

ENFOCAMENTS COMUNITARIS EN EL TRACTAMENT D'HEROÏNÒMANS

Jordi Royo i Isach

1. INTRODUCCIÓ

L'aparició d'aquest nou toxicòman, bàsicament jove, consumidor polifacètic de tot tipus de substàncies addictives, a més de les tradicionalment conegudes —alcohol i tabac—, va produir un trastorn important en tot el que fa referència als mètodes per a tractar-lo.

Tradicionalment, l'abordatge terapèutic tenia per finalitat emprar mètodes específics per a tractar dolències específiques. Així, per exemple, el metge, davant d'un pacient amb un problema orgànic determinat, feia una exploració diagnòstica prèvia i es limitava a oferir la resposta terapèutica que descobria més efectiva: esperant-ne l'evolució, actuava damunt d'aquesta mateixa evolució.

El psicòleg i el psiquiatre aborden bàsicament totes aquelles manifestacions psicològiques que l'entrevistat presenta, amb l'intent d'entendre-les i modificar-les per tal d'assolir una millor concordança amb la realitat.

Els treballadors socials, finalment, exploren el context social del subjecte demandant d'ajuda, en valoren les variables familiars, laborals, ocupacionals... i s'esforcen per millorar-les o presentar-ne de noves.

Vet aquí que aquest toxicòman compareix a la consulta del professional presentant alteracions orgàniques específiques i múltiples (totes les derivades de l'addició, a més de la patologia addicional, hepatitis, infeccions, endocarditis...); però no presenta només trastorns orgànics, sinó també psicològics (dependència psicològica al consum de substàncies, conductes anòmiques...), i, a més d'aquests dos, presenta també un tercer tipus de trastorns: els socials (greus conductes d'inadaptació familiar, furt, prostitució, atracaments...). És a dir, l'heroïnòman, aquest consumidor insa-

siable, presenta tres tipus de trastorns alhora molt acusats: els trastorns físics, els psicològics i els socials.

Aquesta característica tan important és, al nostre entendre, la responsable del fracàs en l'abordatge terapèutic de l'heroïnòman, quan se'l tracta exclusivament des d'una d'aquestes perspectives sense comptar amb les altres.

Així, doncs, el tractament de l'heroïnòman, cal que doni una resposta a les variables físiques, psicològiques i socials.

Tal i com vàrem apuntar (J. Royo i A. Obrador, 1984), el tractament és un procés evolutiu i el formen cinc programes bàsics:

- 1.1. Programa de preparació i diagnòstic.
- 1.2. Programa de desintoxicació.
- 1.3. Programa de rehabilitació.
- 1.4. Programa de reinserció.
- 1.5. Programa de seguiment.

Ens centrarem bàsicament en el programa de rehabilitació, car entenem que és on més hi escauen els «Enfocaments comunitaris en el tractament d'heroïnòmans».

2. PROGRAMA DE REHABILITACIÓ: JUSTIFICACIÓ DE LES COMUNITATS PER TOXICÒMANS

L'aparició de les Comunitats Terapèutiques, centres alternatius, clíniques, granges o noms similars que fan referència a espais comunitaris de tractament per a heroïnòmans, s'explica per diverses raons. Nosaltres n'anomenarem tres:

2.1. Els centres assistencials tradicionals no estaven preparats, ni ho estan encara, per donar una resposta adequada a les necessitats dels heroïnòmans: els ambulatoris, els hospitals, els hospitals psiquiàtrics... poden, com a molt, efectuar una desintoxicació física a l'addicte, però un cop finalitzada aquesta desintoxicació —temps mitjà 15 dies— no poden abastar la problemàtica restant.

2.2. Moltes famílies, tal i com apunta Freixa (1981), després de trobar-se coses com furt, presons, jutjats, prostitució, inducció de consum als germans en el si familiar... no poden continuar

convivint amb el fill drogodependent. Es fa, doncs, necessari, en molts casos, l'abandó de la llar familiar per part de l'addicte. Per tant es busca, com a idoni, un espai de tractament on pugui viure.

2.3. La situació contaminada de la ciutat urbana fa que l'oferta de substàncies addictives sigui permanent i, per tant, dificulta el tractament de l'addicte. El toxicòman sovint arriba a la conclusió que no podrà mantenir una abstinència de consum de drogues si no pot viure en un medi on no es consumeixin drogues.

3. LES COMUNITATS PER A TOXICÒMANS

Varen començar a aparèixer a països que fa més anys que tenen problemes amb la toxicomania per heroïna. Així són freqüents als EEUU, Canadà, Bèlgica, França, Itàlia... A Catalunya comencen a aparèixer cap als anys 80, i actualment passen de la vintena les comunitats per a toxicòmans existents.

Totes presenten característiques semblants, com són:

- El seu emplaçament és d'àmbit rural, normalment força aïllades de les poblacions.
- l'ingrés del toxicòman ha d'ésser forçosament voluntari.
- el temps de permanència, que es recomana, és llarg (en la majoria de casos supera els sis mesos).
- les activitats que es realitzen són semblants: terres de cultiu, aviram i cura d'animals d'engreix, reconstrucció de l'edifici, treball en dependències internes, artesanía, activitats culturals...

Ahora també presenten característiques absolutament diferents, com per exemple:

- poden ser seguides per professionals, ex-toxicòmans, equips mixtos...
- poden ser finançades per institucions públiques, privades, religioses, filantròpiques...
- poden estar connectades o no amb associacions de familiars, institucions sanitàries...
- presenten criteris disperss pel que fa a l'admissió dels toxicòmans, els criteris d'alta, el seguiment posterior...

Tal com Llum Polo i Miquel Zelaya (1983) apunten, creiem adequat fer-ne tres distincions bàsiques:

- Comunitats regides per ex-toxicòmans.
- Comunitats regides per organitzacions religioses.
- Comunitats regides per equips professionals.

3.1. Comunitats regides per ex-toxicòmans

Aquesta modalitat va fer la seva aparició als EEUU, bàsicament a partir d'una orientació inspiracional i a l'entorn d'un líder aglutinador. Així sorgeixen les conegudes organitzacions: Synanon, Narconon, Phoenix, Help, House, Daytop...

La seva característica més fonamental és que esdevenen una *alternativa de vida* per al toxicòman. Rebutgen el treball que es fa des dels medis professionals i ofereixen al toxicòman la possibilitat de viure alternativament en la societat.

Tal com diu Durand Dassier (1974), allò que porta un toxicòman a una comunitat no és l'esperança de començar una vida millor, sinó el cansament i les dificultats que suposa la vida de perseguit de tot i de tothom. Per tant, la comunitat portada per ex-toxicòmans li ofereix una alternativa revolucionària, ja que el tractament no consisteix en l'aplicació d'una tècnica, sinó en la permanència dins d'una estructura social comunitària amb règim d'autogestió.

Al nostre país, aquest tipus d'espais comunitaris es veu representat per les comunitats del *Patriarca*.

El seu origen, el trobem l'any 1972 a França a l'entorn de la figura de Lucien Engelmajer (El Patriarca) i la seva companya Rena. Varen decidir anar a viure a una masia, «La Boère», i van començar a acollir-hi toxicòmans perquè compartissin la vida amb ells. Engrescats pels resultats, l'any 1974 varen fundar l'Associació «Le Patriarche», que ràpidament es va estendre a d'altres països com Bèlgica, Itàlia, Catalunya, Euskadi, l'Estat espanyol... Engelmajer (1980) manifesta que a les seves comunitats es fa una rehabilitació més pedagògica que terapèutica. L'activitat bàsica hi és l'aprenentatge del treball. El seu objectiu és que el toxicòman esdevingui un «militant» antidroga.

La convivència comunitària vol estimular el toxicòman a la pràctica d'un estil de vida totalment oposat al seu medi d'origen.

Per Engelmajer, allò que provoca la recaiguda no són els dolors de la síndrome d'abstinència («mono»), sinó el record de «benestar» que provoca l'heroïna i el buit impressionant que dins la persona deixa la manca de droga. Aquest buit, proposa omplir-lo dins la comunitat, tot practicant un estil de vida que tingui fi en ell mateix.

3.1.1. Algunes característiques de les Comunitats del Patriarca

- Funcionen amb xarxa pròpia. No mantenen contactes amb altres centres que no pertanyin al Patriarca.
- Cada comunitat enqüibeix un nombre molt elevat de toxicòmans residents (hi ha comunitats de fins a 120-130 places).
- Acullen tot tipus de toxicòmans (no tan sols heroïnòmans).
- Els criteris d'admissió estan molt condicionats als recursos econòmics de l'ingressat o dels seus familiars.
- Estableixen una distinció entre dos tipus de centres; els de la primera fase o admissió, on es realitza la desintoxicació física; i els de «postura», on es practica la rehabilitació.
- El toxicòman no resta normalment molt temps en un mateix centre, sinó que durant el temps global de permanència a l'associació viu en diversos centres, àdhuc en països distints.

3.1.2. Característiques del mètode rehabilitador

- Els responsables de cada centre de l'associació del Patriarca són persones que han passat per l'addició a les drogues i porten un temps perllongat d'abstinència del seu ús.
- La responsabilitat és jerarquitzada: com més temps es porta a l'Associació més espais de responsabilitat es concedeixen.
- A l'entrada a la Comunitat se sotmet el toxicòman al «sévra-ge» (tall radical). És a dir, se l'impossibilita de prendre cap droga o medicament i es practica una interrupció brusca amb el «món exterior».
- La síndrome d'abstinència («mono») es passa en el si de la comunitat sense medicaments. S'utilitzen recursos com: tisanes, banys, massatges, molta activitat física i sobretot la

companyia dia i nit, durant els 15 primers dies, per part dels membres més antics.

- Tenen reunions diàries on es discuteix l'evolució grupal i individual dels membres de la comunitat. Alhora s'hi planifica la feina i es fa la revisió del seu compliment.
- Els responsables de l'Associació duen una tasca activa, no tan sols a l'interior dels centres sinó també a l'exterior. Promouen associacions de pares, ofereixen xerrades i conferències, negocien amb les administracions estatals per tal d'obtenir recursos econòmics...

3.2. Comunitats regides per organitzacions religioses

No creiem oportú que s'incloguin en aquest apartat algunes comunitats derivades d'una inspiració religiosa sectarista. Car entenem que els seus criteris ètics i pedagògics no són correctes. En tot cas volem constatar l'aparició de sectes religioses que es presenten com «espais rehabilitadors per a toxicòmans» i també apuntar que la seva finalitat més immediata és la recaptació d'adeptes.

Les comunitats terapèutiques d'inspiració religiosa, són presents també a nombrosos països, amb més o menys grau de compromís. A Itàlia, per exemple, l'església cristiana catòlica exerceix una tasca important en favor dels toxicòmans i dels seus familiars. Ofereix recursos econòmics, cedeix terrenys i cases rurals per convertir-les en espais de rehabilitació. Col·labora en la formació de persones motivades, bé siguin religioses o no, promou en la societat un estat d'opinió desfavorable al consum de drogues, exerceix manifestacions condemnatòries del tràfic... El mateix papa Joan Pau II, en unes declaracions recents, manifesta: «El tràfic de drogues, cal qualificar-lo com l'organització de la mort a nivell internacional».

En el nostre país, no ha sortit fins al moment actual per part de l'església catòlica, cap acció unitària i decidida en el tema de les toxicomanies. Això evidentment no implica que, d'una forma cada cop més progressiva, persones individuals o institucions religioses determinades ofereixin la seva col·laboració sovint valuosa i preuada.

No és aquest el cas de l'església cristiana evangèlica que des dels anys 1970 ha adoptat una actitud de compromís vers la pro-

blemàtica de les drogodependències. En unes manifestacions recents el cardenal Tarancón (1984) fa menció d'aquest fet: «...La iglesia creo que debe haber y debe alabar lo que hacen los protestantes. Yo creo que es digno de todo elogio, aunque a nosotros los católicos nos pueda doler... Estoy convencido que la iglesia llega con un poco de retraso...»

Recentment, els bisbes bascos han manifestat la seva opinió d'una forma unitària, per mitjà d'una carta pastoral; entre altres qüestions, s'hi desprèn la necessitat urgent que l'església ofereixi els seus serveis i els seus recursos per tal de col·laborar a la lluita contra les toxicomanies (*Ecclesia*, 1984).

3.2.1. Característiques de les comunitats religioses d'inspiració evangèlica

- Els responsables d'aquestes comunitats són pastors de l'església evangèlica secundats per equips de personal voluntari que no reben cap remuneració econòmica.
- Les comunitats no estan emmarcades en xarxes assistencials ni en organismes públics. La seva organització interna està basada en l'autogestió i tendeixen a l'autofinanciació.
- Acullen tot tipus de toxicòmans mentre presentin motivació voluntària per a anar-hi. Les condicions econòmiques del toxicòman o dels seus familiars no són rellevants pel que fa als criteris d'admissió.
- Les comunitats tenen limitacions de caràcter sexual: hi ha comunitats masculines i femenines, només són mixtes per a les parelles estables que tenen fills.

3.2.2. Característiques del mètode rehabilitador

- Els toxicòmans passen la síndrome d'abstinència en el si de la comunitat sense cap tipus d'ajut farmacològic. Durant els primers 15 dies, el toxicòman rep una ajuda afectiva i espiritual.
- És obligatòria la formació religiosa. L'activitat més important que es fa a la comunitat és l'estudi bíblic.
- Adopten una activitat proselitista important, que el toxicòman ha d'anar adoptant com a forma de rehabilitació.

- El seu objectiu rehabilitador bàsic és assolir la *conversió*. Element pel qual expliquen l'abandó de l'ús de les drogues per part del toxicòman.

3.3. Comunitats regides per equip professional

Presentats també a diversos països, han anat apareixent progressivament a l'Estat espanyol. Concretament més del 50 % d'aquestes comunitats estan establertes a Catalunya.

Depenen d'organismes distints: Institucions públiques, institucions privades, associacions de pares, fundacions...

Això comporta que els toxicòmans ingressats facin una aportació econòmica segons el caràcter de la comunitat. Pot ser des d'una aportació mensual important (que superi les 100.000 pessetes) fins a un caràcter pràcticament gratuït.

Es caracteritzen perquè estan regides per un equip interdisciplinari de caràcter professional (psicòlegs, metges, psiquiatres, educadors de carrer, assistents socials, mestres...).

Els programes terapèutics són diversos i determinats bàsicament a partir de l'anàlisi psicopatològica i social que es faci del toxicòman i la toxicomania.

El ventall tècnic és ampli, des dels procediments que tenen per objectiu bàsic la modificació de conducta i el canvi d'actituds de la població assistida (Jong, Brengelmann i altres 1981), fins als que apunten a la reconstrucció de la personalitat per mitjà de tècniques dinàmiques diverses (Chevaili 1982, Casa Lanza 1980).

L'objectiu més important de les comunitats professionals és aconseguir la reinserció dels toxicòmans a la societat. Reinserció entesa com a recuperació dels drogaaddicte perquè pugui viure amb plenes facultats en l'espai social que ell mateix lliurement escollixi.

3.3.1. Característiques de les comunitats professionals

- Generalment estan integrades en xarxes assistencials més amples (hospitals generals, hospitals psiquiàtrics, serveis ambulatoris especialitzats...).
- Generalment els toxicòmans arriben a la comunitat professional un cop superada la síndrome d'abstinència.

- El temps d'ingrés recomanat oscil·la entre un mínim de 6 mesos i un màxim de 18 mesos.
- La capacitat és limitada. No s'estilen comunitats professionals amb més de 20 toxicòmans ingressats simultàniament.
- En els criteris d'admissió existeixen limitacions d'entrada a part de les estrictament terapèutiques, com són: les limitacions econòmiques, les territorials (s'ingressen preferentment toxicòmans del medi urbà o de la comunitat autònoma pròpia), les limitacions d'edat (generalment s'estableixen mínims i màxims), les minusvalideses físiques, les greus alteracions psicopatològiques, les limitacions judicials dels toxicòmans, les parelles amb fills...
- És requisit imprescindible per poder ser admès a la comunitat, que el toxicòman accepti un «contracte terapèutic», on bàsicament es regulen les normes de convivència que ha d'acceptar voluntàriament.

3.3.2. Característiques del mètode rehabilitador

- S'ofereix una activitat assistencial constant a l'interior de les comunitats. Les psicoteràpies individuals, les teràpies de grup, les teràpies ocupacionals, el registre i la modificació conductual esdevenen activitats preferents.
- D'una forma progressiva es planifiquen sortides dels ingressats a l'exterior de la comunitat, buscant l'objectiu últim que és la reinserció.
- Són practicades d'una forma aleatòria deteccions de drogues a l'orina.
- Els criteris d'alta són donats per l'assoliment de diverses variables. Per exemple:
 - ★ haver adquirit un alt nivell de responsabilitat i d'autonomia en el transcurs del temps d'ingrés.
 - ★ que s'hagin elaborat els projectes concrets per a la reinserció (activitat ocupacional, laboral, familiar, esportiva...)
 - ★ paral·lelament, la comunitat professional incideix en el nucli familiar del toxicòman. Es donen instruccions concretes als familiars, de cara a la futura convivència durant el programa de reinserció.

- ★ Generalment, un cop el toxicòman ha abandonat la comunitat professional, continua essent assistit en els altres centres de la xarxa assistencial. És on es realitza el programa de seguiment.

4. ALGUNES REFLEXIONS

No és un fet empíricament provat que la comunitat sigui imprescindible en el procés rehabilitador del toxicòman. Cal que tinguem en compte que les comunitats per a toxicòmans no són la solució per a *tots els toxicòmans*. Fins i tot, és preferible que alguns d'ells siguin abordats terapèuticament per altres mitjans, en el seu medi.

Volem insistir en la necessitat de no donar cap resposta terapèutica a un toxicòman sense abans haver fet un diagnòstic acurat. L'enfocament comunitari és una forma de resposta terapèutica, però no l'única.

També cal que tinguem present que no es pot entendre la comunitat com el final del tractament, ans com un pas en el procés de tractament.

D'una forma global el tractament comunitari que es fa en una comunitat serveix entre altres variables per:

- Augmentar la qualitat de vida del toxicòman ingressat, sobretot pel que fa referència a la higiene i l'alimentació.
- disminuir el consum de drogues durant tot el temps de permanència a la comunitat.
- disminuir, per tant i com a conseqüència directa, les conductes delinqüencials.
- assolir per part del toxicòman un habitat i unes possibilitats de treball.
- aprendre a utilitzar el temps lliure.
- millorar la relació humana i aprendre o reaprendre a relacionar-se afectivament d'una forma desinteressada.
- augmentar la motivació del toxicòman per l'abandó d'un estil de vida basat en el consum de drogues. Per tant, incrementar-hi el desig de recuperar-se.

Hem apuntat en aquest article alguns enfocaments comunitaris representatius, però evidentment no són els únics.

En aquest sentit voldriem apuntar la tasca important que fan les Associacions de famílies, quant a la recerca de recursos rehabilitadors i de reinserció (ATT, ASSOCIAT 1984) i de l'espai anomenat Famílies d'Acolliment (Obrador 1984), que pot ser considerat també un enfocament comunitari.

BIBLIOGRAFIA CITADA

- Antidroga AD*: "Entrevista amb el Cardenal Tarancón" n.º 2 pàg. 14. Barcelona, 1984.
- CHEVAILL, A.: "Consideraciones psicodinámicas para el tratamiento y rehabilitación del farmacodependiente".
- DURAND DASSIER: "Psicoterapia sin psicoterapia" Ed. Marova. Madrid, 1974.
- ENGELMAJER, LUCIEN: "La esperanza ante el abismo de las drogas" Ed. Emecé editores. Buenos Aires, 1980.
- EPISCOPAT BASC. "El oscuro mundo de la droga juvenil", a *Ecclesia* n.º 2199. Madrid. Desembre 1984.
- FREIXA, F.: "Comentaris al tractament dels addictes a l'heroïna i altres opiàcis". Curs de drogodependències. Tortosa 1981. Generalitat de Catalunya.
- JONG, FELDHEGE, HENRICH, BRENGELMANN: "Terapia de conducta de jóvenes drogadictos en régimen interno y ambulatorio". Instituto Max-Planck de psiquiatría. Análisis y modificación de conducta. 1981. Vol. 7. n.º 14.
- OBRADOR, A.: "Les Famílies d'Acolliment". Biblioteca de l'S.P.O.T.T. Barcelona, 1984.
- POLO LLUM, ZELAYA MIGUEL: "Comunidades para toxicómanos existentes en España durante 1983". Dirección General de Acción Social (Ministerio de Trabajo y S.S.). Asamblea de Madrid de la Cruz Roja española.
- ROYO, J.; OBRADOR, A.: "El proceso de tratamiento en el heroínomano. La intervención psicológica en el programa de preparación y diagnóstico al tratamiento" I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Madrid, 1984.
- ROYO, J.: "Comunitats Terapèutiques per a heroïnòmans: alguns aspectes controvertits". Ponència: II Jornades de Psicòlegs i drogodependències. Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya. Barcelona, 1984.
- VILA-ABADAL, J.; ROMANÍ, O.; VILADRICH, M.: "Comunitat terapèutica de Vidrà: Una experiència de comunitat professional per a toxicòmans". Biblioteca de l'S.P.O.T.T. Barcelona, 1982.