

A experiência de uma comunidade terapêutica de toxicodependentes

ARTUR J. MARINHA DE CAMPOS *

INTRODUÇÃO

Droga é ainda drama e estigma no nosso país. Crise psicológica e não só, adolescência e juventude, frustração e desencanto, os pais e os filhos portugueses, o pós-25 de Abril com o «entrar» na Europa, as esperanças e as desilusões, a cultura adolescente actual, a psicologia e a psicopatologia dos nossos jovens e tantos outros temas sociológicos, culturais, familiares, psicológicos e psicopatológicos, são alguns dos factores deste labirinto que encontramos para darmos uma explicação total do «fenómeno droga» em Portugal. Como vemos a resposta está longe de ser simples.

Os problemas que põe o tratamento de toxicómanos entre nós são vários, mas, felizmente, não chegámos ainda à desumanização e massificação de vários países industrializados; em parte devido à proporção, ainda relativamente baixa, do abuso de drogas duras entre nós, mas, e talvez mais importante ainda, como resultado da nossa opção terapêutica.

É neste contexto que o tratamento em comunidade terapêutica em regime de internamento foi adoptado na Clínica de Jovens (Centro de Internamento) da Di-

recção Regional do Sul do Centro de Estudos da Profilaxia da Droga.

Pensamos que a nossa experiência começa a dar resultados válidos, embora o tempo seja ainda curto para o julgarmos. Com isto não invalidamos outras formas de abordagem terapêutica.

Com alguma experiência neste campo, tendo a coragem de assumir erros quando os cometemos e de os corrigir, aproveitando experiências mais longas e mais vividas, com um grande investimento profissional e afectivo dos técnicos que ali trabalham e com um sentido de equipa, que, sem imodéstia podemos dizer que é bom, embora naturalmente não perfeito, tentamos construir no dia-a-dia uma comunidade terapêutica dos jovens tão carecidos de apoio e num estádio grave da sua toxicodependência e dos técnicos que com eles trabalham e vivem.

UM POUCO DE HISTÓRIA

O Centro de Internamento da Direcção Regional do Sul do CEPD — era assim chamado — abriu em fins de Fevereiro de 1978. Era a primeira Clínica para o tratamento de toxicómanos no país. Foi nessa altura adoptado um sistema de tratamento já de comunidade terapêutica com 5 equipas multidisciplinares constituídas

* Chefe da equipa da Clínica de Jovens da DRS do CEPD.

por um médico psiquiatra, psicólogo, assistente social e enfermeiro, que faziam 24 horas de serviço seguidas. Foi uma adaptação do projecto da tese de Ingold (Ingold, 1976), discípulo de C. Ollivenstein em Marmottan, Paris. Cada equipa fazia um dia da semana, alternando nos sábados, domingos e feriados. Apesar de hoje pouco se falar desse período de funcionamento que durou até 15 de Agosto de 1978, pelo exagero dos problemas, muitas vezes criados ao próprio Centro, esta experiência foi para muitos de nós bastante enriquecedora pela vida em comum com os jovens toxicómanos, pela vivência das suas ansiedades, depressões, impulsos e desejos. Dava sem dúvida uma aproximação humana bastante intensa.

o Era no entanto um projecto idealista, utópico e impraticável pela grande descontinuidade que criava, levando à possibilidade duma manipulação geral autodestrutiva. A isto aliou-se uma incompreensão e um antagonismo manifesto das hierarquias administrativas e temos que concordar que era na verdade um esquema de trabalho que «saía muito fora» dos do funcionalismo público... No entanto, a dedicação e o investimento dos técnicos desde a abertura do Centro foi notável e a verdadeira campanha nessa altura movida contra essa equipa absolutamente injusta. Como técnico do Centro nessa altura e, mesmo quando as sequelas desse período estão já a desaparecer, não quero deixar de escrever isto para repor a verdade sobre esse período que foi para mim uma experiência importante para a fase actual do nosso trabalho. Devido enfim a todos estes e outros problemas que não são do âmbito deste artigo, o Centro manteve-se encerrado até Novembro de 1980, quando reabriu como «Clínica de Jovens» dentro dum modelo bastante diferente.

Tinham-se passado mais de dois anos em que não houve possibilidades de internamento para toxicómanos em Lisboa e em

que estes eram internados em hospitais psiquiátricos, clínicas privadas ou no Centro de Internamento de Coimbra da Direcção Regional Centro ou do Porto, da Direcção Regional Norte, até ao encerramento deste último.

Desde a sua reabertura a Clínica de Jovens funciona com uma «equipa fixa», constituída por um médico psiquiatra, que é o chefe da equipa, um psicólogo, uma técnica de Serviço Social, duas terapeutas ocupacionais e três enfermeiros. Os turnos da noite e alguns fins-de-semana são feitos por enfermeiros tarefeiros. Há também dois guardas que alternam nos turnos da noite.

Há ainda estagiários de várias valências que fazem o seu estágio por determinado tempo na Clínica.

Do papel dos membros da equipa e da sua dinâmica e funcionamento falaremos mais tarde. Há no entanto a assinalar que a equipa actual substitui a anterior que permaneceu na Clínica cerca de um ano e que, portanto, a estruturação da nossa equipa e o seu funcionamento começaram gradualmente a partir da primeira quinzena de Novembro de 1981.

O NOSSO OBJECTIVO

Os jovens para internamento são-nos dirigidos pelo Centro de Acolhimento de Jovens (CAJ), a nossa consulta externa por assim dizer, onde centenas de jovens se dirigem e um grande número é seguido. Só assim uma percentagem mínima desses jovens, os casos mais graves e difíceis, quer por não resultar o tratamento ambulatório, quer em casos de drogas duras, necessidade de separação da família, etc., são avaliados para internamento depois dum contacto entre o terapeuta do caso em questão e a equipa da Clínica.

Não há, senão excepcionalmente, internamentos imediatos, pois é necessário uma

avaliação rigorosa de cada caso, o que leva de uma a quatro semanas em regra. Nesta avaliação participam também residentes da última fase do tratamento.

No internamento há um ritual de admissão com a leitura e a assinatura dum contrato entre o jovem e a Clínica, estando a família presente assim como um residente que participa nesta entrevista. São residentes de 3.^a ou 4.^a fases, isto é, das últimas fases do tratamento. Há igualmente uma revista de roupa, objectos pessoais e exame físico.

O tempo de internamento é longo, 6 a 12 meses ou mais, se necessário. No entanto há frequentes altas a pedido, fugas e reinternamento pouco depois dessas saídas, reinternamentos esses que são avaliados pela equipa e pelos residentes em reunião comunitária na presença do jovem que o pretende.

Há também, como em todos os estabelecimentos clínicos e outros, casos de expulsão que são raros e devidos a consumo de droga, álcool, agressão física, etc., dentro da Clínica mas que são também avaliados em reunião comunitária habitual ou feita para discutir esses incidentes.

Como não podia deixar de ser, numa Clínica deste tipo há uma formalização e uma certa rigidificação com o estabelecimento dum contrato, regras e normas assim como horários, actividades, etc., que têm de ser cumpridos. Trata-se duma clínica de desintoxicação de toxicómanos jovens e os factores de dependência da droga e da transgressão adolescente são importantes. Há um reprogramar de vida que é voluntariamente aceite mas naturalmente nem sempre cumprido.

Prendemos, no entanto, e só assim devem ser entendidos, que estas normas, regras, horários, «regalias» das fases mais avançadas do tratamento — delas falaremos mais adiante — certas proibições, etc., sejam compreendidas como necessárias ao projecto terapêutico e não unicamente

sanções, castigos mais ou menos arbitrários dos técnicos da equipa. Na aplicação de qualquer «sanção» ela tem de ser proporcional à transgressão e não exagerar, o que levaria a considerá-la uma punição ou a transigir, o que seria igualmente negativo.

Sem dúvida que, objectivamente, uma revista de roupas e a retirada de objectos pessoais são, no contexto duma sociedade livre, um atentado aos direitos humanos, mas seria irrealista aplicar esse critério numa clínica deste tipo onde, aliás, o internamento é voluntário e onde a dependência da droga e o ritual da transgressão são tão frequentes.

No entanto, não nos iludimos. Esta aceitação e interiorização das regras não se faz facilmente nem em pouco tempo. Há uma alternância constante entre a aceitação e a transgressão. O anticonformismo juvenil, tantas vezes transformado noutra conformismo, também aqui se revela.

Note-se que não pretendemos transformar os jovens residentes em autómatos obedientes e conformistas, mas fazê-los aceitar o que é necessário ao seu programa terapêutico que os levará depois à cura, à reintegração social e então à livre opção pelo seu projecto de vida. Isto tem, no entanto, de ser livremente aceite e não acreditamos que no tratamento de toxicómanos os internamentos compulsivos levem a resultados positivos.

Diga-se também que nem todos os casos são curáveis mas alguns são-no, pelo menos no que diz respeito à toxicodependência, pois na quase totalidade dos casos há perturbações profundas da personalidade ou do meio familiar que necessitam duma psicoterapia prolongada e profunda, de terapias de grupo ou familiares e alguns jovens o têm feito ou pelo menos são aconselhados a fazê-lo.

Através do que se convencionou chamar «fases» do tratamento este progride até

à libertação da dependência da droga, até à saída e à reinserção sociofamiliar. Há assim quatro fases. A primeira é a desintoxicação física que dura cerca de 2 semanas em média e as outras de 1 a 3 meses conforme os casos podendo até prolongar-se por mais tempo. Nesta 1.ª fase o tratamento medicamentoso com neuro-léticos, ansiolíticos, produtos vitamínicos, desintoxicantes, soros, tem a sua importância para ajudar o jovem a suportar as carências física e psicológica e a melhorar uma condição física, por vezes precária.

Na Clínica não são usados produtos substitutos como a metadona ou outros, embora esse problema fosse posto e ponderado. Verificámos, no entanto, na Clínica assim como no Centro de Acolhimento, que podíamos fazer a desintoxicação baseados na terapêutica neurolética, ansiolítica e ocasionalmente antidepressiva, mesmo nos casos de heroínómanos pesados. Esta foi a experiência na Direcção Regional Sul e é a prática de momento, o que não invalida outros métodos de tratamento noutros condicionalismos.

Esta fase inicial é habitualmente uma fase passiva de observação e de começo de integração no grupo comunitário. O apoio dos residentes mais velhos assim como dos técnicos é aqui particularmente necessário devido às angústias de separação da droga, das pessoas queridas, e também do novo modo de vida. É, no entanto, o impulso para a droga que leva a maior parte das fugas ou saídas como temos verificado.

Nas fases seguintes caminha-se para uma reestruturação do *eu* por um trabalho de verdadeira psicoterapia institucional, uma reprogramação da vida, uma autonomização na escolha e na aplicação dum projecto individual na sociedade. Sem moralismos, através do ambiente da

comunidade terapêutica que se pode definir, com os princípios enunciados por Rapoport (1959) de democraticidade, comunalismo, desierarquização e confronto com a realidade, aplicados a uma comunidade específica de toxicómanos por uma equipa orientada para esses objectivos, tal é em sùmula o trabalho efectuado.

Como atrás dissemos, penso que é importante frisar que não há um trabalho de adaptação forçada do jovem a uma sociedade onde ele sente muitas vezes que «não cabe» e que pretensamente renega, contesta ou subverte. Pretensamente, porque essa contestação ou subversão expressas levam a uma maior dependência dos pais, familiares e até das instituições em geral. Há assim como que uma retaliação passiva que o leva, no entanto, ao impasse. Também não aceitamos a sociedade como perfeita para onde temos que devolver o jovem imperfeito depois de moldado. Sabemos bem a marginalização, as poucas ou quase nulas oportunidades dadas aos jovens, assim como a crise de valores que actualmente atravessam os países industrializados.

No seu idealismo, outros factores de integração e sucesso social são criticados pela juventude — a hipocrisia, o oportunismo, a desonestidade usada para vencer e subir socialmente, etc. Temos de reconhecer que estes factores existem na sociedade, mas não é a evasão da droga que os eliminará. Também devemos ter a modéstia de dizer que não seremos nós. Como Piaget o disse (referindo-se à Psicologia) o «segredo» da toxicod dependência não o temos nós. Isto não é de modo nenhum derrotista ou pessimista. Muito se poderá fazer no campo da terapia do toxicod dependente, na área da Prevenção Primária, do combate ao tráfico das substância. Refiro-me só aos limites da nossa acção, à modéstia que devemos ter e não à onnipotência, quando o problema é visto na sua globalidade e causalidade.

A IMPORTÂNCIA DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA

Para conseguirmos os nossos objectivos, e aceites as «regras do jogo», somos de opinião que o trabalho grupal em comunidade terapêutica é, no campo da toxicomania, extremamente útil embora difícil. Como dissemos atrás, foi a nossa opção e não invalida outros métodos terapêuticos. No entanto, a criação dum espírito colectivo, democrático e aberto, confrontando os problemas do real, executando as tarefas diárias, criando novas relações, levam a um crescimento e a um amadurecimento, e esta evolução psicológica leva a uma maior receptividade, a uma psicoterapia de grupo ou individual e a um aprofundamento dos problemas da personalidade, facilitando a relação e as mudanças de atitude.

No entanto, pelas suas particularidades — toxicodpendência, tendência à transgressão, grande instabilidade psicológica — uma comunidade de adolescentes toxicómanos põe problemas vários, por vezes árduos e desgastantes para a equipa. Por outro lado, o tempo levará a uma maior coesão do espírito de equipa, isto naturalmente para além do seu modo de funcionamento. Esse mesmo tempo ajudará a solidificar a comunidade terapêutica. Não temos assim a ilusão de que tudo será calmo e fácil numa comunidade deste tipo. Mas, se o trabalho é agitado, é também apaixonante e no fundo o ponto fulcral do funcionamento da comunidade terapêutica reside no trabalho da equipa.

A EQUIPA TERAPÊUTICA

Apesar de só poucos membros da equipa terem anteriormente trabalhado juntos e de não se ter formado no todo uma equipa por escolha ou afinidades, o trabalho de equipa da Clínica de Jovens tem-se processado dum modo bastante satisfatório.

Para isso contribuiu a criação dum clima de discussão aberta dos problemas e dos conflitos em reunião de equipa, a ausência dum ambiente autoritário e controlador, a diluição em parte dos papéis dos técnicos e a ausência de manipulações tendentes a cisões ou a lutas pelo poder dentro da equipa.

É muito importante para uma equipa, trabalhando em modelo comunitário numa Clínica de toxicómanos, desenvolver um trabalho constante que leve sempre a uma maior coesão e sintonia na acção da equipa, assim como a relações demasiado privilegiadas entre os residentes e membros da equipa. Estes factores existem, não nos iludimos, mas têm de ser trabalhados e controlados pela equipa.

Quanto aos conflitos dentro da equipa, como diz Recamier (1973), são negativos tanto o excesso e a gravidade dos conflitos numa equipa, como a sua ausência. Não há, no entanto, um trabalho de equipa sem conflitos, eles têm de ser discutidos abertamente pela equipa sempre numa perspectiva técnica e profissional e nunca levando-os a tomar o aspecto de conflitos pessoais.

A atmosfera conflitual ou divisionista leva à crise e à desagregação da equipa com reflexos graves nos residentes, permitindo e conduzindo mesmo a uma extrema manipulação, que a certa altura engloba técnicos e residentes. Quanto ao calar os conflitos, leva a acções de sapa, desmotivação no trabalho de equipa, desconfiança, receio de falar e criticar e é próprio dum modelo autoritário e não dum comunidade terapêutica.

A acção sintonizada da equipa é muito importante numa clínica onde os problemas são diários e constantes e é necessário agir de imediato.

Creio que a nossa equipa, apesar da sua formação heterogénea nalguns aspectos, é homogénea na sua actuação, ou tenta sê-lo o mais possível, pois a sintonia

é sempre difícil e há diferenças individuais de actuação. Só o tempo e o trabalho em comum poderão aperfeiçoar este aspecto do trabalho de equipa.

AS DIFERENTES VALÊNCIAS E PAPEIS NA EQUIPA

Os *enfermeiros*, temos de o reconhecer, numa Clínica em que há naturalmente uma componente clínica e medicamentosa, sobretudo porque ali se faz também a desintoxicação física, formam a base, a matriz do funcionamento da Clínica, mas o seu papel não se limita a um trabalho «paramédico», de administrar os medicamentos que o médico prescreve; eles são membros activos dentro do conjunto dos técnicos nas actividades terapêuticas, particularmente os enfermeiros da equipa fixa, embora tenham também o seu papel específico.

As *terapeutas ocupacionais* têm um papel importante na Clínica pois elas são responsáveis pelas actividades que são programadas com os jovens. Têm assim contacto quase permanente com o jovem e um papel determinante na programação do seu tempo e do tipo de actividades feitas. Dentro deste campo com actividades semelhantes, temos a colaboração a tempo parcial dum professor de Ioga e massagens, duma actriz e declamadora que faz actividades de teatro, e pensamos ter em breve o acesso aos recintos desportivos dum clube local. Estas actividades são feitas em ligação estreita com a equipa que recebe *feedback* deste trabalho e que de certo modo o discute, orienta e controla, numa orientação terapêutica indicada. Estes técnicos têm-nos dado uma grande ajuda e a diversificação das actividades tem sido bastante útil. As técnicas de relaxação, massagem e expressão corporal revelaram-se muito úteis no contexto da Clínica.

A *técnica de serviço social*, além de ser um membro da equipa fixa está incumbida dos contactos com os familiares, assiste regularmente aos grupos de pais dos residentes da Clínica, organizados no Centro de Acolhimento de Famílias (CAF) pelos técnicos dessa equipa, apoiando e discutindo os problemas específicos e comuns dos pais dos residentes nas suas relações familiares com os jovens e entre si. Tem também a tarefa de coordenação dos contactos com os organismos externos de vária ordem — tribunais, entidades patronais, segurança social, assuntos financeiros, etc. —, durante o internamento e na fase de reintegração sociofamiliar e socioprofissional.

O *Psicólogo* tem tido actividades variadas, desde os de natureza psicopedagógica às de terapeuta, participando nas psicoterapias de grupo, dramaterapia, musicoterapia, etc., conforme as suas orientações, e as necessidades que a equipa sente, ocupando-se também do trabalho estatístico.

O *Médico - Psiquiatra* funciona como chefe da equipa e, actualmente, para além do trabalho especificamente psiquiátrico e médico — onde é coadjuvado pelas consultas semanais ou de urgência dum médico internista — participa fundamentalmente como psicoterapeuta de grupo, pois por opção da equipa, só há psicoterapias individuais a partir de 4.^a fase e por terapeutas externos à clínica; isto, nesta fase inicial do nosso trabalho de equipa, para maior coesão do grupo comunitário. Para além disso, cabe-lhe o trabalho de coordenação e, em parte, de supervisão da equipa, representando-a habitualmente nas reuniões institucionais ou de formação em colaboração com a equipa psicopedagógica. Compete também ao chefe da equipa a parte mais importante na avaliação dos casos para internamento feito no Centro de Acolhimento de Jovens (CAJ).

Há também *enfermeiros tarefeiros*, já mencionados, que fazem os turnos da noite, fins-de-semana e feriados, e que não estão integrados na equipa fixa. Sem dúvida que não é o esquema de trabalho ideal e o objectivo proposto é o dum corpo de enfermagem suficientemente numeroso para poder rodar e fazer os turnos nocturnos, pois assim estariam sem dúvida mais bem integrados.

Dois guardas fazem alternadamente os turnos da noite, estando presentes das 20 h às 8 h um enfermeiro tarefeiro e um guarda. Fizeram-se várias tentativas para a sua substituição gradual por monitores, o que seria muito mais aconselhável, dado o perfil destes, mas várias dificuldades não o têm permitido, continuando no entanto a ser esse o nosso objectivo. De facto, a noite é extremamente importante e rica de acontecimentos na Clínica, necessitando uma maior atenção e um maior apoio aos jovens.

É importante também referir que a Clínica tem presentemente *seis estagiários* — dois de enfermagem, dois de psicologia, uma terapeuta ocupacional e uma técnica de serviço social que passam um período que varia de 15 dias a 6 meses na Clínica conforme os estágios, e que, para além da ajuda que dão à equipa em numerosas ocasiões, trazem uma nova dinâmica e são um estímulo ao nosso funcionamento.

INTRODUÇÃO COLABORAÇÃO COM OUTRAS EQUIPAS E INSTITUIÇÕES

Há uma colaboração importante com o nosso «parceiro» na prevenção secundária, o *Centro de Acolhimento de Jovens (CAJ)* donde são dirigidos e onde são avaliados os casos de jovens para o internamento e onde podem ser seguidos depois das suas saídas a pedido, fugas ou expulsões, e em

terapia individual na 4.ª fase do tratamento.

Como já mencionámos, no *Centro de Acolhimento de Famílias (CAF)* realizam-se os grupos de Pais dos residentes e terapias familiares de jovens internados se for necessário, isto quando eles estão já na última fase do tratamento.

Há também uma acção conjunta com a equipa de Prevenção Primária (Equipa Psicopedagógica) nas acções de formação que envolvem a prevenção secundária e nas relações com as autoridades judiciais.

Estabeleceu-se uma *permanência* rotativa dos técnicos das outras equipas da Direcção Regional Sul nos fins-de-semana e feriados permitindo-lhes um maior contacto e uma vivência mais próxima dos problemas dos jovens toxicómanos.

Há a assinalar a *reunião de coordenação interequipas* com o Director Regional Sul, que é semanal, e em que estão presentes habitualmente todos os chefes de equipa e que, como o nome indica, trata de problemas que envolvem várias equipas e que é também a reunião que permite ao Director Regional integrar-se e coordenar as actividades das várias equipas.

A cobertura médica da clínica é assegurada rotativamente por médicos especialistas da DRS, havendo sempre um médico de chamada. Pode também ocasionalmente ser chamado ou consultado o médico internista da Clínica.

Existe um acordo com o Hospital Egas Moniz para a observação e tratamento dos jovens nas várias consultas de especialidade, estomatologia ou clínica geral do hospital, assim como na realização de análises de rotina ou outras, e até internamentos se forem necessários. O nosso internista é um clínico desse Hospital.

Com o laboratório do Hospital da Marinha existe um acordo para a realização de análises de detecção de substâncias tóxicas, que no entanto não se tem de mo-

mento praticado na Clínica por não termos sentido necessidade de o fazer agora, mas que tem sido feito em certos casos de tratamento ambulatorio.

OS NOSSOS PROBLEMAS

Penso que este artigo, descrevendo a nossa comunidade terapêutica, não seria completo sem descrever as áreas em que se nos põem mais problemas ou em que estamos mais carenciados.

O problema da *sexualidade*, das relações privilegiadas e sexuais num grupo de adolescentes ou jovens adultos, vivendo a maior parte do tempo juntos, com poucas ocasiões de saídas, principalmente nas primeiras fases do tratamento, é sem dúvida um problema difícil que tentamos resolver a nível do trabalho de grupo, o que nem sempre se consegue. Ele existe quase permanentemente e traz perturbações comunitárias complexas e até graves em certos casos.

A *dependência* e a institucionalização, depois de longos meses de tratamento, é também um factor que leva tempo a desaparecer, pois os condicionalismos do tratamento favorecem-no. Só uma acção ao mesmo tempo firme e gradual levará à sua eliminação ou atenuação, pois deste factor depende muito a reintegração socioprofissional e a possibilidade do jovem ser capaz, por si só, de viver em sociedade e de trabalhar com um apoio que agora já é bastante menor.

A necessidade por vezes de *seguintos* e mesmo de *psicoterapias individuais* ou *familiares*, e a necessidade de tornar o grupo mais coeso, as psicoterapias de grupo mais produtivas, colidem muitas vezes e a equipa optou por que nesta fase, que ainda podemos considerar inicial da formação da comunidade, as psicoterapias individuais e (ou) familiares far-se-iam só na 4.^a fase do tratamento

por técnicos que não pertençam à equipa e que actuem no exterior — CAJ, CAF, etc. —, onde o jovem, não acompanhado vai livremente.

As dificuldades de aceitação e interiorização das regras e normas do contrato e da Clínica são constantes e só um esforço grande dos técnicos e outros residentes, que pode levar até a sanções compreendidas como necessárias ao processo terapêutico como o disse antes e aplicadas com afecto, isto é, sancionando a atitude mas não rejeitando a pessoa para não serem sentidas como punições ou castigos, podem quebrar o ritual da transgressão adolescente ou atenuá-lo. É um trabalho contínuo, que leva tempo a materializar-se e que também exige uma grande sintonia da equipa para evitar acções diferentes conforme os técnicos o que leva a manipulações várias. Também a aplicação de sanções deve ser amplamente discutida, explicado o seu objectivo terapêutico na reunião comunitária semanal ou nas reuniões de emergência que se convocam quando algum acontecimento o exige.

As formalidades burocráticas e administrativas nunca se coadunaram com uma comunidade terapêutica, isto, penso eu, é universal. Assim, apesar da boa vontade do pessoal administrativo, as dificuldades que encontramos face à nossa pesada, lenta e complexa burocracia, limitam a flexibilidade e espontaneidade, assim como a rapidez de concretização que temos de ter numa comunidade terapêutica.

A *ausência de oficinas* e outros trabalhos mais intensos e remunerativos é uma deficiência bastante sentida, pois este tipo de actividades imprime logo ao internamento um horário de trabalho, o ganhar conforme se produz, um maior empenho e disciplina nas actividades, e uma autonomia económica que favorece a futura reinserção socioprofissional à saída.

Outros pontos são a *necessidade duma supervisão institucional mais intensa*, um

trabalho de formação e de apresentação de casos clínicos mais elaborado e desenvolvido. Também uma maior coordenação e participação em reuniões e actividades das outras equipas da DRS do CEPD, particularmente do CAJ e do CAF são necessários e úteis. Esperamos que, pelo menos em parte, estas dificuldades ou algumas delas sejam superadas e resolvidas.

RESUMO

São relatadas as experiências duma comunidade terapêutica para toxicodependentes na Clínica de Jovens da Direcção Regional do Sul (DRS) do Centro de Estudos da Profilaxia da Droga (CEPD) e o seu funcionamento assim como os problemas inerentes a uma comunidade deste tipo. É realçada a importância do trabalho de equipa e da abordagem psicoterapêutica e relacional, assim como a vivência comunitária no tratamento.

A coordenação com as outras equipas da DRS é também descrita e sublinhada como importante, assim como são relatadas as várias dificuldades e deficiências encontradas em geral no trabalho da Clínica.

RESUMÉ

L'auteur décrit les expériences d'une Communauté Thérapéutique pour Toxicomanes dans la Clinique de Jeunes de la Direction Regionale Sud (DRS) du Centre d'Études de la Profilaxie de la Droge (CEPD), à Lisbonne, son fonctionnement, ainsi que les problèmes propres d'une communauté de ce type. On souligne l'importance du travail en équipe e l'approche psychotherapêutique e relationnelle, ainsi que la vie communautaire, dans le traitement.

La coordination avec les autres équipes de la DRS est ainsi décrite et soulignée comme importante, ainsi comme on décrit les difficultés et déficiences trouvées généralement dans une communauté de ce type.

SUMMARY

The author describes the experience of a Therapeutic Community for Drug Addicts in the Youth Clinic of the Southern Regional Direction (DRS) of the Centre of Studies and Prevention of Drug Addiction (CEPD), in Lisbon, its functioning and also the problems brought up in a community of this type. Is it shown the importance of team work and the psychotherapeutic approach based on interpersonal relationships, as well as the community life in the treatment process.

The coordination with the other teams of the DRS is shown as important, and the difficulties and deficiencies found in general in a community of the type are described.

REFERÊNCIAS

- GLATT, M. M. (1974), *A Guide to Addiction and its Treatment*, Medical and Technical Publishing, Co. Ltd., Lancaster, Inglaterra.
- INGOLD, F. R. (1976), *Expérience de Prise en Charge de Toxicomanes*, Thèse pour le Doctorat em Médecine, Faculdade de Medicina Xavier-Bichat, Paris.
- JONES, M. (1953), *Therapeutic Community*, Basic Books, Nova Iorque.
- OLIVENSTEIN, C. (1975), *La Droque*, Éditions Universitaires, Paris.
- OURY, I. (1977), *Psychiatrie et Psychothérapie Institutionnelle*, Payot, Paris.
- RAPOPORT, R. N. (1959), *Community as a Doctor*, Tavistock Publications, Londres.
- RECAMIER, P. C. (1973), *Le Psychanalyste sans Divan*, Payot, Paris.

