

8

Discurso Directo **Terapeutas de Referência – Espécie em vias de Renascimento?**

ISABEL PRATA

1 – INTRODUÇÃO

O meu interesse pelo tema dos terapeutas de referência decorre directamente da minha experiência de mais de 20 anos no campo das toxicodependências e da necessidade que tenho sentido, mais recentemente, de (re)pensar o meu modelo de intervenção.

Iniciei a minha actividade profissional como psicóloga em 1985, na Equipa de Terapia Familiar do CEPD – Sul1, no Restelo. Em 1987 fui trabalhar para a Comunidade Terapêutica, onde fiz parte da Equipa dirigida por Domingos Neto, que introduziu pela primeira vez em Portugal o modelo hierárquico de funcionamento de Comunidades Terapêuticas. Nesta equipa, onde estive durante 15 anos, tive a oportunidade, enquanto responsável clínica e coordenadora, de viver tanto os tempos em que fomos considerados teimosos defensores de um modelo indefensável, como aqueles em que era difícil aceitar todos os estagiários profissionais que pretendiam aplicar o modelo nas suas instituições. Em 2001 voltei a trabalhar nos cuidados de primeira linha, no CAT do Restelo e reencontrei, portanto, a população heterogénea que recorre à consulta. Ao voltar a intervir a este nível, várias questões me interpelaram fortemente e me obrigaram a reflectir sobre a organização dos recursos disponíveis e sobre o meu lugar no conjunto de cuidados prestados aos toxicodependentes.

Ao começar a receber utentes em ambulatório, constatei, muito rapidamente, até que ponto tinha havido mudanças significativas, tanto dos serviços como dos seus utentes.

2 – OS UTENTES ACTUAIS

Dois casos que recebi com a distância de 20 anos entre eles, podem ilustrar o que quero dizer quando me refiro a mudanças significativas nas características dos utentes:

O primeiro caso veio em 1985. Era um jovem de pouco

mais de 20 anos. Vivia com a família composta por mãe, pai e irmão. Tanto o pai como a mãe trabalhavam, o irmão estava na escola, sem problemas. O nosso utente abandonara a escola cedo e tinha encontrado um trabalho indiferenciado. Consumia compulsivamente analgésicos. Derretia supositórios e injectava a mistura que obtinha, o que provocava feridas horríveis nos locais da injeção. Veio à consulta acompanhado pela mãe, uma mulher de quarenta e poucos anos. Como projecto terapêutico propusemos além de cuidados médicos, um processo de terapia familiar, para o qual se conseguiu mobilizar tanto os pais como o irmão.

O segundo caso recebi-o no CAT do Restelo, 20 anos depois, em 2005. Também consumia compulsivamente analgésicos e era isto o que tinha em comum com o primeiro caso. As suas restantes características eram paradigmáticas das "mudanças significativas": tinha 48 anos e, para além dos analgésicos, também abusava regularmente do álcool. Veio à consulta acompanhado pela mãe, uma mulher de mais de 75 anos, viúva. Viviam ambos sozinhos, numa casa enorme e muito degradada. A mãe recebia uma pensão e o filho, que nunca tivera senão empregos ocasionais, recebia o Rendimento Social de Inserção.

Entre um caso e outro a transformação não foi só agravamento, foi também complexificação. Agravamento porque praticamente todas as áreas da vida do indivíduo estão a necessitar de cuidados. Complexificação no sentido em que, no segundo caso, os elementos interdependentes são mais e estão muito mais reciprocamente intrincados.

No caso de 2005, não temos somente uma mãe idosa mais o seu filho e mais a droga, mas todos estes elementos em interacção e interdependência, de tal forma que se realizarmos uma intervenção dirigida a um elemento, podemos contar que desequilibraremos

todos os outros. Assim, se o utente for internado numa Comunidade Terapêutica, extingue-se a droga e o álcool, o que é positivo. Mas, entretanto, a mãe ficará mais isolada e poderá perder a vitalidade mobilizada pela necessidade de cuidar do filho, passando a necessitar também ela de cuidados. Sem drogas, o peso da sua situação actual desabarà sobre o filho e constituirá um factor de risco para desistir da CT. Se acrescentarmos a probabilidade, alta, de haver psicopatologia grave associada e, portanto, estarmos perante um caso de duplo diagnóstico, aumenta a complexidade. Neste quadro, que mudanças poderemos, nós e o utente, ter esperança de alcançar? Que projecto terapêutico e com que objectivos? Que técnicos, com as suas especificidades, serão necessários para intervir?

3 – MUDANÇA DOS SERVIÇOS

Em casos como este – que constituem uma percentagem alta das pessoas que atendemos actualmente nos CATs – a intervenção/tratamento tradicional, com o objectivo de alcançar a abstinência e retomar o desenvolvimento psicológico, claramente não é adequada e tem dado lugar à intervenção/cuidados, conceito extensivamente elaborado por Morel, Hervé & Fontaine (1998).

Foi no sentido de fornecer respostas ao nível dos cuidados que, nas últimas décadas, se desenvolveram os programas de substituição de diferentes graus de exigência. Estes programas, em termos de tratamento, têm como objectivos principais, atrair e fidelizar às Equipas de Tratamento utentes muito degradados e/ou fracamente motivados, enquadrando-os no dispositivo de cuidados e, desta forma, dando oportunidade a que sejam integrados em intervenções psicossociais. Estes objectivos são claramente pertinentes. No entanto, na prática, grande parte destes utentes entram e saem repetidamente de níveis de cuidados básicos e poucos chegam a criar condições para integrar outros níveis do tratamento.

Esta realidade – a enorme quantidade de utentes que se mantêm a funcionar em porta giratória – pode estar ligada a vários factores, sendo um deles obviamente a gravidade já referida das suas situações clínicas e

sociais. Penso que um outro é a opção das equipas na organização dos cuidados. De facto, para responder às necessidades dos seus utentes actuais, as equipas de tratamento podem utilizar duas vias:

1) Considerarem que estes utentes são inacessíveis a intervenções mais evoluídas, como as psicoterapias individuais, de grupo ou de famílias, os programas de treino de competências, os centros de dia, as comunidades terapêuticas, etc. e fornecerem apenas respostas centradas na substituição ou na desintoxicação física.

Ou

2) Sem perderem de vista a necessidade de cuidar, perspectivarem o tratamento como um percurso, ao longo do qual vão ter de acompanhar os utentes, aceitando os retrocessos como parte do projecto e procurando disponibilizar intervenções nos vários níveis – parar de consumir, manter a abstinência, modificar o estilo de vida, retomar o desenvolvimento pessoal.

Do meu ponto de vista, esta segunda via, adequadamente organizada, é aquela que poderá diminuir significativamente o número de utentes que se mantêm indefinidamente a entrar e sair dos serviços, sem revelarem grandes ganhos, pessoais ou sociais.

4 – TERAPEUTA DE REFERÊNCIA: PAPEL CENTRAL NA ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS

Quando uma equipa opta pela segunda via, a perspectiva do tratamento-percurso formulará objectivos de diferentes níveis, em função das possibilidades do momento. As intervenções previstas no projecto terapêutico serão multivariadas, articuladas e encadeadas no tempo.

Provavelmente num primeiro momento, as intervenções sociais serão indispensáveis, em muitos casos, mesmo numa dimensão de apoio à sobrevivência. A organização dos projectos terapêuticos e das redes relacionais de suporte terá de ser feita a partir de "quase nada". Será a pouco e pouco que outras possibilidades se abrirão e poderão ser introduzidos objectivos mais transformadores.

Para se conseguir trabalhar nesta perspectiva é indispensável que as equipas sejam capazes de organizar a utilização das competências dos técnicos intervenientes.

É neste contexto que tem vindo a ganhar relevância e (re)afirmar-se nas equipas de tratamento, o papel de "terapeuta de referência", um papel que apela para competências de organização, de fronteira e de ligação, existente em muitos centros do IDT.

É um papel que parte da prática clínica, tem de ser aprofundada a reflexão que pode clarificar e consolidar o seu estatuto nas equipas de tratamento. Mas na minha perspectiva, o modelo de intervenção que se organiza em torno do "terapeuta de referência" corresponde às exigências que colocam as novas realidades, em que a grande maioria dos utentes são multi-problemáticos e multi-intervencionados. Para eles é fundamental haver alguém que tenha uma visão global do seu percurso e que faça a ligação quer entre o indivíduo e a instituição, quer entre os diferentes intervenientes no projecto terapêutico.

Concretamente, o "terapeuta de referência" tem funções ligadas

- à construção da aliança terapêutica instituição-utente;
- à motivação do utente para o projecto terapêutico e à sua organização;
- à articulação entre as diversas intervenções nele contidas;
- à adesão a terapêuticas farmacológicas e aos projectos de reinserção.
- ao "controle" das recaídas e organização dos rearranjos do projecto terapêutico que elas implicam;
- à avaliação ou monitorização da evolução no projecto terapêutico.

É ainda:

- mediador nas relações com os programas de substituição;
- mediador nas relações com as várias instituições que também intervêm com os seus utentes.

5 – MODELOS DE TERAPEUTA DE REFERÊNCIA

O papel de terapeuta de referência não é uma novidade. Ele tem na base princípios de uma determinada época dos dispositivos de cuidados, em que foram predominantes as abordagens que procuraram ter uma visão mais global da pessoa, como os modelos sistémico e a psicoterapia institucional.

Nos anos 80, no CEPD-Sul, na Equipa de Terapia Familiar, trabalhávamos com um modelo de terapeuta de referência, na medida em que o terapeuta familiar organizava e facilitava o acesso a outros intervenientes, em função das necessidades do projecto terapêutico acordado com as famílias. Outras Equipas, no campo das toxicodependências, utilizaram o mesmo modelo de organização. O que é novidade é a necessidade de aprofundar a conceptualização teórica e sistematizar as funções do terapeuta de referência, de modo a construir a sua legitimidade e garantir a sua autoridade nas equipas de tratamento.

O terapeuta de referência surge na literatura científica ligado ao acompanhamento de utentes particularmente difíceis e/ou muito desorganizados em vários níveis. Jeammet (1989) conceptualiza um modelo de intervenção em que há um papel que podemos aproximar do "terapeuta de referência". É o modelo da "terapia bifocal", em que existem pelo menos dois intervenientes: um consultor de referência e um psicoterapeuta (individual ou de grupo). Nas situações descritas pelo autor, o consultor é um médico.

De acordo com Jeammet (1987,1989), a utilização deste modelo está indicada nos casos de adolescentes ou em casos com problemáticas graves, com características de dependência, impulsividade e passagem ao acto (em que eu incluiria grande parte dos pacientes toxicodependentes). O objectivo é fornecer um quadro de intervenção em que se torne mais fácil lidar com os ataques ao processo terapêutico que surgem sistematicamente nestes casos, como sejam as interrupções, os abandonos, as passagens ao acto, o desrespeito pelo contrato terapêutico instituído, a intrusão de familiares ou outras pessoas na relação psicoterapêutica. O Consultor toma para si a missão de acompanhar os aspectos da realidade externa, tarefa muito necessária nestes casos. Por outro lado ele constitui-se como o interlocutor da família e de outros intervenientes ligados ao caso, assegurando desta forma a possibilidade de o psicoterapeuta se manter numa posição suficientemente neutral, necessária à realização de qualquer psicoterapia e permitindo ainda que esta se centre nos temas ligados ao utente.

No Centro de Marmottan, fundado em 1971, por Claude Olivenstein – um teórico e um clínico profundamente influente nos anos 70 e 80, no campo das toxicodependências – existiu desde o início, o papel de "terapeuta de referência" ou "terapeuta-líder". Quando chegavam a este Centro, os novos casos, passavam por um período de acolhimento que tinha pelo menos dois objectivos: 1) a organização do projecto terapêutico individual e 2) a construção de uma relação privilegiada com o terapeuta de referência que seria o garante da continuidade do percurso do utente. Marc Valleur, sucessor de C. Olivenstein quando este se reformou, em 2000, refere-se, actualmente, a um modelo de terapia plurifocal, com vários intervenientes mas em que emerge um "terapeuta-líder", elemento de continuidade ao longo das vicissitudes da realização dos projectos terapêuticos e personagem que garante "a atitude terapêutica", ou seja, alguém que garante que os esforços estão a ser feitos em função dos objectivos e não são "avulsos" ou sem sentido terapêutico (Hautefeuille, M., Valleur, M. & Blaise, M., 2002).

Roland Sefcick, num quadro conceptual psicanalítico, apresenta um modelo de intervenção em que existe o papel de "terapeuta-guia" que tem como missão estabelecer e orientar o vínculo entre o utente e a instituição. Considera esse modelo necessário e indicado para lidar com os indivíduos que trazem problemáticas muito difíceis, "de tipo perverso, narcísico ou de destruturação psicossocial tão profunda que tomam aspecto de perturbações psiquiátricas" (Sefcick, 1998, p.173), pacientes que se caracterizariam por uma história de insucessos terapêuticos recorrentes e por uma enorme ansiedade na procura de soluções rápidas.

O terapeuta-guia representará a instituição aos olhos do utente (no sentido real e simbólico) e garantirá que os esforços são feitos em função dos objectivos (em oposição à desorganização dos pacientes ou à cronificação). Apoiará a acção psicoterapêutica na medida em que acompanhará o nível da realidade (processo secundário) deixando para a psicoterapia a missão de trabalhar "as partes psicóticas individuais ou familiares" (Sefcick, 1998, p.188). O autor considera que, com esta organização dos cuidados, os utentes podem

beneficiar realmente do facto de serem acompanhados por uma equipa. No entanto, para que esta funcione é fundamental que os papéis relativos sejam mantidos e que a equipa avalie a adequação das propostas terapêuticas em função do que se está a alcançar com o paciente.

Na Comunidade Terapêutica do Restelo, o programa contém o papel de terapeuta de referência, apenas designado por "terapeuta". Durante a fase inicial da sua estadia, é atribuído a cada utente um terapeuta que o vai acompanhar ao longo de todo o tempo de residência. O programa terapêutico é constituído por elementos universais, pelos quais todos os utentes passam e por alguns elementos individuais ou destinados a subgrupos. Os elementos universais dizem respeito a partes estruturadas e fixas do programa terapêutico, como os Grupos de Encontro, as Terapias Familiares, os Grupos de Fases, os Grupos de Trabalho, entre outros. Os elementos individuais são criados em função de necessidades específicas de cada um, por exemplo terapia de casal, frequência de consultas externas relacionadas com a saúde física, projectos de formação escolar ou profissional, entre outras possibilidades. O terapeuta (de referência) no contexto da equipa, planeia os aspectos individuais do programa dos utentes pelos quais é responsável. Também faz com eles, regularmente, em geral uma vez por semana, um encontro que tem objectivos a dois níveis:

- por um lado objectivos de monitorização do processo: como está a decorrer o projecto terapêutico, se os objectivos estão a ser alcançados, que rearranjos será preciso fazer.
- Por outro lado, neste encontro com o terapeuta, as diferentes experiências que ocorreram no quotidiano do residente seja nos grupos terapêuticos ou pura e simplesmente na vida diária, podem ser integradas e elaboradas, de forma a ganharem sentido. Ao serem pensadas com o terapeuta, transformam-se em experiências que informam ambos, utente e terapeuta, sobre o funcionamento do indivíduo e, ao mesmo tempo, em experiências transformadoras, porque a elaboração da informação assim obtida trará a possibilidade de mudança. São estes encontros com o terapeuta que podem permitir que as diferentes vivências do

quotidiano se integrem e possam ser autênticas experiências emocionais correctivas (Alexander & French, 1965).

6 – TERAPEUTA DE REFERÊNCIA E FUNCIONAMENTO EM EQUIPA

Jeammet e Sefcick, coincidindo com o meu próprio ponto de vista, acentuam a necessidade da clarificação do lugar de cada interveniente e um bom funcionamento em equipa, para que o modelo resulte. Jeammet considera mesmo que é importante que os intervenientes partilhem um quadro teórico que lhes permita ter uma compreensão suficientemente comum da situação, para poderem lidar bem com ela.

Na minha perspectiva, mesmo que os vários intervenientes tenham quadros teóricos diferentes (até porque geralmente pertencem a disciplinas diferentes) é indispensável que partilhem o modelo de organização dos cuidados, pois a importância e autoridade do terapeuta de referência está muito ligada às opções de cada centro, especialmente à forma como se organiza e desenvolve o trabalho de equipa. Se cada técnico que intervém com o mesmo utente, agir de uma forma independente, podem acabar por existir várias opções terapêuticas contraditórias. Mas quando é possível instituir um real trabalho de equipa, então o valor do terapeuta de referência é alto, é mesmo o organizador das diferentes intervenções e base da criação de uma aliança de trabalho com o utente.

7 – TERAPEUTA DE REFERÊNCIA E GESTÃO DE CASOS

É evidente que na minha reflexão sobre o terapeuta de referência me encontrei com os conceitos ligados à gestão de casos, uma perspectiva que, nos últimos anos, começou a ser adoptada por algumas instituições, em Portugal. Os modelos de terapeuta de referência, tal como os modelos de gestão de casos são métodos de coordenação de cuidados.

No entanto, são perspectivas que têm origens diferentes: o terapeuta de referência vem das ideias da terapia institucional, coloca o acento no vínculo, na intencionalidade e na continuidade dos cuidados. Tem sido utilizado para

organizar, em primeiro lugar, a variedade de respostas oferecidas dentro de uma instituição.

A gestão de casos tem a sua origem no trabalho social, nasceu da necessidade de acompanhar, na comunidade, pessoas muito desorganizadas, tanto psíquica como socialmente, com o objectivo de garantir que essas pessoas obtinham os atendimentos de que necessitavam (Ridgely, M. & Willenbrin, M., 1992). É sobretudo inter-institucional.

Desenvolveram-se, nos EUA e no Canadá, diversos modelos de gestão de casos, o que faz com que seja importante precisar a que modelo nos estamos a reportar, quando nos referimos a gestão de casos. Há modelos que procuram, principalmente, diminuir custos e rentabilizar intervenções, estabelecendo objectivos muito centrados na resolução de problemas. Este modelo parece-me extremamente pobre, até negativo quando, por causa dos custos, não permite o acesso a cuidados mais especializados e portanto mais caros. É o que Ridgely, M. e Willenbring, M. (1992) chamam "gestão de casos guarda portão do sistema" (p.19).

Mas se pensarmos na gestão de casos que coloca em primeiro lugar o paciente e as suas necessidades, entre o terapeuta de referência e o gestor de casos há uma área de intersecção onde se encontram algumas funções comuns como:

- procurar manter o utente ligado aos serviços,
- organizar os projectos terapêuticos adequados,
- garantir a continuidade de cuidados,
- garantir que a pessoa tem acesso às intervenções necessárias
- e avaliar o que se está a passar na sua concretização.

Fora desta área de intersecção existem os campos em que as duas perspectivas se diferenciam.

O terapeuta de referência, para além das suas funções organizativas e orientadoras, tem também funções terapêuticas ligadas fundamentalmente a duas dimensões:

- à dimensão do vínculo, pois o terapeuta de referência vai estabelecer uma relação privilegiada com o utente, o que tem como consequência o sentimento de ligação tanto ao terapeuta como à instituição e ao seu próprio projecto terapêutico. É esta dimensão do vínculo que justifica, por exemplo, que muito utentes procurem

seguir os terapeutas quando estes mudam de equipa, mesmo não estando em processos psicoterapêuticos muito profundos. A relação que se constrói entre o terapeuta de referência e o utente é, simultaneamente, base das possibilidades de tratamento e factor de tratamento, por si só.

- À dimensão de compreensão: o terapeuta de referência deve manter, em qualquer intervenção, a capacidade de compreender as motivações e os significados das acções e reacções dos utentes, mesmo quando tem de tomar medidas firmes ou directivas. Assim, por exemplo, pode penalizar um utente por ter infringido regras da instituição ou do programa de tratamento em que está integrado e, simultaneamente, compreender o significado dessa infracção no contexto do processo terapêutico e usá-lo na orientação das suas intervenções. Na minha perspectiva, portanto, o terapeuta de referência, organiza e coordena intervenções, mas ele próprio intervém, construindo com o utente uma relação de confiança, no contexto da qual a compreensão se torna possível e útil para o desenvolvimento da pessoa. E isso diferencia-o de um gestor de caso.

Procurarei explicitar, com alguns exemplos clínicos, o valor das funções terapêuticas do terapeuta de referência:

Caso 1: Um utente integrado num programa de substituição, e com uma reorganização da vida aparentemente em bom caminho apresentava sistematicamente análises positivas, o que era extremamente intrigante. Expliquei-me que continuava a fazer um consumo de heroína por semana porque se sentia muito sozinho, incapaz de conversar com os colegas de trabalho. Então, uma vez por semana, ia ao "Bairro" encontrar os conhecidos de antes, traficantes e consumidores, com os quais passava um bom bocado da tarde à conversa. Já que lá estava tinha de comprar alguma coisa – como as famílias que se passeiam nos Centros Comerciais – e então comprava um pacote de heroína. Recáia mas vinha de lá menos sozinho. Assim, se as análises positivas tiveram como consequência o utente ser obrigado a vir tomar a medadona ao centro todos os dias (o que também o deixou menos sozinho) a possibilidade de conversar sobre o que se estava a passar conduziu à compreensão e alertou a terapeuta de referência para a necessidade de dar

atenção às questões da rede social, com este utente.

Caso 2: Um utente da Comunidade Terapêutica, habitualmente sociável e participativo, começou a isolar-se, a mostrar-se muito triste e a ter reacções agressivas com os outros residentes quando insistiam para que explicasse a sua atitude nos grupos terapêuticos. Foi com a terapeuta de referência, em quem confiava intensamente que ele acabou por explicar o que estava a sentir: desde que tinha sido colocado no grupo de trabalho que tratava do jardim, tinha começado a ser invadido por memórias da sua relação com o pai que tinha morrido há muitos anos, quando o paciente estava a entrar na adolescência. Essas memórias eram de uma época em que ajudava regularmente o pai a tratar do jardim da casa da família; eram extraordinariamente vivas e gratificantes. O paciente tinha medo de as perder, falando delas no grupo, o que não queria, mas mantendo-se silencioso estava a ficar isolado, auto-excluído e, em breve, provavelmente também excluído pelos outros, o que também não queria. Sem aprofundar muito as possibilidades de compreensão psicológica deste estado de suspensão entre o passado e o presente, a terapeuta pôde ajudar o paciente a sair do impasse em que ele se sentia e decidir o que fazer. Mais tarde a experiência mostrou-lhe que recordações partilhadas não são, de modo nenhum, recordações perdidas e isso foi fundamental para aumentar o investimento do utente no processo terapêutico dentro da Comunidade Terapêutica.

Caso 3: Na perspectiva dos técnicos, arranjar emprego é potencialmente regulador da auto-estima, mas é preciso ter em conta o medo do fracasso, a dificuldade de enfrentar tarefas novas, de lidar com as relações novas que é necessário estabelecer, etc., que podem estar na base de recusas de trabalho aparentemente disparatadas.

Uma utente que recentemente terminara com sucesso o programa de uma Comunidade Terapêutica recusou um curso técnico-profissional subsidiado que lhe daria, para além de uma profissão que lhe agradava, equivalência ao 12º ano. Explorando esta recusa, compreendemos as duas que ela não se sentia com disponibilidade psicológica para se concentrar no curso. Naquela fase estava a fazer o luto da CT e da sua protecção, a realizar um esforço

intenso de se (re)integrar nas relações sociais e a iniciar uma psicoterapia individual. Estas tarefas eram muito exigentes e, avaliando as suas forças, decidiu não se sobrecarregar.

O que inicialmente tinha parecido desistência, para a utente foi um adiamento baseado em dados realistas. Mas só foi possível chegar a esta compreensão das razões da utente na medida em que existia uma relação de confiança suficiente, que lhe permitiu sentir-se capaz de comunicar os seus medos, em vez de passar ao acto. Se tivesse avançado para o curso o mais provável era que o abandonasse rapidamente, acrescentando um sentimento de incompetência às dificuldades que estava a viver.

8 – OBSTÁCULOS AO FUNCIONAMENTO DAS EQUIPAS COM O MODELO DO TERAPEUTA DE REFERÊNCIA

Existem alguns obstáculos à organização dos centros de tratamento no modelo do terapeuta de referência. O principal é talvez a redistribuição de autoridade que estes modelos implicam: por exemplo, como terapeuta de referência fui várias vezes surpreendida por decisões de colegas que, sem me dizerem ou discutirem em equipa, deram orientações que mudavam radicalmente a opção terapêutica decidida para aquele caso. Na prática, a instituição tinha criado um papel que reconhecera como necessário, mas não tinha conferido aos técnicos que o desempenhavam a autoridade para o exercer. Ora se este problema da autoridade se coloca intra-institucionalmente, coloca-se ainda com mais intensidade inter-instituições.

Um outro obstáculo, em estrita ligação com o anterior, é o hábito do trabalho isolado que existe nas instituições, pois neste modelo há necessidade de trabalhar verdadeiramente em complementaridade, com cada interveniente a respeitar o campo dos outros.

Um terceiro obstáculo tem a ver com o leque de escolhas dos projectos terapêuticos. Nos centros de tratamento de toxicodpendentes as respostas que existem são, na realidade, bastante pobres, havendo tendência para intervenções standardizadas e que não têm em conta a diversidade de situações dos utentes. De facto, trabalhar no modelo do terapeuta de referência conduz

à necessidade de organizar o tratamento de uma nova forma na fase de manutenção da abstinência, criando recursos que contemplem as diferentes etapas dos percursos terapêuticos.

CONTACTO:

ISABEL PRATA

Psicóloga Clínica. Mestre em Ciências da Educação.
Equipa Terapêutica do Restelo, IDT, I.P.
Av. do Restelo, 36, 1400-315 LISBOA
iprataduarte@yahoo.com
Tel. 21 303 06 00

NOTAS:

1 – O CEPD (Centro de Estudos e Profilaxia da Droga), foi o antepassado "minimalista" do Instituto da Droga e das Toxicodpendências (IDT). Foi criado em 1977 no Norte (Porto), Centro (Coimbra) e Sul (Lisboa) e foi a primeira resposta oficial no domínio da prevenção e tratamento das toxicodpendências. Nos anos iniciais esteve ligado à Presidência do Conselho de Ministros, mais tarde passou para a tutela do Ministério da Justiça. Em termos de tratamentos, era constituído por equipas clínicas ambulatoriais e por duas Comunidades Terapêuticas. Em 1990, o CEPD foi integrado no recém-criado SPTT, juntamente com o Centro das Taipas que entretanto tinha surgido, em 1987, ligado ao Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexander, F. & French, T. (1956). *Terapeutica psicoanalitica: principios y application*, Paidós, Buenos Aires, 1965.
- Beytrison, Ph. & Roessli, L. (2001). Toxicomanie: les ressources et compétences des clients, entre défi de la construction de l'indépendance et confort de l'assistanat. *Thérapie Familiale*, 26(3), 271-283.
- Campos, Gastão S. (1999). Equipe de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde, recuperado em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200013&lng=&nrm=iso
- Félix da Costa, N. (2000). Aspectos cognitivos do tratamento de toxicodpendentes ou a saúde como um estado de incompleto bem-estar. *Toxicodpendências*, 6(2), 55-65.
- Freyberg, H. & Stieglitz R.-D. (1996). Diagnostic instruments for the assessment of disorders due to psychoactive substance use. *European Addiction Research* 2: 124-128.

Hachet, Pascal (2002). *Psychologue dans un service d'aide aux toxicomanes*, Ramonville Saint-Agne: Érès.

Hagman, G. (1995). "A Psychoanalyst in methadonia". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12 (13) pp.167-179.

Hangan, Catherine (2006). Introduction of an intensive case management style of delivery for a new mental health service. *International Journal of Mental Health Nursing (2006) 15*, pp157-162.

Hautefeuille, Michel, Valleur, Marc & Blaise, Mario (2002). Vers une Approche Intégrée des Conduites Addictives in *Les Cahiers de l'Actif*, nº 310/311, 107-113.

IDT (2005). Avaliação da Estratégia Nacional da Luta Contra a Droga, 1999-2003.

Jeammet, Ph. (1989). "Psychothérapie de l'adolescent" *Encycl. Med. Chir. (Paris-France), Psychiatrie*, 378,12, 5- 1989, 10 p.

Morel, Alain, Hervé, François, Fontaine, Bernard (1998). *Cuidados ao toxicodependente*, Lisboa: Climepsi.

Pérez-Sánchez, António (1996). *Prácticas psicoterapéuticas - Psico-análisis aplicado a la asistencia pública*, Ediciones Paidós Ibérica: Barcelona.

Prata, Isabel (2000). "Intervenções psicológicas nas toxicodependências: algumas questões". *Toxicodependências*, 6 (2), 47-53.

Ridgely, M. Susan & Willenbring, Mark L. (1992). Application of Case Management to Drug Abuse Treatment: Overview of Models and Research Issues. *NIDA Research Monograph Series, 127, Progress and Issues in Case Management*.

Sefcick, Roland (1998). L'Institution, sa place dans la psyché. L'instituel et le métacadre. *Le Divan Familial*, 1/Automne 1998, 173-192, Paris, Press Éditions.

Silva e Sousa, A. (2002). "Aconselhamento e reabilitação psicossocial no toxicodependente". *Toxicodependências 8* (1) 2002, 25-30.