



<p style="text-align: center;">Jornada Acadèmica “L’ADDICCIÓ DE LA DONA: CLAUS PEL SEU ABORDATGE” Tarragona, 4 de novembre de 2015</p>	 
---	---

Ponència “CECAS, 10 anys d’ experiència de Comunitat Terapèutica per a dones”

a Càrrec de **Claustre Ventura**. Psicòloga clínica,
 Directora de la Comunitat Terapèutica per a Dones del CECAS.

Fa 10 anys vam adequar el centre del CECAS a Tarragona com a CT per a dones. Durant aquests 10 anys hem atès a més de 350 usuàries i a les seves famílies.

El primer canvi significatiu és que vam passar d’un model d’intervenció mixta amb 3 etapes, inclús diferenciades geogràficament, a un model de tractament per gènere integrat en un sol recurs, és a dir, tot el procés es passa a fer al mateix centre.

Aquest canvi, d’entrada, ja va suposar tenir que reescriure l’itinerari terapèutic ja que el context en el que es realitzava el procés havia canviat, i va provocar que ràpidament comencéssim a observar algunes diferències, que serien les especificitats de gènere, que en un context majoritàriament masculí quedaven diluïdes o bé costava molt que emergissin.

Alguns d’aquests trets específics que observem són els següents: model bio-psico-social i educatiu)

- **La maternitat.** Veiem que és una font de sentiments ambivalents d’esperança per la recuperació dels fills, però també de por i angoixa per perdre’ls o no sentir-se madures per fer-hi front. En aquest sentit no m’atreveria a afirmar en veu alta si la maternitat en la dona addicta actua com a factor de protecció o com a factor de risc
- També trobem **diferències en el tipus de substància consumida**, hi ha un major consum d’OH i BZO. Això requereix un abordatge diferent de la drogodependència ja que, per exemple, veiem que la dona consumidora de

BZO té una baixa consciència de problema perquè és un consum normalitzat entre la població, i de fàcil accés. A més és un tipus de consum que no genera conflicte al seu entorn.

- Les dones manifesten un **sentiment de soledat intens** (i una realitat que observem és que arriben més soles al tractament).
- Tenen un **nivell d'autoestima molt baix**.
- **Verbalitzen poques ganes de viure**.
- **Dependència emocional**.
- En general, **parlen més dels seus sentiments**.
- Observem que és **bastant freqüent que les dones addictes hagin patit abusos o maltractaments**.
- També observem que la dona té un **funcionament diferent front el grup**. Mostra més dificultat per integrar-se al grup ampli i tendeix a buscar aliances en subgrups de 2 o 3 usuàries.
- La drogodependència és un trastorn que genera rebuig social. Observem que la **dona addicta està doblement estigmatitzada**: per ser addicta i pel que fa a l'incompliment dels rols femenins socialment assignats ("ser bona mare", "bona filla", "bona dona"...) i veiem que en molts casos són elles mateixes les que es castiguen per això i són les que pitjor concepte tenen de sí mateixes.

Una de les moltes conseqüències de treballar amb totes aquestes especificitats de la dona addicta, ha estat, inclús, sota el meu punt de vista, un canvi en l'estil terapèutic. Diria que hem anat passant d'un estil tradicional més rígid a un estil més explicatiu.

MODEL TERAPÈUTIC

Ara us parlaré del nostre model terapèutic, un model que hem anat adaptant per poder donar resposta a aquests trets específics que ens trobem i així afavorir que les dones addictes puguin parlar de què els hi passa, amb certa tranquil·litat i comoditat que són les condicions que afavoreix un tractament exclusivament femení.

Objectius:

L'atenció específica a les dones amb problemes d'addicció esdevé per sí mateix l'objectiu principal.

Objectiu general

Fer possible el retorn de la usuària al seu entorn social, en condicions de poder mantenir l'abstinència de drogues i un estil de vida autònom i responsable

Alguns objectius específics de tractament (PTI):

- Mantenir l'abstinència.
- Ser conscient de la seva realitat (identificar la seva patologia).
- Assolir estabilitat emocional.
- Potenciar l'auto coneixement.
- Millorar el nivell d'autoestima (imatge corporal. Pintar-se els ulls).
- Desenvolupar tècniques que fomentin l'autonomia personal.
- Fomentar interessos.
- Adquirir o recuperar valors que facilitin la integració social.
- Abordar aspectes específics de gènere (maternitat, maltractaments, dependència emocional, sexualitat (seminari sexualitat)...) per tal d'acceptar un passat conflictiu i així poder iniciar la seva projecció de futur.

El Centre té una capacitat de 20 places en règim residencial conveniades amb la Generalitat de Catalunya.

La durada del tractament oscil·la entre els 12 i els 14 mesos. Es realitza en règim residencial i amb possibilitat de sortides de cap de setmana amb acompanyament familiar.

Treballem amb un equip multi disciplinar format per psicòlegs, educadors socials, treballador social, metge i infermera, un equip de vetlladors de nit i 14 voluntaris.

Breu explicació de l'itinerari terapèutic:

El tractament està format per dues etapes, una primera que té una durada de 2-3 mesos, i una segona etapa amb una durada de 10 a 12 mesos.

1ª etapa: Grup d'entrada

Té una durada de 2-3 mesos. És realitza en règim residencial.

Un primer objectiu del grup d'entrada és ajudar a abstenir-se de les drogues, facilitar la integració al centre i treballar la motivació pel canvi.

Un altre objectiu és començar a treballar en l'extinció de conductes addictives que són substituïdes per altres conductes i comportaments, hàbits..., més normalitzats, i aconseguir una certa estabilitat en l'estat d'ànim per a poder seguir avançant en altres qüestions personals.

Quan s'han assolit aquests objectius, la usuària passa a la segona etapa del procés.

2ª etapa: Grup de seguiment

Aquesta etapa consta de dos moments terapèutics diferenciats (subetapes)

Hi ha una primera subetapa que té una durada de 6 a 8 mesos. Està orientada a l'adquisició de noves conductes, a l'augment de la seva responsabilitat, l'autogestió i l'adquisició i el desenvolupament d'estratègies personals dirigides cap a l'assoliment de la seva autonomia.

En aquesta fase es pretén consolidar els canvis assolits i incidir en aquells objectius relacionats amb el desenvolupament personal. Per tant, la major part de les activitats estructurades van dirigides a analitzar i desenvolupar destreses en l'àmbit personal i relacional.

Organització (com ho fem?):

- Anar assumint responsabilitats, de més petita a més gran i segons capacitats personals
- A més de participar al seu grup de referència participa d'altres grups amb objectius específics
- Inici i progressió en l'autonomia personal en els desplaçaments, les sortides i gestió econòmica

La segona subetapa té una durada de 2 a 4 mesos.

3a etapa: Grup de Reinserció

És la última fase del tractament a CT, i es prepara el moment de la sortida del Centre.

El treball que es fa és de preparació sobre la nova realitat, i això es fa bàsicament: incrementant gradualment el seu contacte amb l'exterior, amb la confecció i l'anàlisi del seu projecte de vida i amb l'abordatge de les diferents situacions que van sorgint de la seva quotidianitat.

Organització (com ho fem?):

- Acabant la participació en alguns grups específics
- Deixant d'exercir les responsabilitats del Centre, tot i que es continua participant en tasques quotidianes
- Substituir, progressivament, les activitats al centre per contingut fora
- Incrementar els nivells d'autonomia
- Iniciar la recerca de feina

Una vegada s'assoleix l'alta terapèutica residencial, oferim a les usuàries la possibilitat de fer el seguiment ambulatori al CECAS de Tarragona. Respon a l'etapa de reinserció ambulatoria. L'objectiu d'aquest seguiment és el d'acompanyar-les en la nova realitat i treballar en la prevenció de recaigudes.

TREBALL AMB LES FAMÍLIES

El CECAS ofereix un programa de suport als familiars que formen part de l'entorn més pròxim a la persona.

Entenem que en el marc de la intervenció terapèutica, la família ha de tenir un espai específic on pugui establir el seu compromís amb el tractament.

El suport terapèutic familiar comença a les primeres entrevistes i continua al llarg de tot el procés.

Es realitza atenció individualitzada a les famílies, i grups d'auto ajuda dinamitzats per un terapeuta de l'equip. Amb la finalitat de que la família entengui el problema i es desangoixi i, per altra banda, poder comptar amb la família per a les sortides (mantenir contacte amb el seu entorn sense risc de consum, contacte amb fills...)

En aquest aspecte ens trobem:

- Molta dificultat per aconseguir la implicació de la família (la dona arriba molt sola al tractament), inclús, d'entrada ens trobem amb la negativa rotunda de participació al procés de recuperació (entenem que això respon al rebuig que li suposa a la família reconèixer el trastorn (estigmatització) de l'addicta). Més habitual en les mares de les usuàries, tant la implicació, com el rebuig.
- O bé ens trobem tot el contrari, passat un temps de tractament (la usuària està molt recuperada) comencen a aparèixer pressions externes per a que torni a recuperar les seves responsabilitats de cuidado familiar. Més freqüent en les parelles.

Acabar amb les respostes de les usuàries de les enquestes de satisfacció. Maig 2015.

Pregunta "Com valors que els Serveis de CECAS no siguin mixtes?" (Es comparteixen les respostes de l'enquesta)