



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DO ACONSELHAMENTO

**CARREIRAS E IDENTIDADE NO PROCESSO DE SAÍDA DAS DEPENDÊNCIAS
QUÍMICAS: ALGUMAS PERSPECTIVAS DE SAÍDA E COMPREENSÕES DAS
CONSTRUÇÕES IDENTITÁRIAS**

**(Relatório da Atividade Profissional para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia –
Especialização em Psicologia Clínica e do Aconselhamento)**

Manuel Sommer – N° 20131117

ORIENTADOR: Professora Doutora Odete Nunes
Universidade Autónoma de Lisboa

Lisboa, Julho de 2014

Agradecimentos

Venho por este meio agradecer à Universidade Autónoma de Lisboa e ao Departamento de Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa, em especial à Professora Doutora Odete Nunes e ao Professor Doutor João Hipólito, pelo especial apoio e confiança que têm vindo a depositar em mim neste processo de obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e do Aconselhamento. Sem o contínuo suporte e encorajamento esta caminhada não teria sido o desafio pessoal que foi, muito obrigado!

Às minhas três meninas em casa um especial agradecimento pela compreensão deste acrescido projecto.

Gostaria de relembrar neste contexto um aforismo de um grande poeta austro-hungaro e polaco, Stanislaw Jerzy Lec, deveras inspirador:

“atrás de cada esquina, novas direcções se vislumbram”

Resumo

Pretende-se nesta reflexão, numa primeira parte, discutir alguns conceitos em torno das dependências químicas, a temática das carreiras neste percurso, algumas perspectivas a partir das quais esta problemática das dependências tem vindo a ser abordada e algumas questões em torno da identidade de indivíduos que vivem e apresentam estas carreiras. Esta reflexão é exclusivamente de cariz teórico e pretende discutir alguns conceitos de carreiras associados à problemática das dependências e interligar estes conceitos à temática da identidade e às suas diversas componentes e compreensões, tais como a identidade do Eu, a identidade social e a identidade pessoal.

Numa segunda parte, pretende-se apresentar o meu *currículum vitae* com um enfoque especial no percurso escolar e académico, assim como na actividade profissional exercida até ao dia de hoje.

Palavras-chave: Carreiras de Dependências, Identidade, Desenvolvimento, Socialização, Relação de Ajuda.

Abstract

In this short reflection we wish to discuss, in a first step, some aspects around the theme of chemical dependencies, the notion of careers, some perspectives from which this theme can be approached, the notion of identities and their interconnection to individuals who presents these careers. This reflection is exclusively theoretical and wishes to interconnect the notion of careers related to chemical dependencies and some of the various components of identities, e.g. identity of self, social and personal identity.

In a second step my *curriculum vitae* will be presented with a especial focus on my schooling and academic career, as well as with the description of my professional activities up until this day.

Key-words: Chemical Dependencies Careers, Identity, Development, Socialization, helping relationship.

Índice

Introdução	8
Parte I- Reflexão Teórica	11
Capítulo 1 - Uma Questão Moderna e Actual?	11
Capítulo 2 - Importância dos Conceitos de Carreira e de Carreira de Dependência.....	15
Capítulo 3 - Diferentes Perspectivas de Carreiras de Saída.....	20
A Perspectiva da Medicina: a Dependência como Doença	20
A Perspectiva da Psicologia do Desenvolvimento: a Dependência como Processo de Amadurecimento Temporalmente Delimitado e Relacionado com a Idade.....	25
A Perspectiva da Investigação Sociológica: a Carreira da Dependência como Forma de Socialização e Processo <i>Labeling</i>	30
A Compreensão da Identidade Social.....	35
A Compreensão da Identidade Pessoal.	36
A Compreensão da Identidade do Eu.	38
A Perspectiva das Intervenções e Modelos Terapêuticos.....	45
Capítulo 4 – Apreciação final e Conclusão.....	49
Referências Bibliográficas	51
Parte II - Discussão Detalhada do Curriculum Vitae – CV	59

Índice de Figuras

Figura 1: Esquema de Dashefsky	40
Figura 2: Resumo e reflexão dos estágios realizados	62

Índice de Anexos

Anexo A: O conceito de tríade de Lucchini.....74

Anexo B: Diploma76

RELATÓRIO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL

**CARREIRAS E IDENTIDADE NO PROCESSO DE SAÍDA DAS
DEPENDÊNCIAS QUÍMICAS: ALGUMAS PERSPECTIVAS E
COMPREENSÕES DAS CONSTRUÇÕES IDENTITÁRIAS**

Introdução

O presente Relatório de Atividade Profissional visa a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, na Especialidade de Psicologia Clínica e de Aconselhamento pela Universidade Autónoma de Lisboa (UAL). Tendo terminado um curso superior de *Sozialpädagogik*, na Universidade de Fribourg, Suíça, no ano de 1989, é nossa intenção obter a acreditação da formação académica adquirida anteriormente à entrada em vigor do Processo de Bolonha e da atividade profissional que tenho vindo a exercer desde essa data, ao referido Mestrado de Psicologia Clínica e de Aconselhamento.

Assim, este relatório é composto por duas partes. A primeira, uma reflexão de cariz teórica, visa discutir alguns conceitos em torno da problemática das dependências químicas e a temática das carreiras e da identidade no processo de saída das mesmas. Pretende situar a discussão teórica dentro da discussão atual em termo das intervenções profissionais e em especial da Psicologia na atualidade desta temática.

Numa segunda parte pretende-se não só descrever o Curriculum Vitae desde o início do percurso escolar, como igualmente é nosso objectivo descrever a atividade profissional ao longo destes 25 anos, desde a licenciatura. Pretende-se, ainda, demonstrar a experiência prática adquirida nestes anos e como esta se encontra intimamente relacionada com a prática da Psicologia.

Por último, é importante mencionar que o presente Relatório se encontra organizado em duas partes: a primeira consiste de uma reflexão teórica sobre a problemática da toxicodependência e da temática das Carreiras e Identidade no

processo de saída das dependências químicas; na segunda parte é elaborada uma apresentação e discussão detalhada do Curriculum Vitae-CV¹.

¹ A redacção do presente Relatório não cumpriu as normas do novo Acordo Ortográfica da Língua Portuguesa.

Parte I- Reflexão Teórica

Na primeira parte do relatório procura-se reflectir acerca do tema das Carreiras e Identidade no processo de saída das dependências químicas, assim como, apresentar várias perspectivas das intervenções e dos modelos terapêuticos atualmente existentes nesta área de atuação.

Capítulo 1 - Uma Questão Moderna e Actual?

O uso e abuso de substâncias transformou-se num grave problema de saúde pública em praticamente todos os países do mundo. O início do consumo de substâncias pode ocorrer por diversos motivos, tais como: hedonismo, curiosidade, alívio da dor e sofrimento que, provavelmente persistirão após a dependência, como também, com o objectivo de vivenciar novas experiências. O uso crónico dessas substâncias pode causar dependência química, consistindo na consequência da relação patológica entre um indivíduo e uma substância psicoactiva. Outro problema refere-se à utilização de drogas psicotrópicas, assim como à existência de comorbilidades psiquiátricas em dependentes de drogas (Scheffer, Pasa & Almeida, 2010).

O consumo de substâncias químicas é uma problemática que engloba variáveis ambientais, biológicas, psicológicas, sociais e que actuam simultaneamente, existindo uma interacção entre o agente (a droga), o sujeito (o indivíduo e a sociedade) e o meio (os contextos sócio-económicos e culturais) (Migott, 2008).

Na nossa actualidade, a saída da dependência é um tema sobre o qual muito se escreve, muito se investiga e, em relação ao qual, são constantemente adquiridos entendimentos novos. O âmbito da discussão em torno das Dependências aponta no sentido de um tratamento sanitário e social, ou mais precisamente, no sentido de um

controlo psico-higiénico e de conservação de saúde, com o apoio de opiáceos ou outros medicamentos de substituição² e até prescrição controlada de heroína. Nas palavras de Giddens (2001), associado ao facto de o nosso mundo pós-industrial se encontrar cada vez mais “desprendido”, no qual, através da crescente realidade e problemática da individualização (Beck & Beck-Gernsheim, 1994; Ehrenberg, 1991; Touraine, 1992), aparecem cada vez mais liberdades individuais, mas também liberdades descritas como arriscadas (Beck e Beck-Gernsheim, 1994) e, segundo Ehrenberg (1995), mais indivíduos inseguros.

Muitos dos profissionais activos na área da Saúde parecem ter sucumbido a uma visão pessimista da problemática da toxicodependência. Isto deve-se ao facto de estes técnicos verem os tratamentos como substitutos numa lógica redutora de controle de danos ou como uma redução de riscos, afastando assim, cada vez mais, o princípio e o objectivo da saída da dependência, como fim do tratamento. Foi este o género de intervenção que caracterizou a actuação dos profissionais neste campo ao ponto de Geismar-Wieviorka (1999) afirmar que:

(...) limitar os danos, reduzir os danos, são as únicas ambições a que podemos razoavelmente aspirar. Sejamos pragmáticos, deixemos de sonhar, os toxicodependentes não têm cura, e é necessário organizar a intervenção junto deles a partir deste parâmetro considerado incontestável. Alguns toxicodependentes parecem, eles próprios, aderir a esta visão pessimista (realista?) do seu futuro: toxicodependente um dia, toxicodependente para sempre (...) (p. 7).

O objectivo de um profissional na maioria dos casos, trate-se de um processo de orientação médica ou psiquiátrica, consiste na estabilização do doente

² Desde a metadona clássica aos opiáceos semi-sintéticos como por exemplo o Subutex, etc.

toxicodependente. Só após atingida esta estabilização, o que pode durar até três anos, é que se vislumbra a possibilidade de iniciar qualquer outro tratamento, segundo referiu Lowenstein e colaboradores (1995) :

L'objectif du traitement est la stabilisation, c'est à dire la maîtrise des consommations de psychotropes qui ne doivent pas menacer la santé et l'équilibre personnel et social du patient...a partir de trois ou quatre ans de traitement, si l'étayage psychosocial paraît solide, une réduction progressive de la posologie peut être envisagée... (p. 104).

São prática corrente, nestes programas de estabilização, as intervenções com a substância metadona, falando-se de um conceito que facilmente induz em erro: tratamento de redução progressiva. Nestes programas, cujo tempo de tratamento é indeterminado, a metadona é prescrita, segundo o Ministério da Saúde da Suíça (Bundesamt für Gesundheitswesen, 1994) “sob condições controladas sem que se obrigue o paciente a uma abstinência do consumo da heroína, não se impondo qualquer alteração no seu estilo de vida (distância do meio da droga, desistência da delinquência resultante do consumo da droga, reinserção)” (p. 5). A questão da saída da dependência pode ser influenciada por diversos factores. Pergunta-se até que ponto a posição pessimista, para não falar, segundo Heckmann (1992), de uma rendição face à dependência por parte dos profissionais que se ocupam diariamente da toxicodependência, já terá influenciado a sua abordagem em relação a esta temática. Outro factor que influencia significativamente a abordagem dos profissionais neste campo está ligado aos enormes lucros financeiros das empresas farmacêuticas através da prescrição de opiáceos (segundo a análise de Caballero, 1989). São estas as realidades que podem ter desempenhado um papel decisivo na observada alteração do paradigma.

As questões nucleares colocadas pela nossa sociedade face aos consumidores dependentes, deveriam ser as seguintes: será possível que um toxicodependente, visto como actor na nossa sociedade, pode realizar uma saída da sua dependência e alcançar um estilo de vida livre de drogas? E se for possível, quais as estruturas de identidade que se tornarão visíveis e quais as estratégias de identidade que serão utilizadas por esses actores?

As políticas públicas e os serviços de assistência médico-psicosocial parecem já não oferecer uma vida livre de drogas como uma opção aos toxicodependentes (Budenaerts, 2001)³. Esta realidade já fez surgir o conceito, segundo Baldino (2000) de “Methadonia” (p.13), o qual pode ser definido como o país e/ou o território da metadona. Trata-se de um desenvolvimento moderno e que realça a actualidade, por vezes desconcertante, desta temática.

Seguidamente será abordada a importância dos conceitos de carreira, bem como, da carreira de dependência.

³ A maioria dos projectos ligados ao tratamento da toxicodependência (por exemplo em França) seguem esta lógica. Neste sentido, torna-se interessante visualizar o relatório empírico de uma assistente social que participa em vários projectos (Budenaerts, 2001).

Capítulo 2 - Importância dos Conceitos de Carreira e de Carreira de Dependência

Na base desta curta reflexão encontra-se o conceito de carreira. É reportado a Hughes (1937) a introdução do conceito de carreira na investigação sociológica e psicológica. Contudo, tendo em conta a época, fê-lo numa perspectiva de análise biográfica, na qual é analisado o processo de desenvolvimento de um trabalhador nas diversas fases da sua evolução profissional (Hall & Strauss, 1956; Hughes, 1958)⁴. No centro desta análise encontram-se aspectos objectivos de carreira que, segundo Hughes (1958), investigam os movimentos que as pessoas realizam através da estrutura social da sociedade e ao longo da sua vida. Estudava-se, segundo Lindesmith, Strauss e Denzin (1999) os “status passages, movements in and out of labour markets, educational settings, marriages, friendships, or groups” (p. 315).

Porém, qualquer carreira contém factores subjectivos, os quais têm efeitos sobre o si-mesmo e a auto-imagem (Stebbins, 1970)⁵. Goffman (1973) colocou a dualidade do conceito de carreira no centro do seu trabalho, ilustrando esta dualidade em relação à identidade dos indivíduos consumidores aquando da interacção com outros indivíduos consumidores, quando nos diz que:

(...) uma das vantagens do conceito de carreira é a duplicidade do termo. Por um lado toca nos temas importantes da imagem de si e do sentimento de identidade; por outro lado refere-se ao estatuto oficial, às condições legais, assim como ao estilo de vida, e é parte de um Total institucional acessível a todos (p. 127).

⁴ No que concerne a Hughes (1958) aconselha-se na obra deste autor a leitura das páginas: 56-67, 102-115 e 157-168.

⁵ Neste artigo o autor sublinha a importância do conteúdo subjectivo da carreira e enquadra-o na discussão geral.

Assim, e ainda segundo o mesmo autor (1973), o conceito de carreira permite aos indivíduos movimentarem-se entre o pessoal e o público e entre o Eu e a sociedade, estando dependente de como os indivíduos se veem a si próprios.

Goffman (1973) ainda sublinhou a questão do traço moral da carreira “o qual se prende com o normal desenvolvimento das mudanças que a carreira tem sobre o si-mesmo e sobre o padrão metafórico com o qual o Homem se julga a si próprio e terceiros” (p. 127). Trata-se, nesta reflexão, de carreiras de saída subjectivas por parte de indivíduos ex-toxicodependentes cuja carreira se tenha iniciado há pelo menos dois anos. Esta carreira moral, própria do actor, pode ser separada da carreira objectiva de dependência por si escolhida, dado que, segundo Lindesmith, Strauss e Denzin (1999):

Whether or not they want to, all individuals have personal moral carrers that encompass all of their experiences, actions, and commitments up to and including the present moment. Thus although many careers are optional, the personal moral careers is not. Every individual, accordingly, has a set of accounts or stories that explain and justify the current status of his or her personal career (p. 315).

É dentro deste enquadramento que se deve estudar as carreiras de saída de ex-toxicodependentes. Enquanto Goffman fala de ciclos sociais alternados no decurso da vida de qualquer ser humano, Becker (1985) propõe a introdução do conceito de carreira na discussão sobre o desvio e a análise de carreiras desviantes, na perspectiva do seu modelo sequencial.

Não obstante, esta análise não constitui o objectivo deste estudo e embora não nos queiramos ocupar em pormenor com a perspectiva do *labeling*, é grande a importância das consequências sobre a identidade que aparecem devido à

estigmatização dos actores desviados. Relacionado com a problemática da identidade encontramos neste modelo o factor tempo⁶ como aspecto central, dado que as mudanças de identidade⁷ estão em estreita relação com as mudanças no decorrer do tempo, durante o qual esse desvio é vivido e existindo uma interacção dos indivíduos, isto é, com o indivíduo classificado como desviado com os outros e com o impacto que tem na evolução da imagem de si, tal como é depreendido das palavras de Becker (1985):

(...) en tout cas, le fait d'être pris et stigmatisé comme déviant a des conséquences importantes sur la participation ultérieure à la vie sociale et sur l'évolution de l'image de soi de l'individu. La conséquence principale est un changement dans l'identité de l'individu aux yeux des autres. En raison de la faute commise et du caractère flagrant de celle-ci, il acquiert un nouveau statut. On a découvert une personnalité différente de celle qu'on lui prêtait (...) (p. 55).

Para o autor, a análise da construção de carreiras com desvios e a entrada em determinadas subculturas, com a ajuda determinante proveniente das reacções da sociedade no processo de estigmatização, tiveram um papel central no seu modelo sequencial. Já nesta reflexão, o tema é o da saída de uma carreira de desvio e a construção de uma nova carreira através da adopção de mecanismos de acção, os quais são vividos e que devem convencer o indivíduo interactivo da necessidade de sair da sua carreira de desvio e enveredar por um novo caminho. Através da utilização destas novas estratégias, serão dadas a conhecer, por parte do indivíduo, mudanças de identidade que se evidenciam do ponto de vista social e que lhe permitem voltar a

⁶ O conceito tríade de Lucchini (1985) (ver anexo A) torna claro a interacção e interdependência da dinâmica temporal. O factor tempo é um factor que neste relatório terá uma presença constante na análise das carreiras de saída.

⁷ Irá proceder-se à definição do termo identidade e suas variantes no capítulo 3.3.

tornar-se num membro da sociedade reinserido. É deste ângulo que nos queremos aproximar da problemática da dependência. Mais, o que sublinhamos não é a forma pela qual o indivíduo aborda a carreira de desvio de dependência, antes, tentamos entender a problemática da identidade dos indivíduos que saem depois de terem percorrido uma carreira de dependência de vários anos. São, assim as alterações de identidade que resultam desta dinâmica que queremos como núcleo desta reflexão.

Como entenderemos mais adiante, não é o abandono do consumo por parte do indivíduo que constitui o momento determinante da carreira de saída da dependência, nem o serão outros factores objectivos, mas sim a compreensão do indivíduo que saiu da dependência das condições interaccionais do seu meio social. Ilustra-se, assim, que o indivíduo interioriza estes momentos de interacção determinantes, integrando-os num momento posterior na sua identidade pessoal para depois, aquando de interacções directas, as poder transmitir. Um dos conteúdos centrais deste campo sob investigação, consiste na análise da interacção directa nessa comunicação existente e, segundo Goffman (1999a), descritos como “pequenos momentos interaccionais” (p.7), os quais são importantes para o bom funcionamento dessa mesma interacção.

Contudo, antes de prosseguirmos a análise interaccional e intersubjectiva (Joas, 1985, 1989)⁸ dos indivíduos que saíram da dependência e perceber quais os efeitos nas várias facetas da identidade pessoal e social, importa debater a problemática geral da dependência a partir de três pontos de vista diferentes, que serão apresentados em seguida neste trabalho. Pretendemos encaixar a nossa análise na discussão geral e mostrar que não tem sido debatido suficientemente a perspectiva dos indivíduos ex-toxicodependentes na reflexão científica. O mesmo vale para os

⁸ Quanto ao tema e à discussão sobre a problemática da intersubjectividade, encontra-se em Joas (1985, 1989) vários contributos sobre a teoria da intersubjectividade e dos aspectos de actuação social que estão na sua base.

mecanismos de identidade elaborados na saída da toxicodependência. Por isso, o conceito de carreira será definido neste estudo como uma carreira subjectiva e intersubjectiva, a qual, é construída por agentes em interacção e que formam, continuamente, a identidade biográfica.

Capítulo 3 - Diferentes Perspectivas de Carreiras de Saída

Antes de nos dedicarmos ao tema das várias compreensões das reconstruções identitárias nas carreiras de saída da dependência, iremos discutir algumas das perspectivas de desenvolvimento que estão subjacentes. Na problemática da dependência encontramos uma temática que, há várias décadas, entra em contacto com diversos campos sociais e que é tratada de forma diversa nas várias áreas disciplinares e profissionais. O objectivo a que nos propomos nesta parte é a de apresentar, *grosso modo*, quatro perspectivas – a da medicina, da psicologia do desenvolvimento, da investigação psicossociológica e das intervenções e modelos terapêuticos - que resultam do abundante material bibliográfico sobre este tema. A distinção entre estas abordagens é uma distinção essencialmente conceptual visto não serem raras as áreas de sobreposição.

A Perspectiva da Medicina: a Dependência como Doença

Pelo menos desde o aparecimento do conceito de doença de Jellinek (1960), conceito muito exposto e debatido, a definição do alcoolismo como doença e em geral das outras dependências, em particular à da heroína, é um ponto de partida comum. No centro desta perspectiva, encontramos as propriedades farmacológicas das drogas e dos seus efeitos fisiológicos. O desenvolvimento de uma dependência fisiológica que é produzida pelo consumo e o necessário aumento da dose com a finalidade de obter o mesmo efeito farmacológico, é o principal aspecto desta orientação. Parte-se do princípio, nesta concepção farmacológica, que os toxicodependentes sofrem de uma personalidade perturbada que está na origem da personalidade dependente

(Groenemeyer, 1990; Keup, 1978). O ponto de partida desta opinião no referente à existência prévia de uma personalidade com tendência para a dependência, é uma predisposição para o desenvolvimento da doença de toxicodependência, mesmo ainda antes do início do consumo de drogas. Neste sentido, a abordagem mais comum e genericamente aceite em torno das adições foca a personalidade do adicto. Na base destas teorias encontra-se a assumption que pessoas tornam-se adictas porque são mentalmente anormais ou inadequadas ou, pelo menos, debilitadas por algum problema psicológico sério (Coleman, 1978).

A ideia subjacente a esta personalidade dependente consiste em acreditar que esta só se torna visível com o início do consumo e que a carreira se desenvolve em etapas direcionando-se para uma degradação progressiva do agente toxicodependente. Consequentemente alguns autores, nomeadamente Groenemeyer (1990), descrevem este tipo de carreira como uma “carreira de degradação progressiva” (p. 44)⁹. O seu desenvolvimento é progressivo e desenrola-se em direcção a uma crescente degradação sob forma, segundo Coleman (1978), de uma carreira “spiral down” (p.559). Assim sendo, apesar do inicial *glamour* e excitação, a vida de um consumidor de rua é difícil, onde vários problemas assolam (menos os mais “sortudos” dos adictos) tornando-se progressivamente pior à medida que a carreira avança, nomeadamente os problemas económicos são os mais frequentemente expressos. Assim que os *chippies* (os consumidores ocasionais) se acomodam ao seu padrão de consumo, a tolerância aos narcóticos aumenta progressivamente e, com isto, o custo do seu hábito. Desta forma as poupanças são gastas rapidamente e os preciosos bens dos adictos são vendidos ou trocados por narcóticos (Coleman, 1978).

⁹ Neste sentido, é importante fazer referência ao modelo clássico de 6 etapas da carreira da dependência, que é visto por Groenemeyer como uma carreira em 3 etapas e ainda ao esquema de 4 e 42 fases de Jellinek (1988).

Ainda, e de acordo com Coleman (1978), o fim desta espiral dá-se quando atingido o “bottom” (p.560), isto é, a maioria dos adictos sente que os seus problemas pessoais continuam a crescer com os anos de consumo. Quando esta espiral descendente finalmente chega ao seu ponto máximo, o adicto é invadido por um sentimento de desespero, pela futilidade sem esperança das suas vidas e o seu isolamento pessoal. Neste período, o adicto parece perder toda a confiança na sua habilidade de tomar a mais simples decisão. Cada movimento que faz parece, ainda, aprofundar mais o pesadelo em que a sua vida se tornou.

A consequência da proposta do toxicodependente como doente do foro médico em conjugação com a problemática da SIDA, aparecida em 1980, e relacionado com o modelo de infecção (Geismar-Wieviorka, 1995), com as terapêuticas associadas, com a prescrição da metadona e a discussão da prescrição social/médica da heroína, é uma forma de medicalização da toxicodependência (Zapalá, 1997)¹⁰ cada vez mais forte. Esta opinião faz ressurgir a discussão sobre o papel que a medicina desempenha e segundo Szast (1994), como instrumento de “*purificação*” (p.163). O crescente enquadramento da toxicodependência no registo médico tem como corolário, segundo Zapalá (1997), a perspectiva da toxicodependência como “doença, o toxicodependente como doente ou paciente e a metadona como medicamento” (p. 107).

Sem querer entrar nas consequências socio-políticas desta discussão, não podemos deixar de reflectir sobre o papel da medicina e, dentro desta, o da psiquiatria, na pessoa do psiquiatra como interlocutor escolhido e privilegiado para o tratamento e controle do toxicodependente e com a consequente classificação

¹⁰ Nesta excelente obra, a autora demonstra como esta medicalização da toxicodependência é muito defendida no discurso jornalístico e como esta perspectiva do indivíduo toxicodependente como doente está a tomar uma posição cada vez mais dominante no debate público.

implícita da toxicodependência como síndrome socio-psiquiátrica¹¹. Encontramos o ponto alto desta classificação da toxicodependência como síndrome socio-psiquiátrica na inserção desta dependência no DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) da Sociedade Psiquiátrica Americana. Este manual é tido como referência de diagnóstico para todos os sintomas e síndromas psiquiátricos, contendo um capítulo específico para todas as substâncias geradoras de dependências (Capítulo 6 do DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1996). Desde essa inclusão, a toxicodependência foi definida não só como doença médica geral, mas como uma doença psiquiátrica específica e que acarreta perturbações psíquicas, as quais têm de ser tratadas por um especialista médico, nomeadamente, um psiquiatra. Este ajustamento da toxicodependência a conceitos normativos axiológicos está ao serviço da ciência como forma de assegurar a intervenção prática e, segundo Basaglia (1973), “(...) enquanto o trabalho científico se rege por conceitos normativos ele é considerado sério e respeitável, porque se escuda de ser posto em causa pela realidade e ser contradito (...)” (p. 7). Embora outras formas de tratamento sejam toleradas, estas não só têm de ser sancionadas por um psiquiatra como têm de ser permitidas por este. Neste ponto é clara a delegação do poder e é ainda observável um novo sistema de poder, que provavelmente produz novos marginais, tal como explica Basaglia (1973):

(...) a delegação do poder a técnicos que a gerem por eles e com a ajuda de novas formas de violência, a violência técnica, cria novos excluídos. O trabalho destes intermediários consiste em mistificar a violência com a ajuda da tecnificação, sem no entanto tocar na substância, de maneira a que o Objecto

¹¹ Chegam a esta conclusão Zapalá, Boller e Coray num estudo concernente à análise de artigos jornalísticos publicados em alguns jornais da Suíça francesa durante o ano 1996 que se ocuparam da problemática da prescrição de drogas, da investigação sobre a toxicodependência e a prevenção desta (Zapalá, 1997).

sobre qual é exercida a violência se adapte à mesma sem mais nem menos, e sem ter consciência e sem vir a ser sujeito de violência contra o que o objecto viola. O objectivo destes delegados de violência é o de traçar novas fronteiras da exclusão e de desenvolver novas formas de desvio, que até à data ainda se encontram dentro das normas (p. 125).

Através desta definição legitima-se a prescrição de drogas controladas, a prescrição de substitutos, a prescrição de antiopiáceos, o internamento em estabelecimentos terapêuticos e o registo desta “epidemia”,¹² como pólo oposto à degradação progressiva do indivíduo observável na realidade vivida nas ruas, onde abundam as perturbações psíquicas e a necessidade de uma intervenção profissional e farmacológica, porque estes indivíduos estão doentes. Assim, Zapalá (1997), defende que:

(...) a distribuição médica de substâncias psicotrópicas que alteram o humor muda a percepção do problema da droga. Ela possibilita uma mudança de acento do produto para a pessoa e uma destigmatização do dependente, que, reconhecido como doente, perde a etiqueta de delinquente. A existência de centros de distribuição de drogas permite resolver o problema da cena aberta da droga, que é sintoma de sujidade, mas também de violência. Simbolicamente, observamos um processo de purificação, no qual um problema da sociedade é medicalizado com sucesso e se transforma numa doença que, no entanto, não é definido medicamente, mas que pode ser circunscrito socialmente (p. 119).

¹² O alastramento epidémico da toxicodependência é defendido por muitos autores e é utilizado como argumento para a discussão pública desta temática (Pélicher & Thuillier, 1985).

Pode-se observar pelo supra citado que vários conceitos e ideias foram amplamente discutidos por diferentes quadrantes ligados a uma perspectiva médica e médico-farmacológica, com consequências sociais e sócio-políticas para os consumidores e que caracterizam a intervenção moderna dentro desta área de forma significativa.

A Perspectiva da Psicologia do Desenvolvimento: a Dependência como Processo de Amadurecimento Temporalmente Delimitado e Relacionado com a Idade

O modelo de carreira da dependência, até agora descrito e discutido, e que se baseia na concepção da toxicodependência como doença e com a presunção do desenvolvimento de uma carreira de degradação progressiva, foi abalada e deposta através de novos estudos realizados por Winick (1962), entre outros, na década de sessenta do século passado.

Uma análise minuciosa das quase 45000 actas sobre toxicodependentes do *Federal Bureau of Narcotics* demonstrou que uma grande parte desses toxicodependentes deixaram de estar registados nessas mesmas actas. Tratavam-se de sujeitos com menos de 40 anos de idade e com uma carreira de dependência de 10 a 15 anos, ou seja, estas pessoas deixaram de ter comportamentos dignos de registo pelas autoridades. Esta realidade levou Winick (1962) a uma hipótese de “maturing-out of addiction” (p. 5), segundo a qual o mesmo autor (1962) perspectiva que “the addict stops taking drugs, as the problems for which he originally began taking drugs become less salient and less urgent, if our hypothesis is correct” (p.5). Ao contrário da hipótese da degradação progressiva, a explicação dada pelo autor é que não haveria razões especiais que conduzissem ao término de uma carreira de dependência. O

toxicodependente deixa de consumir porque o seu próprio amadurecimento lhe tira o interesse no consumo da droga, tal como descreve Winick (1962):

(...) it is as if, metaphorically speaking, the addicts inner fires have become banked by their thirties. They may feel that less is expected of them in the way of sex, aggressiveness, a vocation, helping their parents, or starting a family. As a result of some process of emotional homeostasis, the stresses and strains of life are becoming sufficiently stabilized for the typical addict in his thirties so that he can face them without the support provided by narcotics (p. 5).

A ideia subjacente a esta posição é a de que não serão as variáveis da personalidade individual que determinam a saída da toxicodependência nem o trabalhar destas características da personalidade que permitem ao indivíduo esse regresso. Será antes o ciclo da vida, objectivo e tendencialmente determinado pelo factor idade (idade mais avançada equivalerá a maiores possibilidades de saída da toxicodependência) e factor duração (quanto mais tempo tiver durado a carreira mais perto estará o dependente de iniciar a saída), independentemente das variáveis da personalidade dos agentes dependentes individualmente considerados (Snow, 1973).

Neste sentido o *maturing-out* é definido como o inverso dos mecanismos considerados imaturos, e que segundo Maddux & Desmond (1980) “if we conceive of chronic opiod drug use as an immature coping device, then any enduring abstinence can be called ‘maturing-out’.” (p. 24).

Não obstante esta hipótese de *maturing-out* ter ganho reconhecimento na literatura científica, o estudo de Winick foi contrariado poucos anos após a sua publicação, entre outros, por Vaillant (1973), quando conseguiu provar, através de um estudo longitudinal, que mais de metade dos seus candidatos consumia há mais de

cinco anos sem chamar atenção das autoridades, não tendo sido, por isso, registrados nem aparecerem nas estatísticas como toxicodependentes. Também Maddux & Desmond (1980) chegaram à conclusão que embora a hipótese do *maturing-out* ter “considerable value in stimulating thought and research” (p. 24), esta não só seria vaga como não ofereceria uma explicação suficiente para todas as realidades de abstinência prolongada (Maddux & Desmond, 1980).

Este conceito de um processo de amadurecimento determinado pelo próprio crescimento que conduz à saída da carreira da dependência foi desenvolvido por mais alguns autores e, ao lado de noções como *maturing-out*, foram apreoadas outras como *natural recovery* (O'Donnell, Voss, Clayton, Slatin & Room, 1976; Scharse, 1996; Waldfor & Biernacki, 1981) ou *remissão espontânea*¹³. Os estudos de Robins foram determinantes para estas orientações (Robins, Helzer & Davis, 1975). Este autor estudou o caso de 898 ex-veteranos do Vietnam, que tinham consumido e criado uma dependência pelo ópio e cujos casos foram estudados após o seu retorno aos Estados Unidos da América (EUA). Só uma percentagem muito reduzida destes ex-dependentes continuaram a sua carreira de dependência nos EUA, tendo a maioria posto fim ao consumo após o seu retorno, sem se terem submetido a tratamentos ou outro tipo de ajuda externa. A ideia, na altura largamente difundida e aceite, de uma vez toxicodependente-toxicodependente para sempre, teve de ser repensada devido a estes novos resultados, tal como referem Waldfor e Biernacki (1979):

(...) it does seem clear that the opiates are not so addictive that use is necessarily followed by addiction nor that once addicted, an individual is necessarily addicted permanently. At least in certain circumstances,

¹³ O conceito de remissão espontânea é um conceito proveniente da medicina e é utilizado quando sem nenhuma intervenção aparente é interrompido o desenvolvimento normal de uma doença e ocorre a cura sem qualquer explicação visível.

individuals can use narcotics and even become addicted to them but yet be able to avoid use in other social circumstances (p. 284).

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

Foi objecto do nosso estudo compreender qual o aspecto exacto de uma saída da toxicodependência e quais os factores motivacionais que conduzem a um abandono espontâneo da dependência. Foram trabalhados e analisados diversos mecanismos socio-psicológicos dos ex-toxicodependentes tendo por base entrevistas narrativas Baudis (1994). Klingemann (1992) refere como “diversion from the addiction” (p. 1363) os mecanismos através dos quais os toxicodependentes são distraídos, isto é, assumindo novas responsabilidades e ocupações, como o trabalho e projectos para o futuro. Este processo também foi descrito por Caiata (1994) como “motivações

positivas” (p. 19) para controlar a carreira da dependência. Assim, nas palavras da autora:

Ces motivations positives constituent même pour nos interviewés une des sources de la volonté de contrôler la consommation: passions musicales ou sportives, désir de se créer une famille ou de la maintenir unie, projets de voyages permettent à la personne de décentraliser son investissement par rapport à la drogue (p. 19).

Outros factores de motivação que levam à saída espontânea da carreira da dependência são o que Klingemann (1992) denominou de “deterrent negative models” (p. 1366). Nestes, as graves consequências do consumo da droga e os seus efeitos directos sobre as experiências e vida dos dependentes têm corolários tais como, mortes ocorridas de pessoas e amigos consumidores próximos ou medos relacionados com doenças transmissíveis.

Para a consolidação da carreira de saída da dependência Klingemann (1992) propõe que sejam utilizados mecanismos como “focusing more and more on the perceived rewards from the new way of life and on protection of the gains” (p.1366) e a interiorização de novos papéis sociais positivos.

A partir desta perspectiva pode-se compreender uma visão diferente da apresentada pela visão médica e médico-farmacológica. Assim, na psicologia do desenvolvimento é possível observar processos de amadurecimento psicológico que intervêm no desenrolar de um processo de dependência e que permitem sair de uma carreira de consumo sem que se observem danos significativos no consumidor que dela se afasta.

A Perspectiva da Investigação Sociológica: a Carreira da Dependência como Forma de Socialização e Processo *Labeling*

A perspectiva da investigação sociológica encontrou o seu ponto de partida na investigação de desvios desenvolvida na Escola de Chicago na década de cinquenta do século passado. Foi impulsionada por vários investigadores, entre eles Becker (1985) que, ao contrário do que acontecia com as explicações correntes na época, desenvolveu a tentativa de explicar os desvios de orientação e de competências, que segundo Groenemeyer (1990) são “processos de identificação e de aprendizagem em contextos sociais com desvios” (p. 68). Com base num modelo sequencial desenvolvido por este autor e, no qual, o factor tempo desempenha um papel primordial, tornou-se compreensível o carácter processual de uma carreira de desvios (Becker, 1985). Além disso, e segundo Lamnek (1997), foi estabelecida uma ligação entre “processos de socialização secundários” (p.21) determinantes e uma “associação diferencial” (p. 21)¹⁴. Assim, o processo de aprendizagem leva o agente a iniciar-se, por exemplo, no consumo de Marijuana (Becker, 1985)¹⁵ e, no que respeita à socialização, o agente só adquire desvios a partir do momento em que os actos à margem da lei e os respectivos comportamentos, começam a ter uma valoração mais positiva¹⁶, tanto para o próprio como para o grupo de referência,.

¹⁴ A teoria da associação diferencial foi formulada por Sutherland em 1939 (Lamnek, 1997).

¹⁵ Neste tema, aconselha-se especialmente a leitura do capítulo 3 de Becker (1985). É importante entender a perspectiva de que a forma de encarar o efeito é algo de aprendido, nas palavras de Becker (1985), “la consommation de marijuana est fonction de la conception que l’individu se fait des utilisations possibles de celle-ci, et cette conception évolue en fonction de son expérience de la drogue” (p. 65). O modelo sequencial permite-nos compreender de que forma cada passo ou sequência da orientação desviada do agente desviado pode ser explicada individualmente, segundo Groenemeyer, (1990) “(...) precisamos por exemplo de uma explicação como é que um indivíduo chega à oportunidade de adquirir marijuana e outra explicação como é que esse indivíduo ao ter fácil acesso a marijuana a consome pela primeira vez. Mais precisamos de uma explicação do porquê da continuação do consumo de marijuana depois de a ter experimentado. De uma certa maneira cada explicação constitui por si uma origem do seu comportamento.” (p. 72).

¹⁶ Matza (1973) utiliza neste contexto o conceito “afinidade” (p. 98).

O fundamento desta reflexão reside na tentativa de uma compreensão sociológica das actuações sensatas de indivíduos que abandonaram a carreira da dependência. Em teoria esta saída tem de ser explicada por interacções sociais relevantes. A partir da definição de Weber (1922/1972) de acção social¹⁷, surgiram diversos debates científicos sobre este tema que permitiram descortinar diferentes perspectivas respeitante a esta problemática.

Em primeiro lugar, deparamo-nos com a teoria funcionalista da acção (proposta por Parsons), que se enquadra no paradigma normativo. Para Parsons, 1976, citado por Miebach, 1991) a “estrutura de sistemas de acção consiste em modelos institucionalizados (em sistemas sociais e culturais) e/ou interiorizados (em personalidade e organismos) de importância cultural” (p. 19), isto é, a sociedade põe ao dispor dos seus membros certas normas¹⁸ e papéis, os quais, durante o processo de socialização, são interiorizados e, consequentemente, vividos a partir da observação dos comportamentos sociais. A interacção é necessária e importante, porque reproduz as regras e papéis característicos de dado enquadramento social. A teoria de acção de Parsons conjuga, segundo Ogien (1995), esta dupla função da ordem social porque ela “réduit la question théorique de l’ordre social à sa dimension pratique: celle du déroulement de l’interaction; et de ce fait même, envisage le problème de la stabilité et de la cohésion sociales sous l’angle de l’activité de communication sur laquelle reposent les relations interpersonnelles.” (p. 173). Não obstante, o conteúdo e a

¹⁷ Segundo Weber (1922/1972) “ (...) a acção é um comportamento humano (tanto faz ser uma acção exterior ou interior, deixar de fazer ou permitir) que está ligado a um sentido subjectivo. A acção social é no entanto uma actividade que, além do sentido que lhe é dado pelo próprio, também envolve os outros e isto altera o seu processo” (p. 1).

¹⁸ Para Parsons existem, segundo Ogien (1995) dois tipos de normas: “por um lado, as que “rapportent aux conventions, habitudes et manières d’appréhender le monde qui s’acquièrent dans le cours de la socialisation (entendue comme le mouvement qui transforme un enfant en adulte); et les seconds sont produites par une sorte d’équipement cognitive de base au moyen duquel une signification peut être attribuée à une activité: ce qui Parsons nomme des ‘variables de configuration’, c’est à dire des catégories de pensée qui permettent à l’individu de juger du type d’action dans lequel il est pris e de s’adapter aux circonstances changeantes des échanges sociaux.” (p. 166).

dinâmica da interacção não terem sido analisados por Parsons, e referindo-se antes a um modelo axiológico cultural constante presente numa acção social concreta, era possível, segundo Ogien (1995), estabelecer a conexão entre ambas as realidades e uni-las: “Parsons écartait ce problème en affirmant que ces deux systèmes s’emboîtent parfaitement: la socialisation, en imposant la motivation à agir en respectant des normes de conduite, permet à l’interaction de s’instaurer et de s’achever sans trouble majeur” (p. 173).

Já Alfred Schütz (1977) criticava esta posição objectivista de Parsons¹⁹ levando-o a desenvolver uma orientação subjectivista e que, segundo Miebach (1991) “a interpretação da actuação social tem de partir da consciência do agente individual não se podendo referir a alegados modelos culturais” (p. 22). Esta teoria da acção, entendida como teoria fenomenológica, pretende assentar no mundo real dos indivíduos, não tomando em consideração os modelos culturais ou regras e/ou sistemas de modelos existentes num mundo afastado desta realidade.

Contudo foi só com a interacção simbólica, ou seja, com o modelo de interacção sustentado na teoria mediadora de símbolos, que considera o desempenho de um papel e a sua interpretação como teorema nuclear (definindo-se como teoria da actuação), que se torna compreensível o processo contínuo de interpretação e interacção. Através desta interpretação contínua constrói-se a identidade, que integra as dimensões subjectiva e objectiva, definindo-se como “estrutura”. Assim sendo, nas palavras de Mead (1998):

A estrutura da identidade é uma reacção comum a todos, porque temos de ser membros de uma sociedade para termos identidade. Essas reacções são

¹⁹ A posição teórica de acção que é funcionalista em relação à estrutura, que foi resumidamente apresentada aqui, é limitada e não possibilitaria o desenvolvimento de tipos de saída de carreira apresentados adiante. Só o trabalho interpretativo dos textos das entrevistas, e não a análise geral objectiva e racional de regras e normas interiorizadas, é que permitem a compreensão das carreiras de saída.

abstractas, no entanto formam o carácter do indivíduo. Dão-lhe os seus princípios, indicam-lhe os comportamentos reconhecidos por todos os membros da sociedade em relação aos valores dessa mesma sociedade. Ele põe-se no lugar do outro generalizado, que representa as reacções organizadas de todos os membros do grupo (p. 205).

Progressivamente surge a consciência da identidade que explica o comportamento do próprio e do terceiro, tal como atesta Mead (1998): “o indivíduo só tem uma identidade em relação às identidades dos outros membros do grupo social. A estrutura da sua identidade exprime os modelos de comportamento generalizados do seu grupo social, assim como a estrutura da identidade de cada um dos outros membros do grupo” (p. 206).

Compreende-se então, que os mecanismos da construção e da produção da realidade social e da identidade são consumados em processos quotidianos de actuação e interacção. As análises de Goffman sobre as múltiplas formas de expressão dos indivíduos em hospitais psiquiátricos e o desenvolvimento da identidade em certas interacções sociais e regras sociais, contribuíram para mais uma compreensão da dinâmica da teoria da acção. Esta dinâmica é aguçada por Goffman (considerado por Miebach (1991) como uma “dramaturgia” (p. 67). comparando a totalidade da actuação social e comunitária como uma representação teatral, na qual a vivência de papéis é central (Goffman, 1969).

Em sequência desta investigação que colocou o acento tónico sobre os processos de identificação e de construção da identidade, surge a perspectiva que enfatiza o sentido do controle social, isto é, o comportamento desviado influencia a reacção de terceiros. Esta explicação, também conhecido por *labeling* ou “teoria de etiquetagem” analisa principalmente, segundo Groenemeyer (1990), “processos de

entrada e processos de reforço” (p. 70) de carreiras de desvio e mostra até que ponto e quais os processos de responsabilização dos controlos sociais no desenvolvimento de vidas com desvios. Efectivamente desempenham um papel importante nas carreiras de desvios e de acordo com Tannenbaum, (1953, citado por Lamnek, 1997) “the young delinquent becomes bad, because he is defined as bad” (p. 23).

Esta mudança de perspectiva na análise das reacções de terceiros no sancionamento de comportamentos, é determinante para a existência de carreiras de desvio, pois têm consequências profundas sobre a identidade do agente considerado como desviado, em particular sobre a identidade social. Muitas vezes estas sanções adoptam a forma de verdadeiras cerimónias e que são denominadas por alguns sociólogos como cerimónias de degradação do *status* social (Garfinkel (1956). Goffman estudou detalhadamente as experiências de degradações de *status* de pacientes psiquiátricos em ambiente hospitalar bem como as alterações de identidade dos actores (Goffman, 1973)²⁰. A nova identidade social dos agentes em meio ambiente psiquiátrico leva-os a enveredarem por certa carreira moral a qual, segundo Goffman (1973), “tem consequências nas grandes mudanças no *self* do actor e no seu ramo metafórico, com o qual ele se julga a si e aos outros” (p. 127).

É pressuposto na degradação de *status* a existência de estigmas, ou seja, de conhecidos atributos ou deficiências através dos quais é possível desacreditar determinados agentes (por exemplo, toxicodependência e/ou comportamento associado a drogas) que na interacção tem o potencial de alterar a identidade. A aplicação destes estigmas resulta numa discrepância, para o agente, entre identidade virtual e identidade real social (Goffman, 1999b).

²⁰ Anselm Strauss também estudou a curva do decurso biográfico de pacientes e a forma pela qual lidam com a morte em ambiente hospitalar. Assim, descreveu as negociações de identidade observada, aquando da gestão da doença e da relação com os enfermeiros (Strauss, 1992, p. 35).

Esta análise permite-nos expôr vários aspectos da nossa reflexão, designadamente a assimilação intersubjectiva e a interacção de identidades depois da saída da toxicodependência e enquadrá-las numa perspectiva psicosociológica. Temos por objectivo discernir até que ponto e quais os vários aspectos da identidade que se tornam visíveis e que desempenham um papel na saída da toxicodependência. Goffman (1999b) fornece um quadro útil para a compreensão da análise com três distinções conceptuais de identidade – a identidade social, a pessoal e a identidade do Eu - que serão abordadas em seguida.²¹

A Compreensão da Identidade Social

No primeiro nível da análise, cada indivíduo possui uma identidade social que o caracteriza como agente e que integra vários atributos gerais. Estes são estabelecidos pelas diversas organizações sociais, isto é, por terceiros. Resulta daqui, segundo Goffman (1999b), que as categorias de pessoas estão relacionadas com a “rotina no tráfego social em instituições existentes, que nos permitem interligarmo-nos com outros antecipados sem pensamentos especiais ou atenção especial.” (p. 10). E, ainda, de acordo com o autor atrás referido, existem diversos atributos que podem adoptar três formas:

Em primeiro lugar existem as deformações do corpo, várias deformações físicas. Depois encontramos os defeitos individuais de personalidade, que são entendidas como fraqueza de vontade, paixões dominantes ou anormais, opiniões mesquinhas e teimosas e inveracidades, sendo todas elas derivadas de um determinado catálogo, como por exemplo, a confusão mental, a

²¹ Os três conceitos – decisivos para o quadro deste trabalho são descritos extensamente na sua obra *Stigma – über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. (Goffman, 1999b).

dependência, o alcoolismo, a homossexualidade, o desemprego, as tentativas de suicídio e os comportamentos políticos radicais. Em último lugar deparamo-nos com os estigmas filogenéticos, como a raça, a nacionalidade e a religião (p. 12-13).

A compreensão de identidade social, realizada por terceiros, é sustentada na observação e interpretação das características de um dado indivíduo. É mais do que meramente o estatuto social objectivo (como por exemplo, a posição profissional) que dita os sinais estruturais. De facto, nesta categoria, as qualidades pessoais como “honra” ou “confiança” desempenham um papel importante. Como veremos no decurso deste trabalho, a superação da identidade social é um ponto importante da carreira de saída de desvio (ex. um toxicodependente), porque a alteração de determinadas características negativas vai mudar a auto-imagem de forma positiva.

Goffman (1999b) refere, no tocante à identidade social, o aspecto moral da carreira de um indivíduo estigmatizado. Do seu ponto de vista existe uma diferença entre a história natural de uma categoria de indivíduos com um estigma e a história natural do próprio estigma. Neste ponto, surge a questão da evolução do estigma no tempo, apontando claramente para o contexto sociológico no qual este se enquadra.

A Compreensão da Identidade Pessoal

Como vimos, o conceito de identidade social permite-nos observar e compreender a estigmatização. Esta compreensão é alargada com o conceito da identidade pessoal, na medida em que se parte da ideia de controle de informação na gestão do estigma. As informações simbólicas sociais avaliam os actores estigmatizados e atribuem-lhes símbolos de estigmas que são geridos por estas situações sociais, enquadrados na história da vida individual (Goffman, 1999b).

Segundo Goffmann (1999b) esta identidade pessoal refere-se especificamente à singularidade e diferenciação do indivíduo, tal como a seguir é expressa:

Com identidade penso nas duas primeiras ideias – marcas positivas ou porta-chaves identitários e a combinação única de dados da vida, que são fixos ao indivíduo justamente com os porta-chaves identitários. A identidade pessoal tem por isso a ver com o pressuposto de que um indivíduo pode ser diferenciado dos outros e que tem à sua volta um conjunto de factos sociais que justamente o diferenciam dos outros (p. 74).

O autor supra citado dá-nos vários exemplos de identidade pessoal que podem adoptar a forma de documentos (Bilhetes de Identidade, cartas de condução, assinaturas, retratos de família, documentos comprovativos da prestação de serviço militar, fotocópias de certificados de habilitações, cartões de estudante, etc.), o uso de artefactos (colocação de óculos de sol com o intuito de passar despercebido e para esconder a identidade pessoal), a adopção de alcunhas e heterónimos em contraste com a utilização do nome usual. Enquadra-se ainda a atribuição a cada indivíduo de um número de segurança social, por trás do qual existe um complexo dossiê com informações sobre si. Rolph (1955, citado por Goffman, 1999b) apresenta o caso de uma prostituta, que demonstra um exemplo da percepção da identidade pessoal face a uma sanção pública de um estigma. Doren, uma prostituta de Mayfair, refere-se à sua comparência em tribunal da seguinte forma:

(...) mais ou menos o pior da prostituição. Uma pessoa entra pela porta, todas as pessoas esperam por ti e olham para ti. Eu vou sempre de cabeça baixa e nunca olho para os lados. E depois eles dizem aquelas coisas feias: que ela é uma prostituta normal...; uma pessoa sente-se horivelmente e nunca sabe quem é

que estará a olhar do fundo da sala. Uma pessoa diz “culpada” e tenta desaparecer dali o mais rapidamente possível (p. 109).

Tal como no caso da identidade social, o papel de terceiros tem uma grande importância para a identidade pessoal, pois que os outros desempenham um papel decisivo no controle de informação do estigma através do conhecimento dos estigmas, podendo passar a informação, incorporando assim, conscientemente ou inconscientemente, uma função de atribuição de identidade.

A Compreensão da Identidade do Eu

A identidade do eu refere-se à compreensão reflexiva e subjectiva da identidade, permitindo-nos, no plano individual, entender a percepção pessoal e a forma como os sujeitos lidam com o estigma e a sua gestão. Descrita originariamente por Erikson (1998) a ideia base da identidade do eu, consubstancia-se na ideia que através da percepção subjectiva da identidade, o indivíduo dará “passos essenciais em direcção a um futuro colectivo alcançável e se desenvolverá num ‘eu’ concreto dentro de uma realidade social. Tratar-se-ia de uma experiência subjectiva e de um acto dinâmico” (p. 18).

Mead (1998) descreveu esta problemática da identidade do eu, partindo de uma forma de pensamento reflexivo e do impacto deste dentro do contexto social:

(...) o facto de cada identidade se formar em relação ao processo de desenvolvimento da sociedade e que a expressão individual é reflexo dos comportamentos organizados e tipificados, que o abrange nas suas respectivas estruturas. Esta situação conjuga-se facilmente com o facto de cada individualidade ser uma individualidade específica, que tem as suas

características únicas, porque cada identidade no meio deste processo, enquanto reflexo das estruturas de comportamento organizadas, firma a sua posição única que por sua vez representa um aspecto diferente do modelo de sociedade no seu todo (p. 245).

Esta diferenciação entre o *I* e o *Me* demonstra não só a estrutura reflexiva da identidade, como também a sua ambiguidade. O indivíduo, segundo Mead (1998), tem de ser membro de uma sociedade para possuir uma identidade: “...o *I* é uma reacção do organismo às posturas dos outros; o *Me* é a organização de grupo das posturas de outros, que nós assumimos em nós. As posturas dos outros contituem o *Me* organizado, e nós reagimos a ele com o *I*.” (p. 218).

Enquanto Erikson enquadrava a identidade do eu num contexto essencialmente psicanalítico e a analisava a partir de um ponto de vista mais clínico e psicopatológico, Goffman (1999b) tentou definir esta propriedade a partir de uma perspectiva sociológica, tentando descrevê-la como uma ambivalência de identidade em consequência do estigma: “quando se confirma que um indivíduo estigmatizado adquire *standards* de identidade na nossa sociedade que ele interioriza, mesmo que os mesmo não correspondam a ele mesmo, é inevitável que irá sentir uma ambivalência em relação ao seu Eu.” (p. 133)²². Esta ambivalência conduz a múltiplas dissonâncias podendo, em casos extremos, levar a um constrangimento do Eu.

Estes três níveis da identidade conexos não só foram sistematizados por Dashefsky e Shapiro (1976), como ainda lhe acrescentaram um nível. Este quarto nível foi descrito como sendo o plano do “conceito de si-mesmo” (p.6) e sobre o qual

²² Goffman (1999b) descreve um exemplo de uma rapariga cega que ilustra bem a problemática: “há muitos anos pensava que iria sair mais com um homem que vê do que com um homem cego. Mas eu tive vários encontros e os sentimentos a este respeito mudaram. Pensava na compreensão dos cegos para com os cegos e desde aí consigo respeitar um homem cego pelas suas qualidades e ser feliz pela compreensão que ele me pode dar. Alguns dos meus amigos vêm e outros são cegos. Parece-me que é assim que devia ser – não consigo perceber porque é que as relações humanas deveriam ser reguladas de um aménira ou de outra.” (p. 133).

o indivíduo reflecte, utilizando as suas capacidades cognitivas sobre a sua identidade e em particular sobre os papéis que desempenha, tomando posição sobre o si-mesmo. Os aspectos como por exemplo a auto-estima, que são resultado de uma reflexão do indivíduo sobre a percepção das suas capacidades, das suas competências e qualidades, podem ser enquadradas neste plano do “conceito de si-mesmo” (p. 6).

Dashefsky e Shapiro (1976) ilustram a conexão dinâmica entre o Si-mesmo e os restantes níveis, tal como se pode verificar na figura 1:

Figura1: Os quatro planos da identidade (Dashefsky & Shapiro)

Fonte de definição	Papéis sociais	Histórias de vida pessoais
De terceiros	Identidade social	Identidade pessoal
Do próprio	Conceito de si-mesmo	Identidade do Eu

Fonte: Dashefsky & Shapiro (1976, p. 8)

O si-mesmo reflexivo que se encontra no cerne da identidade é determinante para a análise das alterações desta, nos indivíduos ex-dependentes. Como veremos na análise que se segue, o processo de reflexão e a construção de uma nova identidade desenvolvem-se no comportamento social dos agentes que estão em fase de saída da dependência ou que já saíram. Esta capacidade do si-mesmo em incentivar a própria identidade a agir, reagindo o próprio da mesma forma que um terceiro, faz parte dos mecanismos básicos da interacção social e do desenvolvimento da identidade, como explica Mead (1998):

(...) nestes exemplos reconhecemos situações sociais, nas quais o comportamento de um elemento influencia o outro na concretização das suas acções e nas quais os dois estão interligados. São comportamentos nos quais os gestos e os comportamentos associados são tão parecidos, que um elemento consegue interiorizar o gesto e o comportamento do outro e assim ser de novo

estimulado. Até um certo ponto o papel dos outros é assumido e reforça a expressão do próprio papel (p. 413).²³

Hewitt (1970) classificou o si-mesmo em cinco componentes e interligou-as. Estas referem-se a possíveis conteúdos qualitativos do si-mesmo: em primeiro lugar, o indivíduo tem de se encontrar motivado para agir de determinada forma, sendo a sua motivação orientada pelas suas necessidades sociais e não por motivos de ordem biológica. Além disso, a motivação relacionar-se-á com determinadas normas e papéis sociais interiorizados. A segunda componente do si-mesmo, traduz-se na capacidade do indivíduo representar os seus papéis em contextos sociais pré-determinados, e, conseqüentemente, têm uma função baseada no estatuto. Através desta representação de papéis não só tornará visível a sua posição social, como ainda, segundo Hewitt (1970) “what he does and what he believes he should do in the performance of his roles.” (p. 32). A terceira componente refere-se às normas e, em particular, ao valor que estas representam para o indivíduo. Estes valores tanto podem ser interiorizados ou não. O que importa é que o indivíduo demonstre, através da sua actuação, quem é e como está o seu si-mesmo caracterizado. A quarta componente do si-mesmo relaciona-se com as capacidades cognitivas do indivíduo e através das quais este se move no seu campo social e consolida o seu estatuto. Através destas capacidades o indivíduo clarifica o entendimento que possui e que recebeu através das interacções sociais dentro das quais se encontra. A quinta, e última componente do si-mesmo, aplica-se à auto-imagem que cada indivíduo tem e que desenvolve ao longo do seu

²³ Para Mead (1998) a reflexividade é um pressuposto para o desenvolvimento da mente: “(...) através da reflexividade – a reintrodução das experiências dos outros em si mesmo – o processo da sociedade é introduzido na experiência do indivíduo. Através deste meio, que permite ao indivíduo interiorizar as posturas dos outros em si mesmo, pode o próprio adaptar-se conscientemente a este processo e avaliar os resultados dos mesmos em cada acção social e adaptar-se mutuamente. Reflexividade é assim para o desenvolvimento da mente uma condição essencial no seio do processo social” (p. 175).

processo de socialização. Esta auto-imagem está em constante construção ou reconstrução no decurso do tempo e das experiências de vida.

Ao longo desta nossa reflexão torna-se visível a forma pela qual o si-mesmo se encontra num constante processo de encenação em instituições sociais (Goffman, 1969)²⁴ e como o dependente, em processo de saída da dependência, desenvolve não só uma nova identidade como ainda a transmite. Reconstroi, assim, juntamente com os outros membros sociais, a própria sociedade através das particularidades da sua própria identidade. Deste modo, Goffman (1969) refere que:

(...) a construção de uma identidade individualizada tem que ser vista mais do que como uma competência do indivíduo no interior de processos de interacção social, com o risco de a sua participação nos processos de comunicação e de acção ser posta em causa ou mesmo de vir a ser excluída. Esta competência pode falhar ou porque situações antagónicas não permitiram ao indivíduo afirmar-se como idêntico, ou porque situações de socialização desfavoráveis não lhe permitiram manter a identidade mesmo em condições adversas. A conquista da identidade não pode ser vista como uma forma de “lei natural” antropológica, mas sim deve este conceito de identidade demonstrar uma possibilidade de ver a exigência de Goffman satisfeita, nomeadamente de retorno do “Eu para a sociedade” (...) (p. 11).

²⁴ Outros autores falam de um “acto criativo”, tal como Krappmann (1969): “(...) ganhar identidade e apresenta-la é um acto criativo que tem que ser permanentemente revisto em cada situação social e por cada indivíduo. O mesmo consegue algo que nunca existiu, que é o trabalhar da história da vida para cada situação social actual. Isto significa igualmente que o indivíduo se distancia de experiências internacionais anteriores. Com a ajuda de projectos de identidade com que o indivíduo se introduz nas situações sociais como parte integrante do processo, ele tenta afirmar uma interpretação da situação, que corresponde ao máximo às suas potencialidades de acção e intenções” (p. 11).

Para a demonstração da encenação, não só do si-mesmo dependente como, também, do que se encontra em processo de saída e daquele que já concluiu esse processo em instituições sociais, pode-se utilizar o conceito de tríade (Lucchini, 1985) (ver Anexo A)²⁵ da dependência e da identidade da dependência. É determinante neste conceito a interação dinâmica e a interdependência das três dimensões da toxicodependência, nomeadamente, as dimensões da personalidade do dependente, a dimensão do meio e a dimensão do(s) produto(s) consumido(s), os quais influenciam e condicionam a carreira de dependência num campo em constante interação. A relação dinâmica, ao qual se deve associar inseparavelmente o factor tempo, condiciona a identidade do dependente e pode também ser muito útil inversamente, ao ajudar à saída da dependência, tal como explica Luchini (1985): “...dans le cas de l’individu X(1) sa situation est caractérisée par M familial qui exerce une socialisation(1) favorable à l’utilisation de médicaments ou d’alcool (2). L’individu rencontre la D(3) dans un milieu (M) qui est modifié (4) et qui est maintenant celui des peers. “ (p.121)

Este meio é visto como favorável a uma utilização de substâncias, no sentido de junção do indivíduo ao grupo. Nesta fase consome-se predominantemente produtos em torno das substâncias ditas ligeiras, como o Cannabis. Aqui os factores socio-culturais são ainda predominantes, visto que, segundo Lucchini (1985):

(...) la brisure (Olievenstein) au niveau du Moi du sujet ne produit pas encore ses effets. Les problèmes d’identité deviennent de plus en plus oppressants – les problèmes de non-identité écrit Olievenstein – et marquent la trajectoire que suit la P du sujet (5). Le M lui-même se fractionne et des relations plus intenses s’établissent entre ceux qui n’opposent pas un refus catégorique aux

²⁵ este conceito de tríade foi originalmente apresentado por João Hipólito numa conferência do GREAT, Suíça, no ano de 1978

drogues dures (6). Le jeune commence à utiliser l'une ou l'autre de ces drogues (7) et l'économie de sa P va subir l'impact de cette consommation (8). La dépendance s'instaure et la triade est remplacée par la diade personnalité-drogue (9). A mesure que le degré de dépendance augmente, les facteurs socio-culturels de la toxicodépendance perdent de leur importance, tandis que grandit celle des facteurs psycho-affectifs (p. 122).

Este conceito de tríade é completado por mais seis dimensões, designadamente as dimensões da sanção oficial (aplicação da lei), da composição do produto (a dimensão médico-farmacológica), do contexto socio-cultural dentro do qual ocorre o consumo, a dimensão económica, as consequências psíquicas e o enquadramento psiquiátrico da problemática.

O desenvolvimento da toxicodependência como carreira sujeita a vicissitudes ao longo do tempo e nunca definitiva, pode ser enquadrada neste entendimento e ilustra a importância da interpretação (Cicourel, 1979) que o próprio agente dependente faz da sua carreira e da estrutura social. Esta interpretação subjectiva passa por uma interacção constante através das reacções e interpretações de terceiros em relação ao seu comportamento determinado pela dependência e estas são decisivas para o decurso da sua identidade da dependência e, em particular, para a sua saída desta mesma dependência.

A Perspectiva das Intervenções e Modelos Terapêuticos

Relativamente às intervenções terapêuticas, no âmbito da Psicologia Clínica mais concretamente a aplicada à área das adições, revelam-se fundamentais para a avaliação, o psicodiagnóstico, a ajuda e tratamento do sofrimento psíquico (Pedinielli, 1994/1999).

De forma geral, pode-se afirmar que existem três tipos de intervenções que ajudam o adicto a entrar em recuperação: as psicoterapêuticas, as farmacológicas e as comunitárias. Contudo, nos tratamentos comunitários, a componente psicoterapêutica está igualmente presente.

No âmbito do tratamento farmacológico da dependência de heroína, e dos opiáceos em geral, existem alguns opióides para tratamentos de manutenção, nomeadamente, metadona, buprenorfina, buprenorfina com naxolona e naltrexona. O tratamento de manutenção com metadona apresenta-se como o tipo de tratamento mais frequentemente utilizado, cujo objectivo é o da substituição da heroína ou de outros narcóticos opiáceos (Barrocas, 2011).

No que concerne aos modelos psicoterapêuticos, vários poderão ser utilizados, tais como, os de inspiração psicanalítica, as psicoterapias sistémicas, os cognitivo-comportamentais, os denominados humanistas e o Minnesota.

Quanto à psicoterapia de inspiração psicanalítica aplicada ao tratamento das dependências tem como finalidade a resolução de conflitos seleccionados e delimitados, a eliminação de defesas patológicas, a possibilidade de crescimento em pessoas com atrasos nas denominadas tarefas evolutivas e, ainda, a modificação de problemas psicopatológicos ou défices adquiridos em etapas anteriores (Ferreira, 2004). Existem, também, as psicoterapias de grupo, algumas inspiradas na

psicanálise, que têm como principal objectivo analisar a dinâmica das relações no interior de um grupo (Pedinielli, 1994/1999).

As psicoterapias sistémicas baseiam-se na análise das comunicações e suas perturbações, primordialmente no contexto familiar. Interessam-se sobretudo pelas disfunções do sintoma. Este tipo de psicoterapia é bastante útil, em diferentes áreas, nomeadamente delinquências, adições, comportamentos psicóticos (Pedinielli, 1994/1999).

Quanto aos modelos cognitivo-comportamentais, estes consideram os sintomas como comportamentos adquiridos e mantidos através de um reforço. Desta forma, os seus principais objectivos são a modificação de comportamentos patológicos ou modos de funcionamento, através de técnicas bastante direccionadas, com base numa nova aprendizagem. Existem algumas técnicas específicas, entre as quais podemos enumerar: dessensibilização sistemática, imersão, técnica assertiva, retrocção biológica e técnicas cognitivas (Pedinielli, 1994/1999; Silva & Serra, 2004).

Em relação ao modelo humanista, nomeadamente a Abordagem Centrada na Pessoa ou Terapia Centrada no Cliente, desenvolvida por Carl Rogers, é dada importância à pessoa como ser único e à compreensão da totalidade do ser, onde a mudança é um passo elementar para o processo (Rogers, 1951/2004). Esta terapia vê o ser humano como inerentemente dotado de liberdade e de poder de escolha, acredita na sua capacidade de decisão, espontaneidade e tendência actualizante para crescer e se desenvolver (Feldman, 1978/2001; Santos, 2004). Podemos dizer que o si-próprio é o mais importante pois, uma das preocupações fundamentais, centra-se na experiência subjectiva – no que o indivíduo pensa e sente, exactamente no aqui e agora (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 1999/2003). Segundo esta perspectiva, a relação terapêutica que se estabelece implica por parte do terapeuta uma capacidade compreensiva, que é

transmitida ao cliente através de respostas de compreensão empática. É pressuposto, também, que o técnico se mantenha congruente na relação e que expresse um cuidado incondicionalmente positivo para com o cliente. Tais atitudes tornam-se o impulsionador da mudança que o cliente irá experienciar e, deste modo, a relação torna-se um fim em si mesmo (Rogers, 1951/2004; Santos 2004).

Pretende-se, assim, que os clientes consigam atingir um maior estado de congruência, tornando-se menos defensíveis e mais preparados face à realidade. É propósito, também, que os clientes tenham maior percepção do mundo realístico, relativamente à idealização do seu *self*-desejado. A transformação ocorrida no cliente torna-lo-á mais criativo, mais ajustável e com competências para a resolução dos seus problemas e, conseqüentemente, haverá, também, uma aproximação entre o *self*-real e o *self*-desejado. Outro dos objectivos pretendidos é o aumento da apreciação por si mesmo, ou seja, o cliente deve compreender que tem a responsabilidade de todos os seus passos e, por fim, a mutabilidade e a extensão dos comportamentos deve aumentar, fazendo com que o indivíduo se sinta mais adequado (Leal, 2005).

Relativamente ao Modelo de Minnesota, este baseia-se no conceito de doença difundido pelos Alcoólicos Anónimos e, posteriormente, foi adoptado e caracterizado pelo modelo médico. Combina a filosofia do movimento de auto-ajuda dos Alcoólicos Anónimos (12 passos) com a psicoterapia humanista, psicoterapia comportamental e psicoterapia baseada na confrontação com a realidade. Do nosso ponto de vista, nada existe de original acerca do Modelo de Minnesota no tratamento de dependência química, ou seja, o que é utilizado na intervenção foi “emprestado” ou adaptado de outras fontes. Contudo, existem alguns conceitos inerentes a este modelo, nomeadamente: a dependência de substâncias é uma doença primária, ou seja, não deriva de outras patologias físicas, mentais ou sociais subjacentes; a intervenção foca-

se na causa que desencadeia o processo e não na predisposição para a dependência, por isso, o objetivo primordial é a abstinência total; o programa de tratamento é inspirado nos 12 Passos dos Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos e fomenta a inserção social dos pacientes nos grupos de auto-ajuda. Os tratamentos intensivos, conjugando com uma abordagem multidisciplinar e intervenções terapêuticas e pedagógicas variadas, potencializam a resposta do indivíduo (Filho, s.d.; Arantes, Oliveira & Duailibi, 2012).

Capítulo 4 – Apreciação Final e Conclusão

Nesta pequena reflexão, que não pretende de forma alguma ser exaustiva mas sim representar um estímulo ao aprofundamento teórico futuro, começou-se pela observação de algumas orientações sociopolíticas em torno da problemática das toxicodependências na actualidade. Foi possível constatar que muitos dos profissionais activos na área da Saúde, por diversos factores, parecem ter sucumbido a uma visão pessimista em relação à problemática da toxicodependência.

Seguidamente apresentou-se a reflexão de alguns conceitos em torno da noção de carreira e especificamente em torno de carreiras de saída em toxicodependência. Resumidamente puderam compreender-se quatro perspectivas diferentes de saída de carreiras, isto é, a da medicina (onde a toxicodependência é vista como uma doença), a da psicologia do Desenvolvimento (a dependência como processo de amadurecimento temporalmente delimitado e relacionado com a idade), a da reflexão sociológica (a carreira da dependência como forma de socialização e processo labeling) e a das intervenções e modelos terapêuticos utilizados na saída da dependência. Com a descrição destas perspectivas pretendeu-se demonstrar alguma variedade na compreensão da problemática das toxicodependências e suas implicações nas dimensões da Identidade.

A partir da compreensão da identidade social, da identidade pessoal e da identidade do Eu tentámos elaborar uma interligação com as três dimensões da toxicodependência de Lucchini e perceber a constante interacção e interdependência das três noções com a temática da identidade e carreiras das toxicodependências.

Com base na reflexão efectuada, concluímos que as três dimensões da toxicodependência – personalidade do dependente, meio e produto(s) consumido(s) – influenciam e condicionam a carreira de dependência num campo em constante

interacção. Por outras palavras, a relação dinâmica, ao qual se deve associar inseparavelmente o factor tempo, condiciona a identidade do dependente e pode também ser muito útil na compreensão da saída da dependência. Assim sendo, o desenvolvimento da toxicodependência como carreira está sujeita a vicissitudes ao longo do tempo e nunca é definitiva.

Não obstante as várias perspectivas das carreiras de saída e as várias perspectivas que foram sumariamente descritas, a realidade das toxicodependências e das carreiras de uso, abuso e saída das mesmas, são processos multifacetados e multidisciplinares que dificilmente permitem serem encaixadas numa só categoria. A realidade dentro desta área das dependências é tão diversa e rica de experiências humanas observáveis que representa um espelho deveras interessante da diversidade dos comportamentos humanos existentes na Modernidade. Representa igualmente um desafio ao profissional que nela se deseja integrar e compreender, desafio este, que se apresenta difícil e complexo.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (1996). *Manual de diagnóstico das perturbações mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Arantes, J. C. M., Oliveira, L. F. L. S. & Duailibi, L. B. (2012). Grupos de Mútua Ajuda. In M. Ribeiro & R. Laranjeira (Orgs.). *O Tratamento do Usuário de Crack*. (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Baldino, R. G. (2000). *Welcome to Methadonia*. Pittsburg: White Hat Communications.
- Barrocas, J. (2011). Tratamento de manutenção com metadona, padrões de consumo de álcool e sintomatologia psicopatológica. *Convergências – Colectânea de Textos da Equipa de Tratamento da Amadora*, 2, 39-48.
- Basaglia, F. (1973). *Die negierte Institution oder Die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen - Ein Experiment der psychiatrischen Klinik in Görz*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Baudis, R. (1994). *Psychotherapie der Sucht und Drogenabhängigkeit oder Der Goldene Vogel*. Rudersberg: Verlag für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht
- Beck, U. & Beck-Gernsheim, E. (Hrsg) (1994). *Riskante Freiheiten*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Becker, H. S. (1985). *Outsiders*. Paris: Métailié.

- Bundesamt für Gesundheitswesen (1994). Methadonbericht, Suchtmittelersatz in der Behandlung Herionabhängiger in der Schweiz. In R. Gerlach, & W. Schneider (Eds). *Methadon - und Codeinsubstitution: Erfahrung, Forschungsergebnisse, Praxiskonsequenzen*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Budenaerts, J. (2001). *Drogues: Substitution et polytoxicomanie*. Paris: L'Harmattan.
- Caballero, F. (1989). *Droit de la Droque*, Paris: Précis-Dallox.
- Caiata, M. (1994). *La toxicodépendance d'intégration : Analyse des formes de gestion des toxicomanies tempérées*. Mémoire de licence présenté à la Faculté des Lettres de l'Université de Fribourg.
- Cicourel, A. (1979). *La sociologie cognitive*. Paris: PUF.
- Coleman, J. (1978). The dynamics of narcotic abstinence: An interactionist theory. *The Sociological Quarterly*, 548-560.
- Dashefsky, A. & Shapiro, H. M. (1976). Ethnicity and Identity. In Dashefsky A., *Resurgence of ethnicity* (pp. 5-9). Chicago: Éd. Rand McNally.
- Ehrenberg, A. (1991). *Le culte de la performance*. Paris : Calmann-Lévy.
- Ehrenberg, A. (1995). *L'individu incertain*. Paris: Calmann-Lévy.
- Erikson, E. H. (1998). *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Feldman, R. S. (2001). *Compreender a Psicologia*. (5ª ed.). Lisboa: McGraw-Hill.
- Ferreira, A. I. (2004). Toxicodépendência(s) e Psicoterapia(s). *Toxicodépendências*, 10 (2), 65-74.

- Filho, H. T. C. (s.d.). *O Modelo de Minnesota: O tratamento especializado para a dependência de substâncias*. (Manuscrito não publicado).
- Garfinkel, H. (1956). Conditions of successful degradation ceremonies. *American Journal of Sociology*, 61 (5), 420-424.
- Geismar-Wieviorka, S. (1995). *Les toxicomanes*. Paris: Seuil.
- Geismar-Wieviorka, S. (1999). *Nem todos os toxicómanos são incuráveis*. Lisboa: Terramar.
- Giddens, A. (2001). *Entfesselte Welt: Wie die Globalisierung unser Leben verändert*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Gleitmanm H., Fridlund, A. J., & Reisberg, D. (2003). *Psicologia*. (6ª ed.). (D. R. Silva, Trad.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (Obra original publicada em 1999).
- Goffman, E. (1969). *Wir alle spielen Theater-Die Selbstdarstellung im Alltag*. München: Piper.
- Goffman, E. (1973). *Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Goffman, E. (1999a) *Interaktionsrituale: Über das Verhalten in direkter Interaktion*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Goffman, E. (1999b). *Stigma-über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

- Groenemeyer, A. (1990). *Drogenkarriere und Sozialpolitik*. Centaurus: Pfaffenweiler.
- Groenenmeyer, A. (1991). Karrieremodelle abweichenden Verhaltens und soziale Kontrolle der Drogenabhängigkeit. *Soziale Probleme*, 2Jg., 157-187.
- Hall, H.S. & Strauss, S. (1956). Careers, personality and adult socialisation. *American Journal of Sociology*, 17, 253-263.
- Heckmann, W. (1992). Wenn der Dealer einen weissen Kittel trägt. Psychologie Heute, H.3. In Bosson, G. & Stöver, H. (Hrsg). *Methadonbehandlung-Ein Leitfaden* (pp. 40-44). Frankfurt/Main: Campus.
- Hewitt, J. P. (1970). *Social stratification and deviant behaviour*. New York: Random House.
- Hughes, E.C. (1937). Institutional Office and the Person. *American Journal of Sociology*, 43, 404-413.
- Hughes, E.C. (1958). *Men and their work*. New York: The Free Press.
- Jellinek, E. M. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. Connecticut: College and University Press.
- Jellinek, E. M. (1988). *Stufen des Alkoholismus*. Hamburg: Neuland-Verlag.
- Joas, H. (1985). *Das Problem der Intersubjektivität – Neue Beiträge zum Werk G. H. Mead*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Joas, H. (1989). *Praktische Intersubjektivität; Die Entwicklung des Werkes von G.H. Mead*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

- Keup, W. (1978). *Sucht als Symptom*. Stuttgart: G.Thieme.
- Krappmann, L. (1969). *Soziologische Dimensionen der Identität*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Klingemann, H. K. (1992). Coping and maintenance strategies of spontaneous remitters from problem use of alcohol and heroin in Switzerland. *The International Journal of Addictions*, 27 (12), 1359-1388.
- Lamnek, S. (1997). *Neue Theorien abweichenden Verhaltens*. Munchen: W. Fink.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Lindesmith, A., Strauss, A., & Denzin, N. (1999). *Social Psychology* (8ª. Ed.). London: Sage.
- Lowenstein, W., Owenstein, W., Gourarier, L., Coppel, A., Lebeau, B., & Hefez, S. (1995). *La Methadone et les traitements de substitution*. Doin: Vélizy.
- Lucchini, R. (1985). *Drogues et Société*. Fribourg, Schweiz : Ed. Universitaires.
- Maddux, J. F., & Desmond, D. P. (1980). New light on the maturing-out hypothesis in opioid dependence. *Bulletin on Narcotics*, 32 (1), 15-25.
- Matza, D. (1973). *Abweichendes Verhalten: Untersuchungen zur Genese abweichender Identität*. Heidelberg: Quelle & Meyer.
- Mead, G. H. (1998). *Geist, Identität und Gesellschaft*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Miebach, B. (1991). *Soziologische Handlungstheorie*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

- Migott, A. M. B. (2008). Dependência química: Problema biológico, psicológico ou social? *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (3), 710-711.
- O'Donnell, J. A., Voss, H. L., Clayton, R. R., Slatin, G. T. & Room, R. G. W. (1976). Young men and drugs – a nationwide survey. *NIDA Research Monograph*, 5.
- Ogien, A. (1995). *Sociologie de la Déviance*. Paris: Colin.
- Pedinielli, J. L. (1999). *Introdução à Psicologia Clínica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pélicher, I. & Thuillier, G. (1985). *La Drogue*. Paris: PUF.
- Rogers, C. R. (2004). *Terapia Centrada no Cliente*. (S. V. Longa, Trad.). Lisboa : Ediaul – Editora da Universidade Autónoma de Lisboa. (Obra original publicada em 1951).
- Robins, L. N., Helzer, J. E. & Davis, D. H. (1975). Narcotic use in Southeast Asia and afterwards. *Archives of General Psychiatry*, 23.
- Santos, C. B. (2004). Abordagem Centrada na Pessoa – Relação terapêutica e processo de mudança. *Logos – Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 1 (2), 12-23.
- Scharse, R. (1996). Cessation patterns among neophyte heroin users. *The International Journal of the Addictions*, 1.
- Scheffer, M., Pasa, G. G., & Almeida, R. M. M. (2010). Dependência de Álcool, Cocaína e Crack e Transtornos Psiquiátricos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23 (3), 533-541.

- Schütz, A. (1977). Parsons Theorie sozialen Handelns, in Schütz, A. & Parsons, T. .
Zur Theorie sozialen Handelns. Ein Briefwechsel. Frankfurt/Main, 25-76
- Silva, C. J. & Serra, A. M. (2004). Terapias cognitiva e cognitivo-comportamental em dependência química. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (1), 33-39.
- Snow, M. (1973). Maturing-out of Narcotic Addiction in New York City. *The International Journal of the Addictions*, 8 (6), 921-938.
- Stebbins, R. (1970). Careers: The subjective approach. *Sociological Quarterly*, 11, 32-49.
- Stimson, G. V. & Oppenheimer, E. (1982). *Heroin addiction-treatment and control on Britain*. London: Tavistock publications.
- Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation*. Paris: Harmattan.
- Szast, T. (1994). *La persécution rituelle des drogués*. Paris: Ed. Du Léopard.
- Touraine, A. (1992). *Critique de la Modernité*. Paris: Fayard.
- Vaillant, G. E. (1973). A 20 year follow-up of New York Narcotic Addicts. *Arch.Gen.Psychiatry*, 29, 237-241.
- Waldfor, D. & Biernacki, P. (1979). The natural recovery from heroin addiction: A review of the incidence literature. *Journal of Drug Issues*, 281-289.
- Waldfor, D. & Biernacki, P. (1981). The natural recovery from opiate addiction: some preliminary findings. *Journal of Drug Issues*, Winter, 61-74.

Weber, M. (1972). *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie*. Tübingen: Mohr (obra original publicada em 1922).

Winick, C. (1962). Maturing out of narcotic addiction. *Bulletin on narcotics*, 14, 1-7.

Zapalá, A. (1997). Diskursive Indikatoren der Medizinalisierung. In Widmer, J., Boller, B., & Coray, R., *Drogen im Spannungsfeld der Öffentlichkeit* (pp. 105-120). Basel: Helbing & Lichtenhahn.

Parte II - Discussão Detalhada do Curriculum Vitae – CV

O meu percurso escolar começou na Escola Alemã do Estoril, a qual frequentei até à 4ª classe e de onde transitei para a Escola Alemã de Lisboa, na qual terminei o ensino secundário. Durante o período do ensino primário gostaria de realçar que frequentava a Escola Alemã do Estoril na parte da manhã e de tarde frequentava a Escola Primária de Cascais, onde terminei a 4ª classe do ensino português com exames nacionais que existiam na altura. O percurso pela escola Alemã deveu-se ao facto dos meus pais serem ambos de nacionalidade Alemã e pretenderem que a cultura e língua Alemãs não fossem descuradas pelo facto de estarmos a viver em Portugal. Não obstante, consideraram também que a língua e cultura portuguesas fizessem parte do nosso quotidiano familiar, tendo sempre aulas extra curriculares de português.

Permaneci na Escola Alemã ao longo de todo o meu percurso escolar, incluindo o ensino secundário. Terminei o 12º ano em 1983 na Escola Alemã de Lisboa, com nota final dentro da média.

Após um ano de interregno a trabalhar e a viajar pelo mundo fora, viagem essa que realizei sozinho com uma mochila às costas e na qual tive a oportunidade de me conhecer melhor, de clarificar os meus interesses e definir os meus objectivos de futuro, ingressei, em 1984, no ensino superior na Suíça, na Universidade de Fribourg. Aí concluí a licenciatura em “Sozialpädagogik” (Pedagogia Social) (ver Diploma no anexo B). Integrados no currículo académico e no decorrer da minha formação efectuei alguns estágios profissionais, nomeadamente:

No período de verão entre o primeiro e segundo ano de Universidade (1985) realizei um Estágio (de observação) de 3 meses no Instituto Padre António Oliveira

(Ministério da Justiça, Caxias). Foi uma experiência muito enriquecedora visto ter sido o meu primeiro contacto com a problemática da criminalidade adolescente, com as toxicodependências, com os problemas de desenvolvimento de crianças e adolescentes e com o sistema de Justiça Penal de Menores através do Sistema português tutelar de Menores. Para além do aspecto enriquecedor, foi igualmente uma experiência por vezes dura e difícil visto ter contactado de perto a realidade severa e exigente do sistema penal público português. Realidade esta, que inclui as múltiplas problemáticas dos jovens em acolhimento e a grande exigência do trabalho quotidiano dos profissionais que nela diariamente se encontram. A partir desta experiência, apesar de globalmente positiva, cheguei à conclusão que no futuro não queria trabalhar dentro desta área, preferindo uma abordagem mais clínica.

Neste sentido, realizei no período de verão entre o segundo e terceiro ano de Universidade (1986) um Estágio (de observação) de 3 meses no Centro de Estudos e Profilaxia da Droga, em Lisboa, uma Comunidade Terapêutica, sob a supervisão do Prof. Dr. Domingos Neto. Foi o meu primeiro contacto no âmbito do tratamento em regime de internamento das toxicodependências. Este projecto de tratamento através do Modelo de Tratamento em Comunidade Terapêutica, na altura muito em voga no mundo desenvolvido, foi pioneiro em Portugal. Esta experiência de abordagem em Comunidade Terapêutica, não só foi muito enriquecedora de um ponto de visto pessoal e de aprendizagem profissional, mas permitiu-me igualmente decidir que era nesta área que eu queria aprofundar os meus conhecimentos e investir mais tempo e dedicação pessoal.

Neste sentido, e durante o período universitário do terceiro e quarto ano de Universidade (1987 e 1988), realizei um Estágio (de observação) de 2 anos (10 horas semanais), no “Foyer pour Apprentis” (Centro de Reeducação para jovens adultos

com problemas psico-sociais e psico-emocionais), Fribourg, Suíça. Este estágio foi acompanhado de sessões de supervisão pela coordenadora de estágios do Departamento de Pedagogia Social, Dra. Sonja Hungerbühler. Aqui, foi-me permitido aprofundar a experiência de internamento em regime de Comunidade Terapêutica, visto esta instituição ser de Acolhimento e de Comunidade Terapêutica para Adolescentes com problemas ao nível da Lei e referenciados pela Tutela de Menores do Cantão de Fribourg. Estes tinham como condição, para poderem aí permanecer, frequentar uma formação no âmbito de uma aprendizagem profissional. Com este estágio e a supervisão oferecida, aprofundei esta temática e metodologia de tratamento o que me permitiu clarificar os meus objetivos de futuro, isto é, tornar-me um profissional dentro desta área do tratamento em Comunidade Terapêutica, preferencialmente dentro da área de tratamento das Dependências Químicas.

Dando sequência a este desejo realizei um Estágio (de observação) no meu último ano de Universidade (1988) na Clínica La Metairie, Centro de Recuperação de Dependência Química, Nyon, Suíça. Este estágio permitiu-me aprofundar um modelo de tratamento de curta-duração (programas de tratamento com a duração de um mês) em Comunidade Terapêutica, mas num *setting* terapêutico privado e cuja população era oriunda de camadas sociais e profissionais de classe média e superior, o que, claramente, se diferenciava dos meus estágios anteriores e nos quais trabalhei com uma população mais desfavorecida e oriunda de classes populares. Esta diferenciação foi importante visto que, apesar da problemática clínica ser a mesma, esta população apresentava características sócio-culturais e sócio-profissionais bem diferentes do que aquela que tinha conhecido até à data.

Como tinha definido a minha área de profissionalização desejada, quando terminei a minha formação superior iniciei estágio profissional de final de curso,

como Terapeuta/Conselheiro, na Clínica Farmplace, Ockley, Surrey, Reino Unido. Era uma unidade especializada no tratamento das dependências químicas e de distúrbios obsessivo-compulsivos. Este trabalho teve a duração de um ano e foi uma experiência decisiva, pois que me permitiu aprofundar a profissão de conselheiro em Comunidade Terapêutica. Neste ano acompanhei residentes desde o início do seu internamento até às suas altas clínicas, seguindo-os em todas as etapas terapêuticas e dentro do plano de tratamento proposto. Contactei com pessoas que apresentavam as mais variadas patologias associadas às dependências químicas, isto é, alcoólicos, cocainómanos, heroínómanos, dependentes de psicofármacos, doentes com distúrbios alimentares (bulimias, anorexias, etc.), com duplos diagnósticos, com doenças graves e por vezes terminais. Permitiu-me, realmente, conhecer em profundidade as várias personalidades por detrás das dependências, das suas famílias, traumas sofridos e crises existenciais. Como os tratamentos tinham de uma forma generalizada uma duração de três a quatro meses, tive a possibilidade de acompanhar aprofundadamente vários residentes desde o princípio ao fim dos seus tratamentos, o que foi muito estruturante. Esta formação era supervisionada pelos Directores da Instituição, o Psicólogo Jim Ditzler e sua esposa Joyce, autores de referência de vários livros acerca desta problemática e profissionais muito respeitados no mundo do tratamento em regime de Comunidades Terapêuticas no espaço cultural anglo-saxónico.

Na figura 2 apresento uma reflexão global dos estágios que frequentei.

Figura 2: Resumo e reflexão dos estágios realizados

Estágio	Local	Reflexão
	Instituto Padre António de	Este estágio foi muito enriquecedor ao permitir um primeiro contacto com a realidade da criminalidade juvenil e toxicodependência. Permitiu ter uma consciência real destas problemáticas e desenvolver capacidades como uma

Estágio de observação (3 meses)	Oliveira, Ministério da Justiça, Caxias	linguagem e comunicação apropriadas (ao nível das questões psico-sociais e legais) e uma capacidade de empatia perante problemáticas e vivências tão complicadas, oriundas de estruturas familiares desfavorecidas e profundamente desorganizadas.
Estágio de observação (3 meses)	Centro de Estudos e Profilaxia da Droga, Comunidade Terapêutica, Lisboa	Este estágio foi a primeira experiência em relação ao tratamento da toxicod dependência em regime de internamento. Permitiu um aumento da auto-confiança, assertividade e desenvolvimento da capacidade de empatia e resiliência.
Estágio de observação (2 anos, 10h/semana)	“Foyer pour Apprentis” – Centro de Reeducação para jovens adultos com problemas psico-sociais e psico-emocionais, Fribourg, Suíça	Neste estágio foi possível aprofundar a experiência do internamento em regime de Comunidade Terapêutica. Tal, forneceu experiências que permitiram aumentar a confiança e domínio dos sentimentos e emoções que foram surgindo ao longo do estágio e, ainda, o desenvolvimento e melhoria da escuta activa, olhar positivo incondicional e empatização com os adolescentes e jovens.
Estágio de observação	Clinica La Metairie – Centro de Recuperação de Dependência Química, Nyon, Suíça	Este estágio foi essencial ao permitir aprofundar o modelo de tratamento de curta-duração (cerca de um mês) numa população de classe média e alta. Aqui, apesar das problemáticas se apresentarem as mesmas, pode-se comprovar que as características socio-culturais e socio-profissionais são muito diferentes das populações com que estagiei anteriormente. Assim, foi muito enriquecedor este contacto com uma população diferente, onde foi possível aprender e conhecer mais sobre este modelo de tratamento e adquirir e melhorar competências como a empatia, escuta activa, congruência, auto-confiança e capacidade de adaptação a uma população diferente.
Estágio Profissional (1 ano)	Clínica Farmplace, Reino Unido	Neste estágio exerceu-se funções de terapeuta/conselheiro no tratamento das dependências químicas e outros distúrbios obsessivo-compulsivos. Esta experiência foi muito importante e gratificante a nível pessoal e profissional, uma vez que possibilitou um aprofundamento da profissão de conselheiro em Comunidade Terapêutica. Não só foi possível pôr em prática várias aprendizagens e conhecimentos adquiridos ao longo do tempo, o que conduziu a uma confiança, segurança e controlo cada vez maiores,

		mas igualmente tive a oportunidade de conhecer na prática várias psicopatologias na realidade clínica. O facto de exercer de forma mais autónoma, possibilitou um aumento na capacidade de iniciativa, assertividade e um desenvolvimento constante na capacidade de empatia, congruência, escuta activa e olhar incondicionalmente positivo.
Estágios de especialização em Programas de Assistência para Empregados	Clínica Vila Serena, São Paulo, Brasil	A realização de vários estágios de especialização permitiu uma formação específica, com vários psicólogos, conselheiros e formadores. Esta variedade de vivências e experiências proporcionou uma bagagem de conhecimentos muito grande, ajudando a aplica-los na prática clínica. Tal, tornou possível um aumento das capacidades de autonomia, linguagem apropriada a cada caso, capacidade adaptação e auto-confiança.

Querendo alargar o âmbito da minha experiência clínica e profissional, decidi depois de ter terminado este estágio começar a trabalhar na Homeless Persons Unit (Unidade de Apoio Psico-social do London Borough of Tower Hamlets, Londres, Reino Unido), onde desempenhava funções de técnico superior na área da protecção de menores em risco de exclusão social. Esta foi uma experiência fascinante no sentido em que durante estes dois anos estive “no terreno”, isto é, numa prática de intervenção de rua e numa comunidade geográfica específica, possibilitando-me crescer e evoluir tanto a nível profissional como pessoal. O objetivo desta intervenção era o cumprimento da Lei de Protecção de Crianças e Menores existente no Reino Unido, no sentido da prevenção de situações de risco de abuso sexual, psicológico e físico, assim como a prevenção da negligência e abandono de menores. Cada concelho no Reino Unido tinha uma equipa específica para o cumprimento desta Lei e eu fazia parte da equipa do concelho londrino de Tower Hamlets (Este de Londres). Recebíamos encaminhamentos e encaminhamentos diários, nomeadamente de escolas, creches, centros de saúde, de hospitais e particulares, inseridos nesta zona e tínhamos

que investigar, realizar as respectivas avaliações e intervenções necessárias para a devida proteção dos menores ao abrigo da referida Lei. Esta experiência profissional durou entre os anos de 1990 e 1992 e terminou com um *burnout* pessoal, devido ao stress e à violência sofrida no decorrer deste trabalho diário, razão pela qual decidi voltar para Portugal.

Regressei a Portugal em Junho de 1992 e, após um longo período de descanso e recuperação psicológica, decidi retomar a área do tratamento das dependências químicas e tive a oportunidade de embarcar num projecto inovador de tratamento de dependências químicas em regime de Comunidade Terapêutica. Juntamente com um amigo e conselheiro em recuperação, tive a chance de ser Co-Fundador e Director Terapêutico do CRATO – Centro de Recuperação de Alcoolismo e Toxicodependência, no Porto. O CRATO foi a primeira Comunidade Terapêutica a trabalhar em Portugal segundo o Modelo Minnesota, sendo também a primeira Instituição a abrir um Centro Half-Way em Portugal. Exerci funções de Coordenação e supervisão da equipa terapêutica e fui igualmente responsável pela supervisão clínica dos residentes da casa, em conjunção com o médico e o psiquiatra integrados na equipa. Esta experiência foi muito gratificante visto ter participado activamente na formulação e no desenvolvimento da realidade do tratamento das Dependências Químicas em Comunidades Terapêuticas, em Portugal. Nos anos 1990 não havia ainda nenhuma intervenção pública dentro desta área das Toxicodependências, daí termos tido liberdade e espaço criativo para “moldar” o Modelo de Intervenção, livre de regulamentos e restrições, o que foi muito gratificante e que me fez sentir muito realizado. Hoje em dia este sector é regulado pelo Ministério da Saúde, tendo-se tornado, na minha óptica pessoal muito limitado e restritivo, ao ponto de se tornar frustrante e castrador. Este projecto durou até ao ano de 2000, ano em que decidi

fixar-me em Lisboa, deixando as viagens semanais entre o Porto e Lisboa, pois estas permanentes deslocações tornaram-se muito cansativas.

Em 1996, e ainda em simultâneo com as funções desempenhadas no CRATO, fui Fundador e Presidente da Direcção do IDEQ – Instituto de Prevenção e Tratamento da Dependência Química e Comportamentos Compulsivos, uma IPSS com fins de prevenção e promoção da saúde, localizada no Concelho de Oeiras, e, entre outras funções, fui também coordenador e supervisor de uma equipa de rua. Esta instituição dedicou-se à sensibilização e encaminhamento para tratamento de toxicodependentes, tendo na sua equipa Psicólogos e Técnicos de Serviço Social, trabalhando em forte cooperação com a Segurança Social Portuguesa e o Câmara Municipal de Oeiras. Esta experiência foi muito enriquecedora visto ter-me permitido conhecer uma realidade de intervenção local e camarária que até à data desconhecia em Portugal. Possibilitou-me conhecer a problemática dos Bairros sociais e dos chamados “Bairros de Lata” que, na altura, ainda existiam na periferia de Lisboa.

Devido ao aumento, na minha prática clínica, de pessoas com problemática de dependência química em meio sócio-laboral, isto é, com pessoas oriundas do mundo do trabalho e inseridas profissionalmente, iniciei, ainda nesse ano, o aprofundamento da minha qualificação dentro desta área específica, tendo para o efeito realizado estágios de especialização em Programas de Assistência para Empregados, na Clínica Vila Serena em São Paulo, Brasil. Durante várias semanas tive a oportunidade de receber formação específica com psicólogos, conselheiros e formadores que intervinham em várias empresas na cidade e estado de São Paulo dentro desta problemática, tendo adquirido conhecimentos profundos nesta área.

No ano seguinte, e numa fase de grande investimento na minha formação, participei e concluí o curso de Especialização em Prevenção de Recaída leccionado

pelo especialista Terence Gorski, em Chicago/EUA. Esta formação teve a duração de uma semana de forma intensiva.

No ano de 1999 fui fundador e tenho sido desde essa data director da Clínica CAPA, uma unidade licenciada pelo Ministério da Saúde através do IDT-Instituto da Droga e da Toxicodependência. Esta unidade especializada no tratamento das dependências químicas e dos comportamentos obsessivo compulsivos, providencia tratamentos em regime ambulatorio e de consulta especializada na zona de Lisboa, isto é, tratamentos de prevenção de recaída, avaliações de consumos, aconselhamento psicológico ao consumidor e suas famílias, consultoria e formação a várias entidades e organizações dentro da área das dependências químicas. Sublinho que esta unidade ainda existe até à data e encontra-se a funcionar plenamente. A vertente de tratamento psicoterapêutico e psicosocial dos utentes que tenho vindo a realizar tem sido inserida numa perspectiva da Abordagem Centrada da Pessoa e em conformidade com a minha crescente profissionalização e desenvolvimento pessoal dentro desta filosofia de intervenção.

Neste âmbito da formação foram realizadas desde o ano de 1995 e até ao momento várias formações em multiplas organizações, das quais se destacam os motoristas dos Transportes Luis Simões, alunos do Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa, alunos da Associação Portuguesa de Gestores e Técnicos de Recursos Humanos (APG), a funcionários da ANA-Aeroportos de Portugal, Petrogal, EDP-SLE, EDP-E. Norte, a EDP-REN, EDP-LTE, Administração do Porto de Sines (APS), Caixa Geral de Depósitos, SMAS de Sintra, Câmara Municipal de Sintra, Navipor - Operadora Portuária Geral, Continental Mabor, Euronext-NYSE Lisboa e Porto, Glaxo Smith Kline, entre outros.

Como mencionei anteriormente renunciei, no ano 2000, à Direcção do CRATO e iniciei funções de Gerência e Direcção Clínica da Comunidade Terapêutica ERA – Empatia, Recuperação e Apoio, unidade especializada de tratamento em regime de internamento, que integrava 24 camas e estava situada em Lisboa. Aqui permaneci até 2006, tendo decidido sair, nesse ano, da área do tratamento em regime de internamento em Comunidades Terapêuticas. Esta decisão deveu-se principalmente à minha profunda discordância teórica e programática dos Programas de Substituição e de Redução de Danos que, a partir do ano de 2000, vieram a dominar o panorama nacional do tratamento dentro desta área, reduzindo substancialmente o conceito de tratamento em Comunidade Terapêutica. Como já referi, este sector passou a ser fortemente regulado pelas autoridades públicas, ao ponto de não só a liberdade de intervenção ter sido reduzida, na minha óptica a quase zero, mas igualmente devido à orientação das políticas públicas que se focam numa vertente da redução de danos e tratamentos de substituição, tornando esta área profundamente inattractiva e limitada, perdendo assim, para mim, todo o interesse.

No ano de 2001 fui convidado para ser Consultor Internacional da área da Saúde da Agência de Desenvolvimento do Reinado do Luxemburgo, isto é, da agência Lux-Development, S.A., tendo assumido a coordenação do projecto CVE-090 na República de Cabo Verde. Enquanto coordenador deste projecto procedi ao desenvolvimento, criação, coordenação e manutenção, da Comunidade Terapêutica Granja de S. Filipe, na cidade da Praia, Ilha de Santiago, Cabo Verde. Igualmente fazia parte da meu caderno de encargos a supervisão e coordenação da formação específica dos profissionais seleccionados para integrarem a equipa terapêutica desta mesma Comunidade. Esta experiência decorreu entre os anos de 2001 a 2011, com deslocações frequentes a Cabo Verde para a referida implementação deste projecto

pioneiro e de referência em Cabo Verde e África Ocidental. A Comunidade Terapêutica Granja de S. Filipe, encontra-se a funcionar em pleno e é um exemplo de sucesso da cooperação internacional em Cabo Verde e uma referência no tratamento destes problemas na África Ocidental e nos PALOP. Esta experiência encontra-se documentada numa publicação, nomeadamente no livro com o título *Vivência em Comunidade e Desenvolvimento Pessoal: o modelo de tratamento em regime residencial de dependentes químicos em Cabo Verde*, editado pela EDIUAL, Lisboa, no ano de 2011. Foi uma experiência fortemente gratificante, visto ter conseguido implementar um modelo de tratamento em Comunidade Terapêutica com todas as suas vertentes de intervenção e ter sensibilizado as autoridades públicas de Cabo Verde para as vantagens desse modelo. Esta intervenção foi frutífera e levou à implementação de um conjunto de outras políticas públicas com estes princípios e em outras áreas de intervenção.

Em 2003 concluí o meu Doutoramento em Sociologia (Clínica), na Faculté de Sciences Économiques et Sociales, Université de Fribourg/Suíça, sob orientação do Prof. Doutor Riccardo Lucchini.

Sómente após a realização do Doutoramento, comecei a minha actividade como docente universitário, iniciada na Universidade Moderna, pólo do Porto, com o Professor Guimarães Lopes, coordenador do curso de Psicopedagogia. Posteriormente esta instituição foi absorvida pelo Grupo Lusófona, tendo passado a denominar-se Universidade Lusófona do Porto. Aqui, como Professor Associado, leccionei várias disciplinas da Licenciatura de Psicologia e Psicopedagogia e igualmente do Mestrado de Psicologia Forense. Publiquei dois artigos na revista “Reflexões”, revista científica da Universidade Lusófona do Porto e desenvolvi várias atividades grupais extra-curriculares. Igualmente recebi o prémio de “melhor Professor do ano” referente ao

ano de 2006 distribuído pela Associação de Estudantes da referida Universidade. Cessei esta minha atividade na instituição no ano de 2012.

Em 2004 iniciei a docência no Departamento de Psicologia e Sociologia na Universidade Autónoma de Lisboa, sob coordenação dos Professores Doutores João Hipólito e Odete Nunes, que desde o início me integraram na sua equipa. Tenho desde essa data leccionado em várias unidades curriculares da licenciatura em Psicologia e do Mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento, assim como orientei duas teses no âmbito do programa de Doutoramento da UAL. Tenho sido um assíduo participante nas Jornadas de Investigação que decorrem há vários anos no âmbito do Centro de Investigação da UAL (CIP-UAL), sendo igualmente investigador integrado deste Centro. Participei em vários projectos de investigação, dos quais destaco o projecto de Investigação Internacional com a Universidade de Leuven, Bélgica, e a EARF - *Employee Assistance Research Foundation*, dos EUA, durante o qual se realizou uma investigação (denominado EUREKA) em 6 países europeus e que decorreu durante os anos de 2012 e 2013.

Ainda no ano de 2001 participei no encontro fundador da EAEF - *Employee Assistance European Forum*, uma associação europeia de profissionais no âmbito dos programas de apoio a empregados e que hoje em dia conta com sócios de mais de 25 países europeus e não-europeus. Além de ser um dos sócios fundadores, tenho tido o privilégio de estar na Direcção desta Associação nos últimos 8 anos, e assumi o cargo de Presidente entre 2010 e 2012. Ainda hoje, estou muito empenhado nesta Associação permitindo-me ter uma atividade internacional, experiência esta, que muito gosto e me traz grande prazer, devido ao intercâmbio com profissionais de outros países e culturas.

Desde 1995, e até à data de hoje, tenho igualmente tido uma atividade como palestrante em vários Congressos nacionais e internacionais, realçando para o efeito apresentações no 1º Congresso Ibérico de Recursos Humanos em Madrid, no 8º Encontro Nacional da Sociedade Portuguesa de Alcoologia no Algarve, 18º Congresso de Recursos Humanos da Associação Portuguesa de Gestores e Técnicos de Recursos Humanos-APG, no 2º Encontro de Alcoologia do Distrito de Vila Real, nas 7as Jornadas de Saúde Mental do Algarve, no 16º Congresso da ABEAD- Associação Brasileira para o Estudo do Alcool e outras Drogas em Florianópolis, nas várias Jornadas e Congressos da APPCPC-Associação Portuguesa de Psicoterapia Centrada no Cliente e Pessoa, em dois Congressos Mundiais da *Person Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling*, em Roma e na Antwerpia, em 2 Conferências anuais da EAEF-*Employee Assistance European Forum*, Atenas e Dublin e na Conferência da EAPA-*Employee Assistance Professionals Association* em Phoenix, EUA.

Em relação à minha atividade de publicação de artigos e livros, venho mencionar que tenho algumas publicações em revistas científicas na área da Psicologia, algumas com *peer-review*, e duas publicações de livros em língua portuguesa, nomeadamente o livro “Carreiras de Saída da Toxicodependência”, publicada pela editora Climepsi, Coleção Alcoolismo e Toxicomanias modernas, Lisboa (Maio de 2004) e o livro “Vivência em Comunidade e Desenvolvimento Pessoal: o modelo de tratamento em regime residencial de dependentes químicos em Cabo Verde”, publicado pela editora EDIUAL, em Lisboa (2011).

Desde o ano de 2007 sou sócio da APPCPC-Associação Portuguesa de Psicoterapia Centrada no Cliente e na Pessoa, tendo tido um período de supervisão no âmbito da minha formação como Psicoterapeuta. Esta caminhada tem-me vindo a

permitir aprofundar uma abordagem psicoterapêutica na qual acredito e me sinto muito à vontade.

Tenho igualmente mantido uma consulta de aconselhamento de cariz psicosocial na Clínica Europa em Carcavelos e na Clínica do Rosário em Cascais.

Desde o início da minha formação como sociopedagogo na Universidade de Fribourg e do contacto com a realidade profissional no Instituto Padre Antonio Vieira em Caxias, no ano de 1984/85, há sensivelmente 30 anos, que tenho vindo a crescer substancialmente e a adquirir não só novos conhecimentos teóricos e práticos como igualmente novas competências dentro da área da Psicologia e da Psicoterapia que me têm permitido evoluir pessoal e profissionalmente na relação de ajuda com os clientes que me procuram.

Devido ao facto de ter trabalhado predominantemente na área do tratamento das adições ao longo dos anos, esta realidade tem-me permitido estar em contacto com um conjunto de problemas e sofrimentos humanos e que tocam variadas áreas da saúde mental e psicológica dentro das nossas sociedades modernas, tais como depressões, suicídios, para-suicídios, violências, psicoses, esquizofrenias, co-dependências, entre outros. A minha compreensão pessoal destas problemáticas tem vindo a evoluir à medida que a formação tem avançado.

Assim, por considerar que o aprofundamento e sedimentação de conhecimentos no âmbito da Psicologia era uma mais valia na prática da minha carreira profissional, decidi concretizar a obtenção do primeiro ciclo em Psicologia.

O objecto essencial foi o de adquirir mais conhecimentos que permitissem uma maior compreensão do funcionamento mental e comportamental da pessoa e, conseqüentemente, obter competências específicas de intervenção psicológica no âmbito individual e grupal.

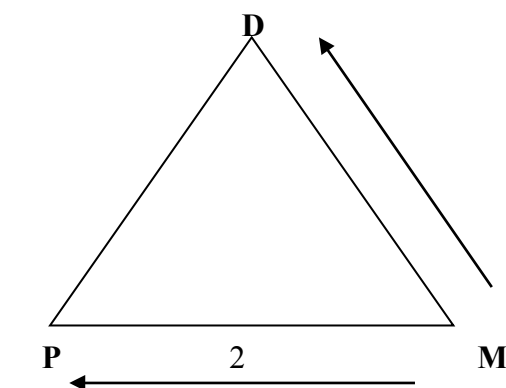
Considero que os resultados desta minha decisão foram muito frutíferos, correspondendo às minhas expectativas. Assim, no que respeita à abordagem clínica, aumentei a capacidade de análise e compreensão através da discussão de casos clínicos, adquiri competências ao nível do diagnóstico, fruto do aprofundamento dos conhecimentos em psicopatologia, contactei com uma diversidade de instrumentos de testagem, clarificando-me sobre a pertinência e adequação da intervenção psicológica.

Ao nível da investigação em Psicologia aumentei as competências metodológicas e de tratamento de dados tendo já aplicado com sucesso esses conhecimentos no desenvolvimento de projectos de investigação, actualmente em curso.

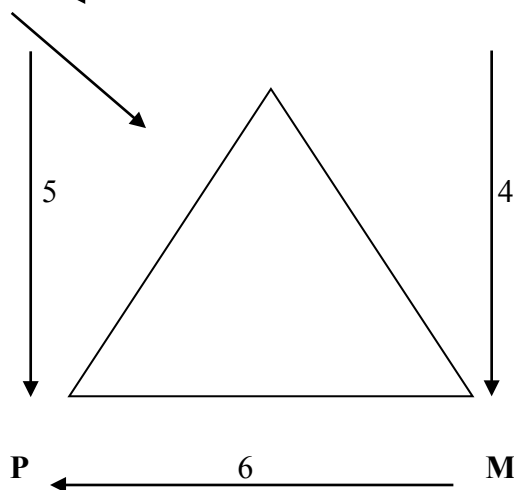
Saliento a formação contínua que tenho realizado no âmbito da relação de ajuda na perspectiva da Terapia Centrada no Cliente, não só como participante mas igualmente como co-facilitador em vários grupos de Encontro organizados pela Associação Portuguesa de Psicoterapia Centrada no Cliente e na Pessoa em Portugal e na Associação congénere na Bélgica e Itália, ao longo dos últimos anos.

Anexo A: O conceito de tríade de Lucchini

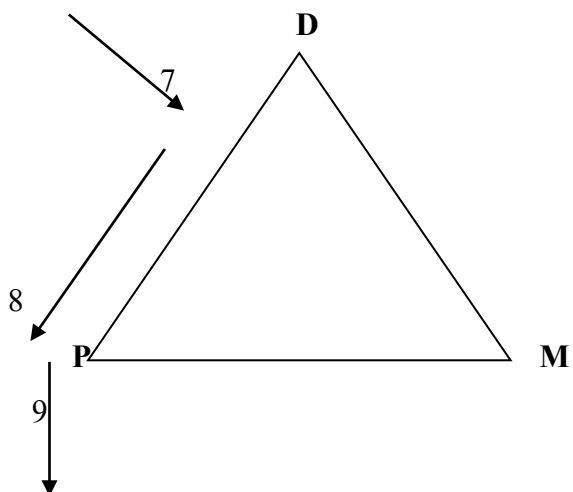
Parte 1: t1



: t2



: t3



Nota: D – Drogas, M – Meio, P – Pessoa

Anexo B: Diploma



UNIVERSITÄT FREIBURG SCHWEIZ

DIE PHILOSOPHISCHE FAKULTÄT

bestätigt hiermit, dass sie

Herrn	Manuel SOMMER
von	Lisbonne / Portugal
geboren den	3. August 1965

den Titel eines

LICENTIATUS PHILOSOPHIAE

mit dem Gesamtprädikat	magna cum laude
für die mündlichen Prüfungen im	
Hauptfach	Sozialarbeit
1. Nebenfach	Soziologie
2. Nebenfach	Psychopathologie und Tiefenpsychologie
Zusatzfach	---

verliehen hat.

Die Lizentiatsarbeit über "Politisch-administrative Erklärungsansätze für die Armut und Armutspolitik in Portugal. Empirische Fallstudie anhand eines Fallbeispiels in einem Bairro da Lata in Lissabon/Portugal"

wurde von der Fakultät angenommen mit der

Note	magna cum laude
------	-----------------

Freiburg, 6. Juli 1989

Der Dekan

Prof. Dr. Dr.h.c. Fritz Oser

