

**COMUNICACIÓ I JORNADA *El Model Comunitari en Salut Mental i
ADDICCIONS. Intervencions des dels serveis especialitzats.***

Organitzada per la Coordinadora de Comunitats Terapèutiques, Pisos de Reinserció i Centres de Dia i per l'Associació Catalana de Llars de Salut Mental.

**“APLICACIÓ DEL MODEL COMUNITARI A COMUNITATS
TERAPÈUTIQUES PER A PERSONES AMB CONDUCTA ADDICTIVA”**

Barcelona, 9 de juny del 2016.

1. Fonaments del Model Comunitari

El *Model Comunitari* aplicat a les addiccions és un recurs d'intervenció indicat per a aquelles persones que són dependents de les substàncies psicoactives i es plantegen deixar el consum, però fracassen en l'intent individual, o no en tenen prou amb l'ajuda ambulatoria d'un recurs de la xarxa assistencial.

És un model d'àmbit residencial conformat per persones que es troben en una situació de precarietat similar i busquen objectius individuals però semblants d'inclusió social. Bàsicament és un model que pretén millorar la qualitat de vida i produir canvis significatius en la conducta de la persona en tractament; si aquesta realment vol desenvolupar-se amb un estil de vida alternatiu al consum de substàncies.

Més que explicar quin tipus de metodologia i com l'apliquem en uns àmbits comunitaris de tractament específics des de la Fundació Centre Català de Solidaritat, el que farem és intentar posar de relleu i revisar una sèrie de postulats o fonaments, que no són els únics, però que possiblement han de ser en la base de la construcció d'aquesta metodologia i presents també en la forma d'aplicar-la.

1.1 D'Homo dependens a homo uniddependent. Les Comunitats Terapèutiques contribueixen a la Inclusió Social i fomenten el sentit de pertinença

La Comunitat Terapèutica no és més que una complexa eina de treball de caràcter psicosocial que es posa al servei d'unes necessitats que té una persona determinada. És per això, que ha de partir de les particularitats de la persona-subjecte drogodependent.

Una de les primeres consideracions a tenir en compte és un concepte que ens ve des de la perspectiva antropològica i que el catedràtic d'Antropologia Cultural de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona, Oriol Romaní, ens recordava ja fa uns anys quan ens deia que l'homínid *homo sapiens sapiens* és, per naturalesa un **Homo dependens**. Necessita dos éssers per ser concebut, com a mamífer es comença a desenvolupar dins d'un altre ésser de la seva espècie, i després de néixer és l'ésser viu que necessita més temps l'atenció d'altres persones per madurar i desenvolupar l'autonomia. Depèn dels membres que conformen la seva família d'origen. Necessita trobar en el marc cultural en què viu referents externs que connectin amb les seves inclinacions i interessos. Depèn del context social a l'hora de desenvolupar les seves funcions que desembocaran en les seves feines i les seves aficions, necessitarà connectar molt aviat els seus afectes amb companys, amistats i amics, necessitarà trobar les seves parelles, es plantejarà crear una família pròpia i, si ho decideix, tenir fills que passaran a ser puntals afectius dels quals dependrà.

La persona que no només fa un ús o abús continuat de substàncies psicoactives, sinó que la seva vida gira completament al voltant del consum d'una o múltiples substàncies, de forma més o menys compulsiva, converteix aquest consum en un autèntic estil de vida on tot pivota entorn de la cerca, obtenció, preparació i consum de substàncies. La droga ocupa el centre de la seva vida. No acaba tenint problemes perquè es converteix en dependent, sinó perquè esdevé **unidependent**. El vincle amb tots els altres elements necessaris està en col·lapse, pràcticament ha fracassat. L'individu va construir una identitat unívoca en la qual les diferents facetes de la seva subjectivitat queden emmascarades, i arriba a dicotomitjar la realitat entre els que es droguen i els que no es droguen.

La matriu social natural no el sosté. Com a ésser social necessita una altra matriu o xarxa social per recuperar-se. Una matriu terapèutica. És en aquesta falta, en aquesta carència on el Model Comunitari d'intervenció té la seva raó de ser. Més enllà de la personalitat més o menys extravertida, en el món del consum l'**aïllament**, la falta de connexió amb sí mateix i l'obstrucció dels canals de comunicació amb l'exterior són notables. El recurs d'intervenció comunitària permet altre cop dinamitzar la restauració i la millora de les habilitats comunicatives i les vinculacions amb l'exterior.

El desordre del drogodependent en actiu és pràcticament integral. Horaris, descans, alimentació descompensada, activitats inconnexes, projectes romputs, indefinits, relacions trencades o a punt de fer-ho.

Les Comunitats Terapèutiques es fonamenten en l'**autogestió compartida** i l'**ordre integral** destinat a reorganitzar el cobriment de les necessitats bàsiques dels seus membres mitjançant un treball diari de la vida quotidiana.

En un règim comunitari tothom necessita coses al mateix temps. La necessitat d'organització esdevé una evidència per a tots els residents i restaura el sentit de cuidar els procediments per aconseguir finalitats.

L'addicte a les substàncies no cuida els procediments, les maneres de fer. Actua des de la premissa de que la **finalitat justifica els mitjans**, no es preocupa per les conseqüències i, si aquestes imposen preocupació, seran una bona justificació per continuar el consum, i si no,

també. Actua sota la **Síndrome de Repetició Compulsiva**, que ja Freud va definir. Tot ha d'ésser immediat, fàcil i com sempre. No es planteja alternatives.

Els Models Comunitaris ofereixen elements de reflexió i sentit de tots aquells protocols que es posen en marxa en la vida quotidiana. Instrueixen. La paraula instrucció no està de moda, sona entre militar i repressiva. Però és un ingredient necessari i vital en pedagogia i recuperació psicoterapèutica. El seu significat d'origen llatí ens dona elements per recuperar-ne el valor, **instruir** vol dir *construir des de dins*, és a dir, vertebrar, donar sentit i significar el perquè o per a què fem les coses de determinada manera, ens permet comprendre i gaudir dels procediments, de les responsabilitats, per petites o modestes que siguin. D'aquesta manera els objectius, les fites aconseguides tindran un sentit i contribuiran a la maduració de l'individu.

La persona activa en el consum compulsiu **ha deixat de confiar** en ella mateixa i en els altres. S'autoexclou. Té l'autoestima molt baixa i els canals per rebre l'heteroestima bloquejats. Necessita un entorn que l'ajudi a recuperar aquesta dimensió perduda. El model comunitari posa al seu abast tots els ingredients de la vida en comú i garanteix una plataforma d'alta intensitat afectiva que dona la convivència. Això contribueix a la fenomenologia subjectiva d'**inclusió social** i **sentit de pertinença**. El sentit de pertinença a una realitat psicològica que necessita tothom, i no contradiu la necessitat d'individuació respecte al col·lectiu i a la cultura a què cadascú pertany. Una persona pot estar molt convençuda del seu marc cultural o pot ser un activista crític, inclús un dissident, però necessita la seva arrel cultural per desenvolupar-se.

El psiquiatre d'origen berlinès, però format a la França dels anys 50-60, Claude Olievenstein, l'any 1971 va ser un dels pioners en la Europa Continental a utilitzar un model comunitari per a la recuperació de drogodependents. Va treure un grup d'addictes del psiquiàtric convencional i va fundar a París el "*Centre Marmottan*". Poc després, el 1972, l'holandès Martien Kooyman va obrir a La Haia una de les Comunitats Terapèutiques també de referència per a les CT contemporànies, "*C.T. de Hemiliehoeve*", sintetitzant els models comunitaris del psiquiatre britànic Maxwell Jones ("*Hospital Henderson*", 1953) i els nordamericans de "*Synanon*" (Santa Mònica, Califòrnia, 1958) i "*Daytop Village*" (New York, 1963). El CEIS italià, creador del programa "*Progetto Uomo*", tant influent a la Península Ibèrica, des de 1976 va nodrir-se d'aquests precedents.

1.2 Dret a no drogar-se. Les CT garanteixen un espai lliure de drogues

Claude Olievenstein tenia una frase que deia: **No es droga qui vol, sinó qui pot**. Obrir aquest "pot" és el que ens interessa per entendre amb qui estem tractant i què necessita aquesta persona.

Les polítiques de prevenció i la creació de dispositius i serveis socio-sanitaris per a la reducció de danys, són necessàries. Són llocs on es fa la doble labor de garantir certes condicions de seguretat per a la persona que es droga i d'oferir-li un lloc d'escolta i derivació si acaba per plantejar-se una sortida del món dels tòxics. Encara que es pugui millorar el consum controlat i amb condicions, inclús en un quasi inevitable i democràtic escenari de legalització de les

drogues, tot i amb això no en tindrem prou, ni crec honestament que farà disminuir significativament el nombre de persones que es descompensin. També hem de verbalitzar, de reivindicar, el **dret a no drogar-se** i a tenir i garantits espais lliures de drogues per a aquelles persones que realment volen canviar d'estil de vida i necessiten un distanciament temporal del món del consum. El dret a no drogar-se és una tria de la vida lúcida, ni és una prohibició, ni una obligació d'abstinència, ni és un no reactiu a alguna cosa. El Model Comunitari de tractament treballa en aquest sentit. I el dret a no drogar-se és diferent també de l'oportuna utilització de medicació sota prescripció mèdica, ja siguin antagonistes, agonistes, interdictors... o psicofàrmacs en aquells moments del procés en què l'agudesia de la simptomatologia ho requereixi. Això no treu que s'hagi de garantir també les possibilitats de decalatge i la retirada de la medicació en funció de les millores en l'evolució de cada persona en tractament.

La frase "no es droga qui vol, sinó qui pot" no té tant a veure amb el nivell adquisitiu o l'ocasió de l'oferta, sinó amb els motius subjectius que fan que el consum de drogues entri en la vida d'una persona. Vivim en un món bastant imperfecte i la vulnerabilitat o fortalesa de les persones no és la mateixa. La hipersensibilitat i la impulsivitat són unes de les característiques de la nostra població en tractament. L'inici pot haver estat d'experimentació i recreatiu, però la continuïtat de consum no és precisament recreativa. Les persones que acaben depenent de les substàncies psicoactives sovint arrossegueu carències afectives molt vinculades a les primeres etapes de la infantesa. Han sofert sovint maltractaments i abusos de major o menor consideració abans de la entrada en el consum. Una vegada han entrat en el consum actiu les ferides augmenten i s'amplifiquen. Un bon nombre de les persones que atenem acaben tenint mancances socials severes, pràcticament han quedat desvinculats de la família i romanen amb problemes a la llar.

1.3 Les CT ofereixen un espai estructurat per l'exercici i millora de l'establiment dels límits i una oportunitat per l'autoneixement i la reafirmació personal

En el cicle vital, l'ésser humà està exposat contínuament a processos de pèrdua d'objectes i de subjectes estimats, de situacions de seguretat i confort, d'expectatives que no es podran complir o que han resultat contràries a allò que ell desitjava.... . Reparar aquestes ferides implica passar per processos de dol, elaborar, significar, fer metàfora de les situacions i integrar-les. La persona addicta a les substàncies té o acaba tenint **problemes en els processos de simbolització, activa impulsivament la seva problemàtica** però no l'ha resol. Ha transferit a la substància la solució dels seus mals i troba en els seus efectes una sortida fàcil i immediata que no l'ajuda a integrar la resolució real dels problemes. Va acumulant temes a resoldre. Sobretot l'home addicte es queda en les primeres fases de resolució del dol. Sap expressar la ràbia de moltes maneres, perquè està entrenat culturalment a fer-ho, però sovint no sap sortir i connectar amb la por i traspassar la tristesa. Li costarà acceptar i arribar a la fase resolutiva que li conferiria cert confort. Molts cops queda aturat i atrapat en les ràbies, els ressentiments i el revengisme.

La persona depenent de les substàncies ha tingut certs dèficits en relació a la capacitat per posar límits. En la seves edats més primàries o no els ha tingut, o els ha tingut més o menys

difosos, o han estat contradictoris, etc. **No acaba de donar valor a la paraula**. La paraula té un valor virtual que no s'arrela amb allò real concret, ja siguin pensaments, emocions o comportaments precisos. El símbol segons C.G. Jung és una maquinaria de transformació d'energia psíquica. Doncs bé, la C.T. és una factoria de fabricació de símbols quotidians.

El disseny de les Comunitats Terapèutiques ofereixen un, diguem, "**espai tridimensional**" que va més enllà de l'entrevista individual i els grups terapèutics convencionals i regulars. L'autogestió de la comunitat facilita climes i espais on emergeix l'actualització de les conductes problemàtiques. **La lectura d'allò que és no verbal** és molt important en els contextos psicoterapèutics, però l'oportunitat de fer-ho en un model comunitari esdevé superdimensionat i és clau en la persona-subjecte de l'addicte. Hi ha autors (García Badaraco o J.M.Layerra) que inclús diuen que els addictes i les persones amb certs perfils de tipus psiquiàtric, més que capacitats d'*insights*, tenen capacitats d'*outsights*. És en aquest sentit que la millora de l'autocontrol dels impulsos i l'autoconeixement és pot veure molt més afavorit en el context comunitari. Hi ha autors (com l'argentina M. Elena Goti) que diuen també que la Comunitat Terapèutica és una maquinària que actualitza la patologia, justament per poder-la evidenciar, tractar-la i produir canvis concrets de conductes i actitud. La major oportunitat d'observar els "acting-out" de la persona sotmesa a un règim comunitari pot ser clau per a la comprensió i l'abordatge de les problemàtiques individuals i al mateix temps afavoriment dels aprenentatges vicaris.

En definitiva, el disseny de les Comunitats Terapèutiques no només ofereix espais altament estructurats per a l'exercici i millora de l'establiment de límits, sinó que ha d'ésser un espai que doni integralment oportunitats per a l'**autoconeixement**, la **reafirmació personal** i l'elaboració de mancances i carències que la persona ha anat acumulant al llarg de la seva vida.

En aquest sentit, la connexió amb l'àrea de les emocions i els sentiments i la dificultat per ser verbalitzats i gestionats és un dels factors més importants per a la prevenció de conductes de risc de l'addicte en tractament. De fet és preventiu per a qualsevol persona, però tinguem en compte que la paraula **addicte** ve del llatí **ad-dictio**: adjudicar que una altre cosa digui per tu, per tant "no dir". Callar, tapar, això és el que el drogodependent ha après a fer des de fa molt temps i ha consolidat a través de la més o menys compulsiva conducta de consum. El Model Comunitari, per la seva temporalitat i la seva intensitat ofereix moltes més possibilitats per donar i crear espais perquè la persona pugui obrir tots aquells temes i continguts anímics que siguin necessaris per a la recuperació o per al canvi real d'estil de vida.

2. El procés de recuperació

Com bé podria haver dit el filòsof alemany Ernst Jünger, **el drogodependent** no només ha consumit droga sinó que **ha consumit molt de temps per endavant**. Per tant, la seva recuperació és lenta, s'ha de restituir el temps gastat. Independentment de factors individuals, deixar el consum és relativament ràpid, però el mantenir-se en l'abstinència és llarg i difícil. Una de les temporalitats clàssiques de quant ha de durar un tractament comunitari ens la

descriuen els manuals de classificació diagnòstica quan parlen de la dependència psicològica. Seria ideal que la duració d'un tractament vinculat a sistemes residencials de tipus comunitari tingués una duració aproximada de 12 mesos. Quasi bé és un criteri ecològic i cultural, més que biològic. Antropològicament els cicles i marques de l'any natural ens donen elements d'autoconsciència temporal que ens influeixen qualitativament en les nostres recorreguts i, per tant, en allò que hem aconseguit i obtingut. Pot ser una temporalitat adequada en tant que és el període després del qual la persona té més força per mantenir-se abstinent per ell mateix, amb suports més o menys estructurats de tipus ambulatori. (Recordem que l'OMS situa en els cinc anys d'abstinència el període de temps en què una persona addicta a les substàncies té moltes més garanties per no tornar a recaure). Moltes persones necessitaran llocs residencials de llarga durada per continuar el seu camí de recuperació. Tot i això, les diferències individuals, tenint en compte el grau de deteriorament, l'edat i el temps de consum, o l'estructura i els suports de cada persona poden fer variar aquest temps. Els perfils de personalitat també són variables a considerar, per exemple, les addiccions associades a perfils marcadament obsessiu-compulsius o amb trets paranoics molt accentuats hauran possiblement de tenir períodes de residència més curts.

Una vegada la persona es familiaritza amb el règim i el sentit comunitari pot fer sortides programades, amb objectius concrets, en vers la família, parella fills, aficions., etc. Habitualment són sortides de cap de setmana. En fases avançades els sistemes de tractament han d'estar orientats a l'exterior. L'aproximació successiva a aquells elements de resocialització perduts és vital. La descompressió del règim comunitari té uns ritmes que s'han de tenir en compte. La millora de la comunicació amb la família esdevindrà també clau. El desenvolupament d'interessos i aficions i el contacte amb persones i contextos no consumidors, també. La feina, l'espai on viure, etc.

Quan un tractament psicoterapèutic demostra la seva eficàcia és quan la persona sotmesa a la seva influència ha estat capaç de regular les conductes destinades al cobriment de les necessitats bàsiques i i ha aconseguit renovar el seu **autoconcepte** i reforçar la **sensació d'autoeficàcia**. És un criteri subjectiu, però sentir-se capaç d'afrontar i encaixar els reptes del dia a dia amb certa autonomia, sense recórrer a la química, possiblement és el millor senyal de recuperació per a una persona en tractament per dependència de les substàncies. Tot serà important, però la *sensació d'autoeficàcia* serà la base de la resistència, tant si les coses li van molt bé com si no li van tant bé. En tots dos casos ha de perseverar en les seves cerques i ha de ser capaç de fruit-les responsablement, haurà de ser capaç d'afrontar els inconvenients així com també de gaudir dels seus èxits, ha de poder experimentar la seva tria d'un estil de vida lúcida per ell mateix, dins d'una societat que es va construint diàriament entre tots i que té molt marge de millora.

3. Pinzellades entorn de la forma d'aplicar les metodologies. Els equips de treball.

Com ens recorda el professor de Psiquiatria Clínica novaiorquès i estudiós de les Comunitats Terapèutiques contemporànies George de Leon, **no hi ha dues Comunitats Terapèutiques iguals**. I és veritat, no hi ha dos grups humans iguals. Cada Comunitat atén una àmplia

heterogeneïtat de perfils addictius i a més el conjunt dels membres atesos es renova amb un dinamisme continu que succeeix i cristal·litza en un territori concret. Cada Comunitat ha tingut el seu origen. Ha agafat models d'inspiració. La seva missió inicial imprimeix un caràcter, acumula experiències i crea el seu propi patrimoni cultural. Per això és important el compartir models de treball, la col·laboració i la coordinació entre recursos i el debat a fons de la problemàtica addictiva. L'enriquiment mutu revertirà al final en una millora de l'atenció cap a la persona en tractament.

Els Models Comunitaris haurien d'estar dotats d'un **equip interdisciplinari versàtil**. Versàtil en la utilització de la metodologia i en els estils d'aplicació, però **molt cohesionat** i amb **objectius molt clars i compartits** respecte a allò que s'ha de treballar amb la persona en tractament. La complicitat del pla de treball amb la persona en tractament és bàsic. De fet, fem servir un model "compensatori" respecte a allò que és un tractament. No només s'apliquen uns procediments i s'observa el seu impacte, sinó que es necessita la part "activa" de la persona en tractament perquè hi pugui haver avenços i resultats positius. Treballadors socials, educadors, metges, psicòlegs, pedagogs, monitors especialitzats... poden tenir els seus bagatges teòrics i metodològics, crec que podem dir que avui en dia s'utilitzen fórmules metodològiques d'ampli espectre teòric, però han d'actuar molt conjuntats en la intervenció, i han d'ocupar aquests espais que qualificàvem com a tridimensionals facilitats pels models comunitaris d'intervenció. Fer actuacions en "calent", en el moment, fora de l'entrevista i el grup terapèutic, quan la persona actua la seva problemàtica o mostra amb el seu comportament els canvis desitjats, sovint són determinants en aquest model. En el clima de les Comunitats Terapèutiques, les sinergies entre el que és educatiu i el que és terapèutic s'entrellacen. Tot professional involucrat en el tractament acaba tenint aquesta doble qualitat.

L'equip terapèutic ha de ser molt conscient i capaç de **delegar l'exercici de l'autogestió de la vida quotidiana** al conjunt de residents en tractament. Delegar no és desentendre's, sinó estar present i afavorir que l'estructura de rols i responsabilitats, com a eina que organitza el funcionament amb sentit del dia a dia, ha de ser operativa, ha de complir una funció reparadora i reactivadora de la millora de l'autonomia de la persona que la posa en pràctica.

L'equip terapèutic ha de ser també conscient que treballa amb un model psicosocial, on els mecanismes del grup: l'autoajuda, la facilitació social, els aprenentatges per imitació, els aprenentatges vicaris, el treball amb habilitats socials, etc. són elements essencials que s'han de rendibilitzar en benefici de la persona i de la seva dimensió social.

En aquest sentit el treball amb la família de la persona - subjecte addicta és essencial des del començament del tractament. És molta la bibliografia i l'experiència que ens diu que a major implicació dels membres de la família en el procés de recuperació, major adhesió al tractament i per tant millor pronòstic.

La història de les Comunitats Terapèutiques modernes i contemporànies comença a ser considerable i ens ha avisat molts cops de les limitacions d'una matriu terapèutica vertebrada per un líder o líders carismàtics. Persones febles i vulnerables que es deixen seduir per una ideologia o una personalitat determinada poden acabar substituint la dependència de la química per la d'un carisma. En aquest sentit, creiem que el model multidisciplinari i l'estil democràtic i de consens han de marcar el funcionament i són el punt de referència. A més,

aquest criteri, no està renyit amb les forteses de caràcter o de personalitat dels membres de l'equip.

Salvador Minuchin ens recordava en el pròleg del llibre de M.D. Stanton i T.Todd: *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*, quins podien ser els requisits de les persones involucrades en el treball i acompanyament diari amb la persona que abusa de les substàncies i les seves famílies, sense els quals el drenatge emocional que necessiten els professionals es podria veure compromès:

*“Una terca negativa a aceptar la derrota.
Una libertad para usar la autoridad y el liderazgo.
Cierta flexibilidad ante la crisis.
Una capacidad para la furia y la compasión.”*

En realitat si hi parem atenció, aquests trets recorden en conjunt el foment de les quatre virtuts cardinals de la Grècia clàssica: **fortalesa** , **temprança**, **justícia** i **prudència** (saviesa o comprensió).

Evidentment aquests ingredients no resultarien eficaços sense la capacitat per entrar en relació directe, quasi epidèrmica, amb l'altre. O sense una actitud d'escolta activa i de respecte envers la persona en tractament. Es pot ser més o menys exigent amb els compromisos i objectius de canvi de conducta, però a la vegada s'ha de ser prou tendre amb la persona i les seves capacitats i susceptibilitats concretes. Els moments de crisi que es poden succeir al llarg del tractament han de ser contingudes amb altes dosis d'afectivitat i honestedat. El clima d'honestedat que s'ha de respirar en la relació psicoterapèutica amb la persona en tractament és fonamental, però sobretot en el tractament de les drogodependències esdevé *paradigmàtic*. El filòleg Joan Coromines, en el seu *Diccionari Etimològic*, afirmava que el mot *droga* ve del llatí arcaic que vol dir: *ardid, triquiñuela*, és a dir, *truc*, pròxim a *trampa, engany*. Les substàncies psicoactives són un truc químic per les vies de la sensibilitat i els estats d'ànim. Però la cosa no acaba aquí, doncs en castellà antic i encara en certes zones de l'Amèrica llatina, com en alguns mercats de la ciutat de Buenos Aires, s'usa l'accepció *droga*, en un sentit actitudinal. *“No me drogúés”* és una frase típica d'aquell client que no vol ser enredat per la verborrea d'aquell venedor que li vol encolomar algun article de manera insistent. (Eduardo Kalina). Per tant podríem dir, que encara que deixem l'enredo de la química, ens podem seguir drogant amb l'actitud i el comportament. D'aquí la importància de l'antídot natural de l'engany: la pràctica de l'honestedat. Però això és un altre debat.

4. Les persones ateses. Procés individual i grupal

Sense perdre consistència , la versatilitat del Model Comunitari , dèiem que **permet tractar una certa heterogeneïtat de perfils addictius** al mateix temps. Les necessitats assistencials del territori i les possibilitats d'infraestructura de les institucions o associacions que posen en marxa els dispositius determinaran el tipus de Comunitat . El Model Comunitari **és susceptible d'especialització**. No cal reproduir una rèplica a escala de la societat a la qual pertany. Des d'aquest punt de vista, construir una xarxa comunitària al voltant d'una persona en

recuperació és el marc essencial. També pot ser també adequat abordar monogràficament l'addicció associada a diferents perfils, crear i adaptar així Comunitats Terapèutiques específiques per persones amb patologia dual, o comunitats no mixtes que atenen les diferències de gènere, o orientada a adolescents o joves de poc recorregut temporal en les substàncies, o de persones amb joc patològic associat a l'abús de substàncies, etc.

Només cal recordar les Comunitats Terapèutiques que José M^a Caballero i més tard els CAR de la Creu Roja, obrien fa uns anys a Sierra Leone per atendre el resultat del terrible drama dels nens soldat amb *neurosis actuals* provocades pels efectes devastadors dels traumes i conflictes viscuts durant la guerra civil (1991-2002).

El Model Comunitari és un sistema que busca diàriament **l'equilibri entre allò que és individual i allò que és col·lectiu o comunitari**, entre la necessitat de sentir-se part d'un grup i el desenvolupament del procés de individuació. L'equilibri entre el bé comú i el respecte per l'individu és més un art que una ciència. No és per que sí que les tragèdies clàssiques de la Grècia Àtica, fa més de 2.500 anys, ja ens parlaven del tràgic equilibri entre el drama individual de l'heroi i el cor de veus que l'envoltava.

En aquest sentit i per acabar, només una frase del filòsof estoic *Marc Aureli*. En les seves *Meditacions* (s.II d.C.) escrivia:

“Allò que no beneficia el rusc tampoc no beneficia l'abella”

Aquesta petita màxima és una gran equació que diàriament intenten formular i aplicar les Comunitats Terapèutiques en l'acompanyament i recuperació de les persones amb problemes addictius. L'objectiu: aprendre a cuidar-se millor un mateix i aprendre a cuidar millor els altres.

J. Ramon Farré Huguet. Juny 2016.

Director de la CT Can Puig