problema com as drogas, mas acabam por ser imersos numa ideologia e num modo de vida que ultrapassa em muito o seu pedido. Implica, esta aceitação da ideologia, a modificação da maneira que cada um tem de encarar o mundo, os outros, a sociedade (que desconhece essa pretensa verdade superior) e até o sistema de crenças religiosas de cada um.

A questão do pedido é sempre problemática em qualquer comunidade terapêutica livre de drogas: muitos dos admitidos podem não querer estar na comunidade, foram obrigados pelas circunstâncias ou pela família. No entanto, é preocupante pensarmos na existência de um género de instituições que subverte o pedido de ajuda e tenta modificar completamente cada residente. Uma comunidade terapêutica moderna deve, ao invés, incentivar o crescimento e o desenvolvimento das capacidades inerentes a cada indivíduo.

Estrutura missionária

Utilizamos o termo missionário no sentido que lhe deu Mintzberg (1989): uma organização que pretende impor uma verdade ao mundo, verdade essa que terá de ser aceite de forma incondicional por cada um dos residentes e se possível espalhada por toda a sociedade.

Nas estruturas missionárias, a sedimentação da verdade deriva da excelência ou da superioridade moral do fundador da organização. O culto da pessoa do fundador é central no funcionamento deste género de instituições. Vimos também que uma moderna comunidade terapêutica repudia este género de funcionamento e, apesar de cultivar uma estrutura hierárquica, não isenta os seus técnicos de confrontação com os residentes.

Reinserção *versus* não reinserção

O eixo aberto-fechado não caracteriza exaustivamente a qualidade de uma comunidade terapêutica – é necessário analisar a qualidade dessa abertura. Ora essa qualidade passa pela existência ou não de trabalho específico na área da reinserção social dos residentes.

A comunidade terapêutica não pode ser uma ilha isolada, mas a etapa de um processo. Frequentemente, muitas comunidades terapêuticas possuem estruturas intermédias que acompanham os residentes na sua reinserção na sociedade – v. g. os apartamentos protegidos ou o emprego protegido.

A capacidade que cada comunidade terapêutica tem ou não tem de mobilizar e rentabilizar as potencialidades do meio onde se insere é, seguramente, um critério de qualidade do trabalho desenvolvido.

Tempo livre

Muitas comunidades terapêuticas podem ter a pretensão de querer preencher totalmente o quotidiano dos seus residentes. O objectivo é utópico e até contraproducente. O actual debate científico sobre este assunto tem chamado a atenção para a importância de ajudar os residentes a lidarem com os tempos livres, a reaprenderem a estarem a sós consigo mesmos (Anita, 1997; Bracke, 1997).

A noção de projecto no exterior é um instrumento terapêutico importante. O residente, a partir de certo momento, deve ser incentivado a realizar uma actividade no exterior. Nessa actividade, o residente é acompanhado por um residente mais velho, que depois será responsável pela formulação do feedback da actividade.

As instituições missionárias podem incentivar saídas mas com objectivos de angariação de fundos ou de propalação de uma determinada mensagem. Nestes casos, os noviços são acompanhados por residentes mais velhos, por vezes denominados de sombras.

O trabalho de tempo livre é importante e configura-se, do mesmo modo, como um índice de qualidade de uma comunidade terapêutica.

Síntese: dimensões democráticas e hierárquicas

Como tivemos oportunidade de realçar, uma moderna comunidade terapêutica deve conseguir coordenar os grupos de confrontação, ao mesmo tempo que aplica outras técnicas de grupo. A equipa técnica deve incentivar a hierarquia e a observação das regras essenciais. Os técnicos, porém, não estão acima dos residentes e podem ser chamados às confrontações. Por outro lado, as hierarquias podem ser reformuladas, as lideranças substituídas ou pode existir um líder específico para cada tarefa.

Terminando: uma moderna comunidade terapêutica deve estabelecer um equilíbrio dinâmico entre os grupos de confrontação e os grupos psicoterapêuticos tradicionais, deve combinar os ensinamentos do modelo hierárquico com os do modelo democrático (se bem que a hierarquia permaneça a matriz, a partir da qual se poderão realizar essas combinações).

Estas são as balizas de um equilíbrio instável que configura um desafio sempre renovado às equipas técnicas que trabalhem na área. Os psicólogos e os outros técnicos

devem conseguir coordenar o seu saber e as suas capacidades técnicas com o saber específico que emergiu, através de longas décadas de tradição, dos diversos movimentos de auto-ajuda.

Vivemos uma época em que a aposta em comunidades terapêuticas livres de drogas é um dos vectores principais da política das toxicodependências neste país. É preciso sabermos avaliar a qualidade do trabalho feito. É preciso sabermos-nos distanciar de certos discursos que pretendem erigir este instrumento terapêutico à dignidade de panaceia universal. Nesta área da intervenção, como felizmente em muitas outras, não existem verdades indiscutíveis ou infalíveis.

Contacto:

Rui Tinoco

Docente de Psicologia na Universidade Fernando Pessoa, Porto
Psicólogo CAT de Cedofeita

Rua Álvares Cabral, 328

4050-040 Porto

Tel: 222 074 990

NOTAS

(1) Referimo-nos a práticas não científicas como sendo aquelas que dispensam e repudiam até a acção de técnicos especializados. As práticas científicas englobam, por conseguinte, uma intervenção pensada e avaliada pelos avatares dos métodos científicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anita, C. (1997). «CT et familles» (77-86). In G. Straten (Ed) *La nouvelle communauté thérapeutique*. Louvain- la-Neuve: Academia Bruylant.

Bracke, R. (1997a). «L'organisation des CT» (47-70). In G. Straten (Ed) *La nouvelle communauté thérapeutique*. Louvain – la-Neuve: Academia Bruylant.

Bracke, R. (1997b). «Le groupe de rencontre: le cœur de da communauté thérapeutique» (71-76). In G. Straten (Ed) *La nouvelle communauté thérapeutique*. Louvain- la-Neuve: Academia Bruylant.

Broekaert, E. (1997). «Histoire et fondements de la communauté thérapeutique» (9-36). In G. Straten (Ed) *La nouvelle communauté thérapeutique*. Louvain – la-Neuve: Academia Bruylant.

Broekaert, E.; Raes, V. & Soyer, V. (1997). «Recherche 'follow-up' sur les CT» (95-108). In G. Straten (Ed) *La nouvelle communauté thérapeutique*. Louvain- la-Neuve: Academia Bruylant.

Broekaert, E. & Van Der Straten, G. (1997). «Histoire, philosophie et développement de la communauté thérapeutique en Europe». *Psychotropes*, 1: 7-23.

Carvalho, M.; Dantas, S. & Tinoco, R. (1993). Investigação realizada na instituição REMAR. Porto: Universidade do Porto FPCE (policopiado).

Comas, D. (1988). *El tratamiento de la drogodependencia y las comunidades terapeuticas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

De Leon, G. (2001). "Therapeutic communities for substance abuse developments in North America". In B. Rawlings & R. Yates (Ed.) *Therapeutic communities for treatment of drug users* (p. 79-104). London: Jessica Kingsley Publishers.

Jones, M. (1969). *Beyond the Therapeutic Community: Social Learning and Social Psychiatry*. Princeton: Yale University.

Kooyman, M. (2001). "The history of therapeutic communities: a view from Europe". In B. Rawlings & R. Yates (Ed.) *Therapeutic communities for treatment of drug users* (p. 59-78). London: Jessica Kingsley Publishers.

Mintzberg, H. (1989). *Le management – voyage au centre des organisations*. Paris: Les Editions d' Organisation.

Olievenstein, C. (1973). *A droga – drogas e toxicómanos*. Lisboa: Editorial Pórtico.

Preble E. & Casey, J. J. (1969) "Taking care of business". *The international journal of addiction*, 4 (1): 1-24.

Relatório sobre a situação do país em matéria de drogas e toxicodependência, www.idt.pt, 2004.

Romaní, O. (1991). *Drogodependientes: Circuitos informales y procesos de integración social*. Barcelona: IRES-PNSD.

Straten, G. (1997). «Refléxions sur le développement des CT en Europe» (37-46) In G. Straten (Ed) *La nouvelle communauté thérapeutique*. Louvain-la-Neuve: Academia Bruylant.

Woodhamns, A. (2001). "The staff member in the therapeutic community". In B. Rawlings & R. Yates (Ed.) *Therapeutic communities for treatment of drug users* (p. 79-104). London: Jessica Kingsley Publishers.